

G

BF

697.5

S83766

2009

v.1

UNIVERSITE DE MONTPELLIER 1
UNIVERSITE DE SHERBROOKE

Fonctionnement du concept de soi :
facteur prévisionnel des symptômes anorexiques

Par
Johana Monthuy-Blanc

Cotutelle de thèse franco-québécoise présentée
à la Faculté des sciences du sport (Montpellier) et
à la Faculté d'éducation (Sherbrooke)
en vue de l'obtention du grade de
Docteur en Sciences du Mouvement Humain et
de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en Éducation

v.1

Octobre 2009

© Johana Monthuy-Blanc, 2009

V-209

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER 1
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté des Sciences du Sport
Faculté d'éducation

Évolution du concept de soi : prédicteur des symptômes anorexiques

Johana Monthuy-Blanc

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeure Christine Le Scanff	Président du jury
Professeur Grégory Ninot	Directeur de recherche français
Professeur Alexandre J.S Morin Professeur Robert Pauzé (Représentant un seul membre du jury)	Directeurs de recherche québécois
Professeur Robert Pauzé	Codirecteur de recherche québécois
Professeur Luc Touchette	Membre du jury québécois (rapporteur interne)
Professeur Michel Probst	Membre du jury (rapporteur externe)
Professeure Christine Le Scanff	Membre du jury interne français

Thèse acceptée le 14 décembre 2009

Titre : Fonctionnement du concept de soi : facteur prévisionnel des symptômes anorexiques

Résumé : Cette thèse porte sur le rôle spécifique du concept de soi et de ses différentes dimensions dans l'évolution des symptômes anorexiques durant 140 jours consécutifs auprès de jeunes filles anorexiques hospitalisées, en ambulatoire et en long séjour (n = 26) et sans troubles du comportement alimentaire (TCA, n = 23). En s'inscrivant dans une approche idiographique, les résultats principaux montrent que le niveau, l'instabilité et la dynamique des dimensions du concept de soi et plus précisément de l'apparence physique perçue, sont des facteurs prévisionnels des symptômes anorexiques psychologiques (e.g. score total de l'Eating Disorders Inventory-Adolescent, EDI-A-24) et somatiques (e.g. indice de masse corporelle, IMC) à moyen terme (i.e. quelques mois), court terme (i.e. quelques semaines) et très court terme (i.e. quelques jours). De plus, les analyses des régressions multiples indiquent que le patron de prédictions des symptômes anorexiques est identique pour les jeunes filles anorexiques et pour celles sans TCA. Par ailleurs, les résultats des corrélations-croisées révèlent que les symptômes anorexiques sont aussi instables que les dimensions du concept de soi. Plus précisément, l'apparence physique perçue, le plus souvent, a) précède le désir de minceur, b) est associée aux crises de boulimie selon un phénomène s'apparentant à un « cercle vicieux », et c) fluctue en même temps que l'insatisfaction corporelle ; sans toutefois renseigner sur l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques (e.g. aggravation, amélioration, stabilisation, etc). Enfin, l'analyse qualitative précise que les événements sociaux vécus comme positifs semblent participer à l'amélioration de l'anorexie mentale ; permettant ainsi une décentration du repli sur soi caractéristique de l'anorexie mentale. L'ensemble des résultats de cette thèse implique la nécessité de considérer l'ensemble des dimensions du concept de soi et les « profils » des jeunes anorexiques ou sans TCA dans les interventions préventives et thérapeutiques des TCA.

Mots clés : apparence physique perçue, évaluation écologique instantanée, série temporelle, carnet de suivi, événements de vie

Titre: Self Concept Functioning: Forecasted Factors of Anorexic Symptoms

Abstract: This doctoral dissertation examines the specific role of the self-concept and of its different dimensions on the evolution of anorexic symptoms over a period of 140 consecutive days in two different samples comprising 26 anorexic outpatients and inpatients and in 23 girls without eating disorders (ED). By applying an idiographic approach, the main results show that the level, instability and dynamic of self-concept dimensions, and more precisely of body attractiveness, represent potent predictors of psychological, behavioral (e.g. full score of Eating Disorders Inventory-Adolescent, EDI-A-24) and somatic (e.g. Body Mass Index, BMI) anorexic symptoms over medium (i.e. over a few months), short (i.e. over a few weeks) and very short (i.e. over a few days) periods of time. Moreover, multivariate regression analyses further show that the pattern of association between anorexic symptoms and self concept dimensions remains the same in both samples (anorexic and without ED). Moreover, the results of cross-correlations analyses reveal that anorexic symptoms are as unstable as the dimensions of self-concept, with which they appear to be intertwined. More precisely, body

attractiveness, most often a) precedes the drive for thinness, b) is associated to bulimia according to a "vicious circle" phenomenon, and c) fluctuates with according to body dissatisfaction. However body attractiveness was not found to relate to anorexic girls final status at the end of the follow-up period (e.g. deterioration, improvement, stabilization, etc). Finally, the results from a qualitative analysis suggest that social events experienced as positive contribute to the improvement of anorexia nervosa. This appears to be explained by the potential of these events to break through anorectic girls known ego-centered tendencies. Taken as a whole, the results highlight the necessity of considering overall of dimensions of self-esteem and the "profiles" of girls with and without ED in preventive and therapeutic interventions for ED.

Key words: body attractiveness, ecological momentary assessment, time series, diary, life events.

SOMMAIRE

Cette thèse porte sur le rôle spécifique du concept de soi et de ses différentes dimensions et composantes dans l'évolution des symptômes anorexiques durant 140 jours consécutifs. En s'inscrivant dans une approche idiographique, l'hypothèse générale suppose que le niveau, l'instabilité et la dynamique de l'estime globale de soi, du soi physique et du soi social sont des prédicteurs de symptômes anorexiques (e.g. score total de l'*Eating Disorders Inventory-Adolescent*, l'EDI-A-24) et de l'indice de masse corporelle (IMC) à moyen, court et très court terme. Plus précisément, un suivi initial de 70 jours comprenant des mesures quotidiennes du concept de soi et des symptômes anorexiques a été proposé auprès d'adolescentes et de jeunes filles sans TCA (n = 23) et anorexiques hospitalisées, en ambulatoire et en long séjour (n = 26). Puis le groupe de patientes anorexiques a été suivi pour une période de 70 jours additionnels (140 jours au total).

Le suivi initial visait à prévoir la sévérité des symptômes anorexiques à partir du fonctionnement de l'estime globale de soi et du soi physique et social chez des jeunes filles sans TCA et anorexiques en milieu naturel durant 70 jours consécutifs. Dans un volet nomothétique, l'objectif était de vérifier si les dimensions du concept de soi prédisent la sévérité des symptômes anorexiques au premier jour et au dernier jour auprès de ces participantes. Les résultats obtenus révèlent que toutes les dimensions du concept de soi représentent des prédicteurs de l'EDI-A-24 alors que seul le soi social prédit l'IMC. Les prédicteurs sont identiques lorsque les dimensions du concept de soi au premier jour sont utilisées pour prédire l'EDI-A-24 et l'IMC au dernier jour. Néanmoins, en ce qui concerne l'EDI-A-24, la majorité de ces effets disparaissent lorsque le niveau de base de la variable prédite est contrôlé dans les analyses, suggérant ainsi que, du moins à moyen terme, les effets observés représentaient en fait un artefact de l'influence des symptômes déjà présents sur le concept de soi.

Dans un second volet idiographique, le premier objectif consistait à déterminer le jour et la semaine à partir desquels les niveaux des dimensions du concept de soi représentaient ou non des prédicteurs des symptômes anorexiques mesurés à la fin du suivi initial. Les prévisions à court (i.e. semaine) et à très court terme (i.e. jour) indiquent une hétérogénéité et une fluctuation des dimensions du concept de soi comme prédicteurs des symptômes anorexiques. Toutefois, l'estime globale de soi et le soi physique des adolescentes sans TCA et anorexiques semblent représenter des prédicteurs récurrents de l'EDI-A-24 alors que seule l'apparence physique perçue prédit et de façon récurrente l'IMC. Cependant, une fois de plus, le contrôle du niveau de base de la variable prédite entraîne une disparition des effets observés en ce qui a trait à l'EDI-A-24 alors que les effets observés tendent une fois de plus à demeurer en ce qui concerne l'IMC. Il convient aussi de noter que l'ensemble des résultats obtenus en ce qui concerne les volets 1 et 2 de cette thèse montrent une absence de différence au regard des effets observés entre le groupe contrôle sans TCA et le groupe clinique, ce qui suggère que les mécanismes en jeu dans le développement des symptômes anorexiques chez une population non clinique sont les mêmes que ceux qui entrent en jeu dans le maintien des symptômes déjà présents.

Un second objectif du volet idiographique consistait à prédire la sévérité des symptômes anorexiques durant 70 jours consécutifs en fonction du niveau, de l'instabilité et de la dynamique des dimensions du concept de soi des adolescentes. Les analyses des séries temporelles réalisées mettent en lumière que les adolescentes sans TCA présentent un concept de soi de niveau élevé, partiellement instable et fonctionnant comme un système évolutif intégrant les fluctuations des jours précédents. Plus complexes dans leur fonctionnement, les adolescentes anorexiques se répartissent principalement en fonction de deux profils relatifs au concept de soi. Le premier profil correspond à un concept de soi de niveau faible, dont l'estime globale de soi et le soi social sont instables, et dont la dynamique fonctionne soit comme un système évolutif intégrant difficilement les fluctuations des jours précédents, ou qui, dans certains cas, dépend entièrement des jours précédents. Le second profil correspond à un concept de soi également de niveau faible, mais dont l'estime globale de soi et le soi social sont stables, et

dont la dynamique fonctionne principalement comme hyper-dévalorisation chronique.

Le suivi complet visait à prévoir l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques selon le processus évolutif des dimensions du concept de soi, exclusivement chez les patientes anorexiques durant 140 jours consécutifs. Dans un volet quantitatif, l'objectif était de caractériser l'évolution en fin de suivi des patientes anorexiques en fonction de la direction de l'association entre l'évolution de l'apparence physique perçue et celle des symptômes anorexiques psychologiques. L'analyse des corrélations-croisées révèle que les symptômes anorexiques sont aussi instables que les dimensions du concept de soi. Plus précisément, l'apparence physique perçue, le plus souvent, a) précède au désir de minceur, b) est associée aux crises de boulimie selon un phénomène s'apparentant à un « cercle vicieux », et c) fluctue en même temps que l'insatisfaction corporelle. Toutefois, ces observations ne renseignent pas sur l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques.

Dans un volet qualitatif exploratoire, l'objectif était de mettre en évidence des patrons de l'anorexie mentale en associant la fluctuation de l'apparence physique perçue aux événements personnels et sociaux rapportés par les patientes anorexiques pour chaque évolution de ces patientes en fin de suivi complet. Ainsi, les cinq cas cliniques dont les symptômes anorexiques s'étaient a) améliorés partiellement (cas 1), b) stabilisés (cas 2), c) aggravés partiellement (cas 3), d) aggravés complètement (cas 4) ou e) améliorés pour certains et aggravés pour d'autres (cas 5, discordance), ont relaté des événements personnels versus sociaux dans des proportions différentes. En effet, il a été observé que le pourcentage d'événements sociaux (i.e. relations amicales principalement) et plus précisément d'événements sociaux perçus par les patientes anorexiques comme positifs, est associé à l'amélioration des symptômes anorexiques. Même si aucun lien de causalité entre le type d'événement vécu et l'anorexie mentale ne peut être établi, ces observations suggèrent a) que les événements sociaux vécus comme positifs semblent participer à l'amélioration de l'anorexie mentale ou b) que les patientes anorexiques dont l'état s'améliore ont tendance à entretenir des relations positives

avec le monde qui les entoure, permettant une décentration du repli sur soi traditionnellement associé à l'anorexie mentale. Dans le premier comme le second cas cependant, ces résultats soulignent l'importance de considérer les habilités sociales et les relations interpersonnelles des patientes dans le traitement de l'anorexie mentale.

L'ensemble de ces résultats montre la prédominance de l'apparence physique perçue dans le développement et le maintien des symptômes anorexiques, l'émergence de profils anorexiques à partir de fonctionnement de l'apparence physique perçue au cours du temps et l'association spécifique entre sa fluctuation et chaque symptôme anorexique psychologique à partir des événements vécus par l'adolescente anorexique. La comparaison de ces résultats avec ceux d'études antérieures révèle l'importance a) de considérer le concept de soi des adolescentes anorexiques comme un système complexe évoluant au cours du temps, b) d'inclure le niveau de base des symptômes anorexiques dans l'identification des facteurs prévisionnels de l'anorexie mentale et c) d'étudier les symptômes anorexiques quotidiennement. L'ensemble de ces observations implique la nécessité de prendre en compte le fonctionnement du concept de soi au cours du temps au niveau de l'intervention préventive et thérapeutique de l'anorexie mentale dans une visée d'individualisation de l'intervention.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	5
LISTE DE TABLEAUX	15
LISTE DES FIGURES	23
REMERCIEMENTS	28
DÉDICACE	31
PREMIER CHAPITRE - LA PLACE DU CONCEPT DE SOI DANS L'ANOREXIE MENTALE	32
1. ANOREXIE MENTALE, UNE PSYCHOPATHOLOGIE SÉVÈRE ET COMPLEXE	32
1.1. Définitions et diagnostic	32
1.2. Épidémiologie	37
1.3. Étiologie biopsychosociale	39
1.3.1. Théorie générale des systèmes	39
1.3.2. Facteurs biologiques	44
1.3.3. Facteurs psychologiques	46
1.3.4. Facteurs sociaux	49
1.3.5. Modèles biopsychosociaux de l'anorexie mentale	52
SECOND CHAPITRE-PREVISION DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES	55
1. PSYCHOPATHOLOGIE DÉVELOPPEMENTALE, « UN MACROPARADIGME »	55
2. FACTEURS PRONOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE	60
2.1. Interventions thérapeutiques et anorexie mentale	61
2.2. Pronostic de l'anorexie mentale	63
2.3. Critères constitutifs du pronostic de l'anorexie mentale	70
2.4. Facteurs pronostiques de l'anorexie mentale	75
2.4.1. Facteurs pronostiques liés à l'histoire médicale de la patiente	76
2.4.1.1. Age d'émergence de l'anorexie mentale	77
2.4.1.2. Durée et sévérité des symptômes anorexiques	78
2.4.1.3. Développement prémorbide ou anomalies cliniques	80
2.4.1.4. Age au début du traitement et type de thérapie	80
2.4.2. Facteurs biologiques	81
2.4.2.1. Poids à différents moments et niveaux	82
2.4.2.2. Taux de protéines, d'hémoglobine et d'enzymes	84
2.4.3. Facteurs psychologiques et comorbidité psychiatrique	85
2.4.3.1. Facteurs psychologiques et comportementaux	85
2.4.3.2. Comorbidité psychiatrique	90
2.4.4. Facteurs sociaux et relationnels	92
2.4.4.1. Relations familiales	93
2.4.4.2. Environnement socioéconomique	94
TROISIEME CHAPITRE-NIVEAU DU CONCEPT DE SOI DANS L'ANOREXIE MENTALE	96
1. FONDEMENT DU CONCEPT DE SOI : DU NIVEAU À SA DYNAMIQUE	96

1.1. Niveau du concept de soi	101
1.2. Indices d'(in)stabilité du concept de soi	102
1.3. Dynamique du concept de soi	104
2. INEFFICACITÉ PERSONNELLE DE BRUCH, GÉNÈSE DU CONCEPT DE SOI	106
3. PRÉDOMINANCE DU NIVEAU DU CONCEPT DE SOI ET ANOREXIE MENTALE	108
3.1. Concept de soi unidimensionnel, une conception qui perdure	108
3.2. Concept de soi multidimensionnel, une conception nécessaire	110
QUATRIÈME CHAPITRE-DYNAMIQUE ET ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE INSTANTANÉE	115
1. DÉFINITION GÉNÉRALE	115
2. UTILISATIONS D'ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE INSTANTANÉE	116
2.1. Procédure EEI	118
2.2. Utilisation du rappel dans EEI	120
2.3. Mesures auto-rapportées EEI	121
2.4. Utilisation de l'EEI dans le traitement	122
3. RÉSULTATS DES TRAVAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	123
3.1. Troubles du comportement alimentaire, un phénomène instable	124
3.2. Intérêt d'une dynamique des symptômes de TCA et de l'estime de soi	127
CINQUIÈME CHAPITRE-OBJECTIFS ET MÉTHODE	133
1. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES	133
1.1. Suivi initial de 70 jours	133
1.1.1. Suivi initial de 70 jours : volet nomothétique	133
1.1.2. Suivi initial de 70 jours : volet idiographique	134
1.2. Suivi complet de 140 jours	135
1.2.1. Suivi complet de 140 jours : volet quantitatif	135
1.2.2. Suivi complet de 140 jours : volet qualitatif	135
2. PARTICIPANTES	136
2.1. Participantes « contrôles »	136
2.2. Patientes anorexiques	138
3. INSTRUMENTS	140
3.1. Mesures des symptômes anorexiques	140
3.2. Mesures du concept de soi	142
3.3. Autres mesures	145
4. PROCÉDURE	148
4.1. Suivi initial de 70 jours : volet nomothétique	149
4.2. Suivi initial de 70 jours : volet idiographique	149
4.3. Suivi complet de 140 jours : volet quantitatif et volet qualitatif	151
5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES	151
6. ANALYSE DES DONNÉES	152
6.1. Remplacement des données manquantes	153
6.2. Suivi initial de 70 jours : volet nomothétique	153
6.2.1. Analyses préliminaires : <i>t</i> de Student et matrice de corrélation	153
6.2.2. Analyses principales : régression linéaire et curvilinéaire	154
6.3. Suivi initial de 70 jours : volet idiographique	156
6.3.1. Quatrième et cinquième hypothèses	156
6.3.1.1. Analyses préliminaires : base de données et matrice de corrélation	156

6.3.1.2. Analyses principales : régression linéaire et curvilinéaire	156
6.3.2. Sixième et septième hypothèses	158
6.3.2.1. Analyses préliminaires : analyses descriptives, comparaison et matrice de corrélation	158
6.3.2.2. Analyses principales : régression simple et multiple	159
6.3.3. Huitième hypothèse	160
6.3.3.1. Analyses préliminaires : ARIMA	160
6.3.3.2. Analyses principales : régression linéaire et prédicteur catégoriel	165
6.4. Suivi complet de 140 jours	166
6.4.1. Suivi complet de 140 jours : volet quantitatif	166
6.4.1.1. Analyses préliminaires 1: évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi	166
6.4.1.2. Analyses préliminaires 2 : corrélations croisées	168
6.4.1.3. Analyses principales : test d'association (χ^2)	169
6.4.2. Suivi complet de 140 jours : volet qualitatif	170
6.4.2.1. Analyse préliminaire : variabilité de la série temporelle	170
6.4.2.2. Analyse principale qualitative : cinq cas cliniques	170
SIXIÈME CHAPITRE-RÉSULTATS NOMOTHÉTIQUES DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS	172
1. PRÉALABLE : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PARTICIPANTES	172
1.1. Données liées à la taille et au poids	172
1.2. Diagnostic clinique	173
2. SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : VOLET NOMOTHÉTIQUE	174
2.1. Normalité des données	174
2.2. Comparaison EDI-A-24 et corrélation des variables indépendantes	175
2.3. Première hypothèse : prédiction au jour J0	176
2.4. Seconde hypothèse : prédiction au jour J70	177
2.5. Troisième hypothèse : prédiction du jour J0 au jour J70	179
SEPTIÈME CHAPITRE-RÉSULTATS IDIOGRAPHIQUES DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : PREMIER OBJECTIF	181
1. SUIVI A 70 JOURS : VOLET IDIOGRAPHIQUE	181
1.1. Quatrième hypothèse : prédiction du jour J64 au jour J70	181
1.1.1. Corrélations des prédicteurs du jour J64 au jour J70	181
1.1.2. Prédiction au jour J64	182
1.1.3. Prédiction au jour J65	183
1.1.4. Prédiction au jour J66	185
1.1.5. Prédiction au jour J67	187
1.1.6. Prédiction au jour J68	190
1.1.7. Prédiction au jour J69	190
1.1.8. Prédiction au jour J70	195
1.2. Cinquième hypothèse : prédiction de la 1 ^{ière} à la 10 ^{ième} semaine	196
1.2.1. Corrélations des prédicteurs de la 1 ^{ière} à la 10 ^{ième} semaine	196
1.2.2. Prédiction lors de la semaine S1	197
1.2.3. Prédiction lors de la semaine S2	198
1.2.4. Prédiction lors de la semaine S3	199
1.2.5. Prédiction lors de la semaine S4	200

1.2.6. Prédiction lors de la semaine S5	200
1.2.7. Prédiction lors de la semaine S6	201
1.2.8. Prédiction lors de la semaine S7	202
1.2.9. Prédiction lors de la semaine S8	203
1.2.10. Prédiction lors de la semaine S9	204
1.2.11. Prédiction lors de la semaine S10	205
HUITIEME CHAPITRE-RESULTATS IDIOGRAPHIQUES DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : SECOND OBJECTIF	208
1. SIXIÈME ET SEPTIÈME HYPOTHÈSES : NIVEAU ET INSTABILITÉ DU CONCEPT DE SOI COMME PRÉDICTEURS	208
1.1. Niveau et indices d'instabilité : analyses descriptives	208
1.1.1. Estime globale de soi	210
1.1.2. Valeur physique perçue	213
1.1.3. Apparence physique perçue	214
1.1.4. Soi social lié à la famille autre que les parents	215
1.1.5. Soi social lié aux ami(e)s	218
1.1.6. Soi social lié aux parents	219
1.2. Comparaison du niveau et des indices d'instabilité selon le statut des participantes	221
1.2.1. Corrélation entre les prédicteurs, et prédiction	222
1.2.2. Estime globale de soi	224
1.2.3. Valeur physique perçue	225
1.2.4. Apparence physique perçue	226
1.2.5. Soi social lié à la famille autre que les parents	228
1.2.6. Soi social lié aux ami(e)s	231
1.2.7. Soi social lié aux parents	232
2. HUITIÈME HYPOTHÈSE : COMPARAISON DES DYNAMIQUES DU CONCEPT DE SOI	234
2.1. Dynamique des dimensions du concept de soi	234
2.1.1. Estime globale de soi	235
2.1.2. Valeur physique perçue	240
2.1.3. Apparence physique perçue	244
2.1.4. Soi social lié à la famille autre que les parents	248
2.1.5. Soi social lié aux ami(e)s	252
2.1.6. Soi social lié aux parents	257
2.2. Comparaison des dynamiques des dimensions du concept de soi	266
2.2.1. Estime globale de soi	267
2.2.2. Valeur physique perçue	268
2.2.3. Apparence physique perçue	269
2.2.4. Soi social lié à la famille autre que les parents	270
2.2.5. Soi social lié aux ami(e)s	270
2.2.6. Soi social lié aux parents	270
NEUVIÈME CHAPITRE : RESULTATS DU SUIVI COMPLET DE 140 JOURS	273
1. PRÉALABLE : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTES ANOREXIQUES	273
1.1. Données liées à la taille et au poids	273
1.2. Diagnostic clinique	273

2.	NEUVIÈME HYPOTHÈSE : DIRECTIONS DES ASSOCIATIONS ENTRE LES DIMENSIONS DU CONCEPT DE SOI ET SYMPTOMES ANOREXIQUES	275
2.1.	Évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques	275
2.2.	Corrélations croisées : direction des associations	278
2.2.1.	Désir de minceur	279
2.2.2.	Insatisfaction corporelle	281
2.2.3.	Boulimie	284
2.3.	Test d'association du χ^2	288
3.	DIXIÈME HYPOTHÈSE : ASSOCIATION ENTRE CONCEPT DE SOI ET ÉVÈNEMENTS	289
3.1.	Présentation des cinq cas cliniques	289
3.2.	Événements personnels et sociaux	291
	DIXIÈME CHAPITRE-CARACTÉRISTIQUES ET LA REPRÉSENTATIVITÉ DES ÉCHANTILLONS	301
1.	DONNÉES LIÉES AU POIDS ET A LA TAILLE	301
2.	DIAGNOSTIC CLINIQUE	303
	ONZIÈME CHAPITRE-DISCUSSION DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : ANALYSES PRÉVISIONNELLES CLASSIQUES	305
1.	CONCEPT DE SOI, UN PRÉDICTEUR DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES	305
1.1.	Score total de l'EDI-A-24	310
1.2.	Indice de masse corporelle (IMC)	311
2.	SIGNIFICATION ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	313
2.1.	Score total de l'EDI-A-24	313
2.2.	Indice de masse corporelle (IMC)	315
3.	INTÉGRATION DES RESULTATS	317
4.	IMPLICATIONS AU NIVEAU PRÉVENTIF ET THÉRAPEUTIQUE	320
	DOUZIÈME CHAPITRE-DICUSSION DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS, SERIES TEMPORELLES : INSTABILITE ET DYNAMIQUE	322
1.	NIVEAU ET INSTABILITÉ DES DIMENSIONS DU CONCEPT DE SOI	324
1.1.	Description et comparaison	324
1.1.1.	Adolescentes sans TCA	324
1.1.2.	Adolescentes anorexiques	325
1.1.3.	Comparaison du niveau, de l'(in)stabilité et de la dynamique	325
1.2.	Niveaux et (in)stabilité du concept de soi en tant que prédicteurs	326
1.2.1.	Score total de l'EDI-A-24	326
1.2.2.	Indice de masse corporelle (IMC)	327
2.	DYNAMIQUE DES DIMENSIONS DU CONCEPT DE SOI	328
2.1.	Modélisation des séries temporelles	328
2.1.1.	Adolescentes sans TCA	328
2.1.2.	Adolescentes anorexiques	329
2.2.	Dynamique du concept de soi et les symptômes anorexiques	330
2.2.1.	Score total de l'EDI-A-24	330
2.2.2.	Indice de Masse Corporelle (IMC)	330
3.	SIGNIFICATION ET RETOMBEE POTENTIELLE DES PRINCIPAUX RESULTATS	331
3.1.	Niveau et instabilité des dimensions du concept de soi	331
3.2.	Dynamique des dimensions du concept de soi	336
3.2.1.	Fonctionnement du concept de soi	336

3.2.2. Fonctionnement du concept de soi et symptômes anorexiques	338
4. INTÉGRATION DES RÉSULTATS	339
5. IMPLICATIONS CLINIQUES	341
TREIZIÈME CHAPITRE-DICUSSION DU SUIVI COMPLET DE 140 JOURS FLUCTUATIONS DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES ET ÉVÈNEMENTS DE VIE	343
1. ÉVOLUTION EN FIN DE SUIVI COMPLET DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES	343
2. RÔLE DES VARIABLES ASSOCIÉES À L'APPARENCE PHYSIQUE PERÇUE DANS L'ÉVOLUTION EN FIN DE SUIVI DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES	344
2.1. Symptômes anorexiques associés à apparence physique perçue	344
2.2. Catégorie des événements de vie associée à l'apparence physique perçue	348
2.2.1. Amélioration des symptômes anorexiques	348
2.2.2. Stabilisation des symptômes anorexiques	348
2.2.3. Aggravation des symptômes anorexiques	349
2.2.4. Discordance	350
3. SIGNIFICATION ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	351
4. SYNTHÈSE	357
5. IMPLICATIONS CLINIQUES	358
QUATORZIÈME CHAPITRE-DICUSSION GÉNÉRALE : CORPS, ADOLESCENCE, PRÉVENTION ET THÉRAPIE	361
1. PERTINENCE SCIENTIFIQUE DE LA THÈSE	361
1.1. Synthèse des connaissances relatives aux résultats	361
1.2. Forces et originalité théoriques et méthodologiques	365
1.3. Éclairage thématique de la thèse	371
2. LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA THÈSE	376
2.1. Théoriques	376
2.2. Méthodologiques et psychométriques	378
3. PERTINENCE SOCIALE ET SOCIÉTALE DE LA THÈSE	382
3.1. Intervention préventive	383
3.2. Intervention thérapeutique	386
3.3. Positionnement de la thèse dans la double thématique doctorale	390
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	392
ANNEXES	436

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Récapitulatif des facteurs de risque de l'anorexie mentale selon la typologie de Kazdin <i>et al.</i> (1997) et Kraemer <i>et al.</i> (1997)....	436
Annexe A		
Tableau 2	Typologie des facteurs de risque et identification des méthodes (i.e. Tableau tiré et adapté de Jacobi <i>et al.</i> , 2004).....	43
Tableau 3	Évolution de l'anorexie mentale : une revue de la littérature à partir de 33 études.....	65
Tableau 4	Recension des études de suivi concernant l'évolution de l'anorexie mentale et des troubles associés auprès de patientes anorexiques adolescentes et adultes.....	66
Tableau 5	Pronostic de l'anorexie mentale au cours du temps.....	67
Tableau 6	Évolution de 129 patientes anorexiques suivies 11 ans en fonction des pronostics généraux et des symptômes somatiques, psychologiques et socioculturels.....	68
Tableau 7	Score clinique général : critère d'évaluation de l'anorexie mentale.....	71
Tableau 8	Critères de rémission partielle, de rémission complète, de rétablissement, de rechute et de récurrence de l'anorexie mentale.....	73
Tableau 9	Critères proposés pour la réponse initiale, la rechute, la rémission et le rétablissement.....	439
Annexe B		
Tableau 10	Répartition des études de suivi en fonction des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale selon la recension de Steinhausen (2002).....	76
Tableau 11	Caractéristiques méthodologiques des six études traitant du niveau du concept de soi.....	440
Annexe C		
Tableau 12	Caractéristiques méthodologiques des quatre études traitant de la multidimensionnalité du concept de soi.....	441
Annexe D		
Tableau 13	Caractéristiques méthodologiques des dix études d'EEI traitant des troubles du comportement alimentaire (étude de cas exclue)	443
Annexe E		
Tableau 14	Synthèse générale des suivis à 70 jours et 140 jours	151
Tableau 15	Types de l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet selon les résultats des deux critères d'évolution...	168
Tableau 16	Diagnostic clinique chez les 26 patientes anorexiques aux jours J0 et J70.....	174
Tableau 17	Corrélations entre les prédicteurs et les variables de contrôle aux jours J0 et J70.....	445
Annexe F		
Tableau 18	Prédiction linéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J0 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	446
Annexe G		
Tableau 19	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J0 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	447
Annexe H		

Tableau 20 Annexe I	Prédiction linéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J70.....	449
Tableau 21 Annexe J	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70.....	450
Tableau 22 Annexe K	Effet d'interaction entre le concept de soi et le statut dans la prédiction entre le concept de soi et l'IMC au jour J70 ou l'IMC en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24....	452
Tableau 23 Annexe L	Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	453
Tableau 24 Annexe M	Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	454
Tableau 25 Annexe N	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	455
Tableau 26 Annexe O	Corrélations entre les prédicteurs du jour J64 au jour J70.....	457
Tableau 27 Annexe P	Corrélation entre les variables indépendantes et les variables dépendantes du 64 ^{ième} jour au 70 ^{ième} jour.....	459
Tableau 28 Annexe Q	Prédiction entre le concept de soi au jour J64 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	460
Tableau 29 Annexe R	Prédiction entre le concept de soi au jour J64 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	461
Tableau 30 Annexe S	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J64 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	462
Tableau 31 Annexe T	Prédiction entre le concept de soi au jour J65 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	463
Tableau 32 Annexe U	Prédiction entre le concept de soi au jour J65 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	464
Tableau 33 Annexe V	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J65 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	465
Tableau 34 Annexe W	Prédiction entre le concept de soi au jour J66 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	466
Tableau 35 Annexe X	Prédiction entre le concept de soi au jour J66 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	467

Tableau 36 Annexe Y	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J66 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	468
Tableau 37 Annexe Z	Prédiction entre le concept de soi au jour J67 et le score total EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	469
Tableau 38 Annexe AA	Prédiction entre le concept de soi au jour J67 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	470
Tableau 39 Annexe AB	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J67 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	471
Tableau 40 Annexe AC	Prédiction entre le concept de soi au jour J68 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	472
Tableau 41 Annexe AD	Prédiction entre le concept de soi au jour J68 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	473
Tableau 42 Annexe AE	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J68 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	474
Tableau 43 Annexe AF	Prédiction entre le concept de soi au jour J69 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	475
Tableau 44 Annexe AG	Prédiction entre le concept de soi au jour J69 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	476
Tableau 45 Annexe AH	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J69 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	477
Tableau 46 Annexe AI	Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J70 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	478
Tableau 47 Annexe AJ	Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J70 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	479
Tableau 48 Annexe AK	Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J70 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	480
Tableau 49 Annexe AL	Corrélations entre les prédicteurs de la 1 ^{ière} semaine à la 10 ^{ième} semaine.....	481
Tableau 50 Annexe AM	Corrélation entre les variables indépendantes et les variables dépendantes de la 1 ^{ière} à la 10 ^{ième} semaine.....	484
Tableau 51 Annexe AN	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S1 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	485

Tableau 52	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S1	
Annexe AO	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	486
Tableau 53	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S2	
Annexe AP	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	487
Tableau 54	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S2	
Annexe AQ	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	488
Tableau 55	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S3	
Annexe AR	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	489
Tableau 56	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S3	
Annexe AS	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	490
Tableau 57	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S4	
Annexe AT	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	491
Tableau 58	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S4	
Annexe AU	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	492
Tableau 59	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S5	
Annexe AV	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	493
Tableau 60	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S5	
Annexe AW	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	494
Tableau 61	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S6	
Annexe AX	et l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	495
Tableau 62	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S6	
Annexe AY	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	496
Tableau 63	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S7	
Annexe AZ	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	497
Tableau 64	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S7	
Annexe BA	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	498
Tableau 65	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S8	
Annexe BB	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	499
Tableau 66	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S8	
Annexe BC	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	500
Tableau 67	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S9	
Annexe DF	et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	501

Tableau 68 Annexe BE	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S9 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	502
Tableau 69 Annexe BF	Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S10 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	503
Tableau 70 Annexe BG	Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S10 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	504
Tableau 71 Annexe BH	Niveaux et indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi des participantes sans TCA au cours des 70 jours	505
Tableau 72 Annexe BI	Niveaux et indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi des patientes anorexiques au cours des 70 jours...	507
Tableau 73	Répartition des indicateurs d'intensité des moyennes des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes.....	208
Tableau 74	Répartition des indicateurs d'intensité des écart-types des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes.....	209
Tableau 75	Répartition des indicateurs d'intensité des étendues des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes.....	209
Tableau 76	Répartition des indicateurs d'intensité des moyennes des séries différenciées des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes.....	210
Tableau 77 Annexe BJ	Répartition des niveaux et indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi selon le statut des participantes	511
Tableau 78	Comparaison du niveau et des indices d'instabilité des séries du concept de soi entre le statut des participantes (participantes sans TCA vs patientes anorexiques).....	222
Tableau 79 Annexe BK	Corrélation entre les prédicteurs et les variables de contrôle.....	512
Tableau 80 Annexe BL	Prédiction linéaire entre l'estime globale de soi durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	514
Tableau 81 Annexe BM	Prédiction linéaire entre l'estime globale de soi durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	515
Tableau 82 Annexe BN	Prédiction curvilinéaire entre le niveau et les indices d'instabilité de l'estime globale de soi et l'EDI-A-24 ou l'IMC (à trois variables de contrôle).....	516
Tableau 83 Annexe BO	Effet d'interaction entre l'estime de soi et le statut des participantes dans la prédiction entre le niveau et les indices de l'estime globale de soi et l'IMC.....	517

Tableau 84 Annexe BP	Prédiction linéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	518
Tableau 85 Annexe BQ	Prédiction linéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	519
Tableau 86 Annexe BR	Prédiction curvilinéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	520
Tableau 87 Annexe BS	Effet d'interaction entre la valeur physique perçue et le statut dans la prédiction linéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	521
Tableau 88 Annexe BT	Prédiction linéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	522
Tableau 89 Annexe BU	Prédiction linéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	523
Tableau 90 Annexe BV	Prédiction curvilinéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	524
Tableau 91 Annexe BW	Effet d'interaction entre l'apparence physique perçue et le statut dans la prédiction linéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	525
Tableau 92 Annexe BX	Prédiction linéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	526
Tableau 93 Annexe BY	Prédiction linéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	527
Tableau 94 Annexe BZ	Prédiction curvilinéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	528

Tableau 95 Annexe CA	Effet d'interaction entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents et le statut dans la prédiction linéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	529
Tableau 96 Annexe CB	Prédiction linéaire entre le soi social lié aux ami(e)s durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	530
Tableau 97 Annexe CC	Prédiction linéaire entre le soi social lié aux ami(e)s durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	531
Tableau 98 Annexe CD	Prédiction curvilinéaire entre le soi social lié aux ami(e)s durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	532
Tableau 99 Annexe CE	Effet d'interaction entre les amie(s) et le statut dans la prédiction linéaire entre les ami(e) durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	533
Tableau 100 Annexe CF	Prédiction entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	534
Tableau 101 Annexe CG	Prédiction entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	535
Tableau 102 Annexe CH	Prédiction curvilinéaire entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.....	536
Tableau 103 Annexe CI	Effet d'interaction entre l'estime de soi et le statut des participantes dans la prédiction entre le niveau et les indices des parents et l'IMC.....	537
Tableau 104 Annexe CJ	Valeur des coefficients ou des erreurs de mesures des modèles ARIMA des participantes sans TCA au cours des 70 jours.....	538
Tableau 105 Annexe CK	Valeur des coefficients ou des erreurs de mesures des modèles ARIMA des patientes anorexiques au cours des 70 jours.....	539
Tableau 106	Répartition du nombre et du type de modèle ARIMA en fonction du statut des participantes.....	266
Tableau 107 Annexe CL	Prédiction entre le type de dynamiques de l'estime globale de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.....	541
Tableau 108 Annexe CM	Prédiction entre le type de dynamiques de la valeur physique perçue et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.....	542

Tableau 109	Prédiction entre le type de dynamiques de l'apparence physique	
Annexe CN	perçue et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.....	543
Tableau 110	Prédiction entre le type de dynamiques de la soi social lié à la	
Annexe CO	famille autre que les soi social lié aux parents et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.....	544
Tableau 111	Prédiction entre le type de dynamiques des soi social lié aux	
Annexe CP	ami(e)s de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.....	545
Tableau 112	Prédiction entre le type de dynamiques du soi social lié à la	
Annexe CQ	famille autre que le soi social lié aux parents et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.....	546
Tableau 113	Diagnostic clinique chez les 26 patientes anorexiques aux jours J0, J70 et J140.....	275
Tableau 114	Répartition des 26 patientes anorexiques en fonction de l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet.	276
Tableau 115	Coefficients de corrélation croisée maximum et décalages pour les 26 patientes anorexiques au cours des 140 jours consécutifs.	288
Tableau 116	Répartition des sous-thèmes en fonction des thèmes constituant les événements personnels et sociaux.....	293
Tableau 117	Exemple de portion de phrases en fonction dessous-thèmes.....	294
Tableau 118	Synthèse des résultats relatifs aux hypothèses (H1, H2, H3).....	306
Tableau 119	Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H4).....	308
Tableau 120	Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H5).....	309
Tableau 121	Synthèse des résultats relatifs aux hypothèses (H6, H7).....	323
Tableau 122	Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H8).....	324
Tableau 123	Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H9).....	345

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Structure hiérarchique du concept de soi (Shavelson <i>et al.</i> , 1976).....	97
Figure 2. Modèle hiérarchique de l'estime globale de soi (d'après Fox et Corbin, 1989).....	99
Figure 3. Représentation des taux de participations du groupe contrôle et du groupe patiente durant les études à 70 et 140 jours.....	139
Figure 4. Etapes de l'entretien semi-directif.....	148
Figure 5. Exemple de carnet de suivi complété par une patiente anorexique.....	150
Figure 6. Corrélogramme d'auto corrélation d'une série temporelle non stationnaire et non différenciée.....	164
Figure 7. Relation entre la valeur physique perçue (VPP) et l'IMC au jour J0.....	177
Figure 8. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J64..	183
Figure 9. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J65..	185
Figure 10. Relation entre le soi social lié à la famille autre que les parents (FAP) et l'IMC au jour J66.....	186
Figure 11. Relation entre l'estime globale de soi (EGS) et l'IMC au jour J67...	188
Figure 12. Relation entre la valeur physique perçue (VPP) et l'IMC au jour J67....	189
Figure 13. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J67..	189
Figure 14. Relation entre l'estime globale de soi (EGS) et l'IMC au jour J69.....	192
Figure 15. Relation entre la valeur physique perçue (VPP) et l'IMC au jour J69....	192
Figure 16. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J69..	193
Figure 17. Relation entre l'estime globale de soi (EGS) et l'IMC au jour J70.....	194
Figure 18. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J70..	195
Figure 19. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique des participantes sans TCA.....	211
Figure 20. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique des participantes sans TCA...	211
Figure 21. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique des patientes anorexiques.....	212
Figure 22. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique des patientes anorexiques....	213
Figure 23. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux du soi social des participantes sans TCA.....	216
Figure 24. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité du soi social des participantes sans TCA.....	216
Figure 25. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux du soi social des patientes anorexiques.....	217
Figure 26. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité du soi social des patientes anorexiques.....	218
Figure 27. Relation entre l'étendue de l'apparence physique perçue (APP) et l'IMC.....	228
Figure 28. Relation entre l'écart type du soi social lié à la famille autre que les parents (FAP) et l'IMC.....	230
Figure 29. Relation entre l'étendue du soi social lié à la famille autre que les parents (FAP) et l'IMC.....	230

Figure 30. Séries temporelles de l'estime globale de soi (EGS) et d'erreur de mesure (EM) de la participante J [ARIMA (0,1,1)].....	236
Figure 31. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de l'estime globale de soi de la participante J [ARIMA (0,1,1)].....	237
Figure 32. Séries temporelles de l'estime globale de soi (EGS) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)].....	238
Figure 33. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de l'estime globale de soi de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)].....	239
Figure 34. Séries temporelles de l'estime globale de soi (EGS) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 26 [ARIMA (1,0,0)].....	239
Figure 35. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de l'estime globale de soi de la participante 26 [ARIMA (1,0,0)].....	240
Figure 36. Séries temporelles de la valeur physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante I [ARIMA (0,1,1)].....	241
Figure 37. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la valeur physique perçue de la participante I [ARIMA (0,1,1)].....	242
Figure 38. Séries temporelles de la valeur physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 16 [(ARIMA (0,0,0)].....	243
Figure 39. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la valeur physique perçue de la participante 16 [(ARIMA (0,0,0)].....	244
Figure 40. Séries temporelles d'apparence physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante I [ARIMA (0,1,1)].....	245
Figure 41. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle d'apparence valeur physique perçue de la participante I [ARIMA (0,1,1)].....	246
Figure 42. Séries temporelles d'apparence physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)].....	247
Figure 43. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle d'apparence physique perçue de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)].....	248
Figure 44. Séries temporelles de la famille autre que les parents (FAP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante F [ARIMA (0,0,0)].....	249
Figure 45. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la famille autre que les parents de la participante F [ARIMA (0,0,0)].....	250
Figure 46. Séries temporelles de la famille autre que les parents (FAP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 9 [ARIMA (0,0,0)].....	251
Figure 47. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la famille autre que les parents de la participante 9 [ARIMA (0,0,0)].....	252
Figure 48. Séries temporelles des ami(e)s (AMI) et d'erreur de mesure (EM) de la participante D [ARIMA (0,1,1)].....	253
Figure 49. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des ami(e)s de la participante D [ARIMA (0,1,1)].....	254
Figure 50. Séries temporelles des ami(e)s (AMI) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 12 [ARIMA (0,0,0)].....	255
Figure 51. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des ami(e)s de la participante 12 [ARIMA (0,0,0)].....	256
Figure 52. Séries temporelles des ami(e)s (AMI) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 2 [ARIMA (0,1,1)].....	256
Figure 53. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des ami(e)s de la participante 2 [ARIMA (0,1,1)].....	257

Figure 54. Séries temporelles des parents (PAR) et d'erreur de mesure (EM) de la participante B [ARIMA (0,0,0)].....	258
Figure 55. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des parents de la participante B [ARIMA (0,0,0)].....	259
Figure 56. Séries temporelles des parents (PAR) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 19 [ARIMA (0,0,0)].....	260
Figure 57. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des parents de la participante 19 [ARIMA (0,0,0)].....	261
Figure 58. Répartition des modèles ARIMA de l'ensemble des dimensions du concept de soi des participantes sans TCA.....	262
Figure 59. Répartition des modèles ARIMA du soi social lié aux parents des participantes sans TCA.....	262
Figure 60. Répartition des modèles ARIMA de l'ensemble des dimensions du concept de soi des patientes anorexiques	263
Figure 61. Répartition des modèles ARIMA de la valeur physique perçue, de l'apparence physique perçue et du soi social lié à la famille autre que les parents des patientes anorexiques.....	264
Figure 62. Répartition des modèles ARIMA de l'estime globale de soi des patientes anorexiques.....	264
Figure 63. Répartition des modèles ARIMA du soi social lié aux ami(e)s et du soi social lié aux parents des patientes anorexiques.....	265
Figure 64. Comparaison de la répartition des modèles ARIMA des dimensions du concept de soi selon le statut des participantes.....	266
Figure 65. Répartition des évolutions de l'index de symptômes de l'EDI-A-24 en fin de suivi complet.....	277
Figure 66. Répartition des évolutions du poids en fin de suivi complet.....	277
Figure 67. Répartition des évolutions des symptômes anorexiques en fin de suivi complet.....	278
Figure 68. Séries temporelles de l'apparence physique perçue (APP) et du désir de minceur (MINC) de la patiente 13 au cours des 140 jours consécutifs...	280
Figure 69. Corrélogramme de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur chez la patiente 13 au cours des 140 jours consécutifs.....	281
Figure 70. Séries temporelle de l'apparence physique perçue (APP) et de l'insatisfaction corporelle (IC) de la patiente 1 au cours des 140 jours consécutifs.....	283
Figure 71. Corrélogramme de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle chez la patiente 1 au cours des 140 jours consécutifs.....	283
Figure 72. Séries temporelles de l'apparence physique perçue (APP) et de la boulimie (B) de la patiente 24 au cours des 140 jours consécutifs.....	285
Figure 73. Corrélogramme de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et la boulimie chez la patiente 24 au cours des 140 jours consécutifs.....	286
Figure 74. Répartition des événements personnels et sociaux d'Oda	295
Figure 75. Répartition des événements personnels et sociaux de Laure	296
Figure 76. Répartition des événements personnels et sociaux de Jeanne.....	297
Figure 77. Répartition des événements personnels et sociaux de Marie.....	298

Figure 78. Répartition des événements personnels et sociaux de Thérèse.....	299
Figure 79. Continuum d'intensité des symptômes anorexiques en fonction du pourcentage d'événements personnels notés sur le carnet de suivi quotidien.....	300

*« Pour réussir, retenez bien ces trois maximes:
voir c'est savoir,
vouloir c'est pouvoir,
oser c'est avoir. »
Alfred de Musset*

REMERCIEMENTS

Pour le lecteur, la section des remerciements est la plus souvent perçue comme un passage attendu où l'on peut lire traditionnellement, avant de débiter les centaines de pages de manuscrit, que le ou la doctorant(e), ne pourra pas « remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à sa thèse » en quelques lignes. Evoquée ainsi, la section des remerciements pourrait presque paraître risible ou « quétaine » comme diraient certains. Mais pour ma part, en tant qu'auteur de ce manuscrit, l'écriture de cette section est un moment chargé de signification et d'émotion parce qu'il annonce à la fois que le dernier chapitre de la thèse va se refermer et qu'il est temps de se remémorer ces dernières années faites de tant de rencontres. Au-delà de la richesse scientifique inhérente à toute cotutelle de thèse, ce doctorat franco-qubécois a été, pour moi, une aventure humaine hors du commun réunissant de nombreux acteurs.

Au cours de l'année universitaire 2005-2006, aucune convention n'aurait été signée si, Gregory Ninot n'avait pas accepté de collaborer avec Alexandre Morin et Robert Pauzé issus d'une autre culture et si Alexandre Morin n'avait passé des heures de travail à organiser la cotutelle au Québec. Ces trois hommes charismatiques ont été complémentaires tout au long de cette thèse. Grégory Ninot aura su m'apporter la force théorique « française », Alexandre Morin, en vrai pédagogue, m'aura appris la rigueur méthodologique « propre au Québec » l'importance de l'auto-critique et la nécessité de la persévérance en sciences, et Robert Pauzé m'aura offert son écoute et sa disponibilité. Derrière ces qualités scientifiques se cachent en réalité des vraies valeurs de vie qui ont participé à mon évolution et mon émancipation en tant que chercheuse mais avant tout en tant que femme.

Durant l'automne 2006 et l'hiver 2008 au Québec, la formation doctorale de l'Université de Sherbrooke m'a permis de rencontrer deux enseignants-chercheurs de grande qualité, Marc Tourigny et Jean Toupin, qui auront su me faire profiter de leurs conseils et de leur expertise avec la gentillesse légendaire

des québécois. Au même moment, j'y ai rencontré mes deux acolytes de promotion, récemment docteurs en Éducation, Geneviève Paquette et Yann Lecorff, qui m'ont initié à la culture scientifique québécoise, qui m'ont soutenu et qui ont enrichi ma réflexion au travers de discussions mémorables. Une pensée toute particulière à Geneviève avec qui j'ai toujours autant de connivence. Quitter son pays, pour en découvrir un autre, c'est indéniablement l'occasion de découvrir d'autres personnes, dans un registre plus personnel, je pense à Isabelle Madore, ma partenaire de sport, mon oreille attentive et ma complice dans les moments de détente et de stress ; à Zola dont les premières images que j'ai d'elle et les discussions tardives restent à jamais gravées dans ma mémoire et à ma tendre amie Émilie Toussaint, qui n'a cessé et ne cesse d'être présente dans les bons et les mauvais moments. En hiver 2008, trois nouvelles personnes auront marqué mon second séjour, Sébastien Meunier pour sa disponibilité et son aide sans borne, Tierno Diallo pour sa joie de vivre et ses compétences indiscutables en mathématiques et Marielle Thibaudeau pour son dynamisme.

Au cours de l'année 2007, l'inclusion des participantes n'a été possible que suite à l'accord des chefs des différents services et établissements scolaires et par l'intervention de six personnes principales qui m'ont fait confiance et ont tout de suite accepté de participer à la procédure de cette thèse directement ou indirectement sans compter leur temps : les docteurs Nolven Rouvière, Sophie Campredon, Sébastien Guillaume, Jocelyne Sultan, la conseillère principale d'éducation du Collège Prévert, Corinne Chambon et la secrétaire de l'espace Arthur, Maryse Perrin. Il est également certain que cette thèse n'aurait jamais vu le jour si toutes les adolescentes et les jeunes filles anorexiques ou pas n'avaient fait preuve d'une grande rigueur et ne m'avaient confié sans filtre ni limites leurs ressentis parfois si difficiles à exprimer. Je suis encore agréablement surprise et émue d'apprendre par courrier ce qu'elles sont devenues, un an après la fin de l'étude.

Durant la dernière année universitaire qui a été marquée par l'obtention de mon poste d'attachée d'enseignement et de recherche à Marseille tout en étant étudiante à Montpellier, mes collègues marseillais, « ceux du troisième étage »

tout particulièrement Cécile, le personnel administratif et plus précisément Josiane ainsi que les chercheurs et les doctorants du laboratoire CAPS 2406 m'ont transmis quotidiennement leur message de soutien. Aujourd'hui, en leur livrant ce manuscrit, ce sont les professeur(e)s, Christine Le Scanff, Michel Probst et Luc Touchette qui me font l'honneur de contribuer à ce travail.

Pour finir, en toile de fond, certains acteurs de cette aventure, sont présents depuis le début et même bien avant. On y trouve les ami(e)s qui m'ont aidée à garder le cap même quand la tempête faisait rage et qui ont accepté bien des fois mes absences et mes retards répétés, Célia et Alexandre, Caroline et Lionel, Lucile et Médéric, Philippe, Pierre, Laurence et Michel, Julie et Tony, Julien, Valérie et Frédéric, Claudette et André. On y rencontre la famille qui a peut-être pensé que tous ces efforts n'étaient que pure folie mais qui a toujours manifesté d'un grand intérêt pour cette thèse, Michelle, Eliane et Georges, Jocelyne et Alain, Véronique et Roland, Laeticia et Vincent, Guilhem, Michael et Johannes, Thérèse et Daniel. Et enfin, on ne peut clore cette section sans parler des proches : Nicole et Philippe, mes parents qui n'ont peut-être pas compris ma réorientation professionnelle au début mais qui n'ont eu de cesse de m'accompagner à tout point de vue et de me témoigner leur fierté, Edouard mon frère, qui également passionné par ses études m'a toujours encouragée et Christophe, mon compagnon dont la présence et l'amour m'ont entourée à chaque instant.

À toutes ces personnes, un sincère et profond merci.

DEDICACES

*A toi, Christophe, sans qui,
rien n'a été
rien n'est
et rien ne sera plus... pareil;*

*A mes parents, pour avoir su,
rassurer,
accepter
et aimer...*

PREMIER CHAPITRE

LA PLACE DU CONCEPT DE SOI DANS L'ANOREXIE MENTALE

1. ANOREXIE MENTALE, UNE PSYCHOPATHOLOGIE SÉVÈRE ET COMPLEXE

1.1. Définitions et diagnostic

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV-R, 4^{ème} édition révisée) développé par l'Association Américaine de Psychiatrie ou *American Psychiatric Association* (APA, 2000), l'anorexie mentale ou *anorexia nervosa*, au même titre que la boulimie et les troubles alimentaires non spécifiés, est répertoriée dans les troubles du comportement alimentaire (TCA). L'anorexie mentale a été successivement décrite comme une pathologie endocrinienne (Simmonds, 1916), psychique (Sheehan, 1937), neurologique (de 1937-1960 selon Raimbault & Eliacheff, 2001) avant d'être conceptualisée lors du symposium de Göttinger (Meyer & Feldman, 1965) comme une psychopathologie (Fairburn & Harrison, 2003; Klein & Walsh, 2003; Meyers & Feldman, 1965; Schmidt, 2003). Ce symposium a permis de déplacer l'étude de l'anorexie mentale des fonctions alimentaires vers les perturbations corporelles et d'envisager l'anorexie mentale comme une psychopathologie à part entière (Raimbault & Eliacheff, 2001). De nos jours, l'anorexie mentale est définie comme « une perturbation de l'image du corps associée au désir permanent de maigrir et de contrôler son alimentation, aboutissant à une malnutrition sévère » (APA, 2000, p. 259).

Sur la base de cette dernière définition, deux façons de conceptualiser cette psychopathologie sont présentes dans les écrits scientifiques : l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle. Traditionnellement, les psychiatres d'approche biologique adoptent une « perspective pathogène qui demeure sur une logique capturant l'anormalité à l'intérieur de catégories qualitativement distinctes les unes des autres » (McHugh & Slavney, 1998, p.15).

En psychiatrie biologique, les anormalités varient plutôt qualitativement (e.g. type d'anorexie mentale, de TCA, etc.). Selon cette conception, le diagnostic

de l'anorexie mentale dite clinique, est établi lorsque les quatre critères suivants sont réunis :

- A. Perte de poids supérieure ou égale à 15 % du poids total ;
- B. Peur intense d'avoir à prendre du poids ou de devenir gros(se), même si le poids est inférieur à la normale;
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps et influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi ou déni de la gravité de la maigreur actuelle ;
- D. Présence d'un trouble endocrinien diffus avec aménorrhée chez l'adolescente durant trois cycles menstruels consécutifs et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'adolescent.

Le DSM-IV-R (APA, 2000) distingue qualitativement deux sous types d'anorexie mentale : a) restrictif (hypercontrôle qui s'opérationnalise au travers de régimes alimentaires drastiques et de pratiques physiques excessives), et b) boulimique avec purge (crises de suralimentation suivies de comportements compensatoires, tels que des vomissements provoqués ainsi que l'utilisation de diurétiques et de laxatifs).

Le système de classification actuel du DSM-IV-R présente un certain nombre d'avantages : a) l'anorexie mentale selon le DSM-IV-R peut-être diagnostiquée par des entretiens semi directifs ou cliniques valides (Perterson & Miller, 2005), b) la validité du diagnostic permet de démontrer différents patrons longitudinaux selon le taux de rétablissement et de mortalité (Herzog *et al.*, 1999; Keel, Dorer, Eddy, Franko, Charatan & Herzog, 2003) et c) l'anorexie mentale définie par le DSM-IV-R diffère selon l'intervention thérapeutique évaluée empiriquement (Keel *et al.*, 2003). Malgré ces avantages, les études empiriques actuelles ont identifié trois limites principales (Franko, Wonderlich, Little & Herzog, 2004). Premièrement, les critères spécifiques de l'anorexie mentale ne conviennent pas à tous les individus qui présenteraient une anorexie mentale (Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson & Crosby, 2007). Par exemple, le second critère – peur intense d'avoir à prendre du poids – n'apparaîtrait pas chez des individus anorexiques issus de certaines cultures (e.g. Hong Kong) et le quatrième

critère – présence d'aménorrhée- ne serait pas un indicateur fiable de la perte ou de la prise du poids, de la sévérité de l'état clinique ou du pronostic (Andersen, Bowers & Watson, 2001). Ensuite, la dichotomie de l'anorexie mentale en sous-type est contestée (Wonderlich, *et al.*, 2007). Le DSM-IV-R ne précise pas la fréquence et la durée des comportements boulimiques-compensatoires concernant le sous-type boulimique avec purge de l'anorexie mentale, créant ainsi de la confusion au niveau de la discrimination des sous-types (Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franko & Herzog, 2002). Les sous-types déterminés à partir des observations cliniques d'autrefois (indiquant que les femmes anorexiques-boulimiques avec purge présentaient plus de comorbidité et de stress que celles étant anorexiques restrictives) ne présentent aucune différence concernant le taux de comorbidité, de rétablissement, de rechute ou de mortalité (Keel, Cogley, Ghosh & Lester, 2002; Keel, Dorer, Franko, Jackson, & Herzog, 2005). Eddy *et al.* (2002) révèlent également que les femmes anorexiques restrictives rapportent quelques comportements boulimiques avec purge au cours du temps et concluent que l'anorexie mentale boulimique avec purge représente davantage une forme d'anorexie mentale plus sévère ou plus chronique plutôt qu'un type de diagnostic distinct. Plus précisément, les 30 % à 44 % des cas d'anorexie restrictive qui développent une anorexie boulimique avec purge (Bulik, Sullivan, Fear, & Pickering, 1997) confirment le caractère instable et peu catégoriel des sous-types de l'anorexie mentale (Foulon *et al.*, 2007). Enfin la validité du diagnostic d'anorexie mentale, elle-même suscite des questionnements puisque 60 % des TCA ne correspondent pas aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale ou de la boulimie mais des troubles alimentaires non spécifiés (Faiburn & Bohn, 2005; Wade, Crosby & Martin, 2006). L'intérêt pour la validité et la stabilité de ces troubles alimentaires a fait l'objet d'études longitudinales récentes dont celle de Milos, Sprindler, Schnyder et Fairburn (2005). D'après ces auteurs, 70 % des troubles alimentaires non spécifiés évoluent soit en anorexie mentale soit en boulimie au cours des 30 mois de suivi suggérant que de telles variations seraient dues davantage à la fluctuation du poids et de la sévérité des symptômes anorexiques plutôt qu'à la transition d'une psychopathologie à l'autre. De plus, la présence d'anorexie mentale « subclinique » nommée symptomatique ou

infraclinique (Button & Whitehouse, 1981) parmi des populations non cliniques, telles que les étudiants ou les élèves de grandes écoles de danse, a été soulignée par de nombreux auteurs (Beals, 2004; Button & Whitehouse, 1981; Casper & Offer, 1990; Frisch, Wyshak & Vincent, 1980; Garner & Garfinkel, 1980; Ghadirian, Marini, Jabalpurwala & Steiger, 1999; Grant & Philipps, 2004; Maloney, McGuire, Daniels & Specker, 1989; Thompson & Schwartz, 1982; Vaz, Guisado & Penas-Lledo, 2003). L'anorexie mentale subclinique décrit alors des jeunes filles et des femmes qui a) sont « anormalement préoccupées par leur poids », b) présentent plusieurs symptômes comportementaux de l'anorexie mentale et c) sans toutefois correspondre aux critères cliniques (Garner, Garfinkel & Olmsted, 1983). L'individu présente alors deux ou trois critères diagnostiques de l'anorexie mentale, selon le DSM-IV-R, avec des scores élevés aux instruments mesurant ces critères comme l'Inventaire des Troubles du Comportement Alimentaire ou *Eating Disorder Inventory* (ITCA, Criquillon-Doulet, Divac, Dardennes, & Guelfi, 1995) et le Test des Attitudes Alimentaires ou *Eating Attitudes Test* (TAA; Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault & Gottheil 1994). En d'autres termes, le recours à la totalité des critères du DSM-IV-R simultanément et exclusivement selon l'approche catégorielle peut favoriser l'exclusion des premières manifestations et de la forme subclinique de l'anorexie mentale (Alvin, 2001; Beals, 2004; Société Canadienne de Pédiatrie, 1998) touchant pourtant près de la moitié de la population féminine (Whitaker, Davies, Shaffer, Abrams, Walsh & Kalikow, 1989). Ainsi, les limites de l'approche catégorielle de l'anorexie mentale ont montré la nécessité de concevoir cette psychopathologie selon une approche dimensionnelle.

A l'inverse des psychiatres de conception biologique, ceux d'approche psychodynamique privilégient une perspective dimensionnelle, dans laquelle les désordres mettent en évidence des vulnérabilités psychologiques et des perturbations environnementales. Ces vulnérabilités psychologiques ou ces perturbations environnementales diffèrent plutôt quantitativement (i.e. en intensité) le long d'un continuum de gravité (Meelh, 1992; Reznik, 1991). Selon l'approche dimensionnelle, l'anorexie mentale se produit clairement le long d'un continuum dont les troubles présentent une diversité de degrés de sévérité allant

de l'absence de trouble du comportement alimentaire, à la forme subclinique et enfin à la forme clinique (Garner *et al.*, 1983; Robin, Silberstein & Striegel-Moore, 1985; Scarano & Kalodner-Martin, 1994). Dans cette perspective, Mintz et Betz (1988) ont popularisé le continuum des TCA auprès des psychologues. Ce concept de continuum représente une dimension dont les extrémités sont caractérisées par des comportements alimentaires normaux sans préoccupation du poids et le diagnostic d'anorexie mentale. Les sous-types (i.e. restrictif et boulimique) du DSM-IV-R laissent place aux « intermédiaires » du continuum regroupant les comportements anormaux, tels que les crises de suralimentation ou les comportements compensatoires ainsi que les jeûnes et les régimes chroniques. Par ailleurs, Mintz et Betz (1988) et Scarano et Kalodner-Martin (1994) montrent que l'estime globale de soi, l'image du corps et la dépendance à la pression socioculturelle perçue (i.e. étiologie des TCA) diffèrent en fréquence et en degré le long de ce continuum. En d'autres termes, une faible estime globale de soi, une image du corps négative et une forte dépendance à la pression socioculturelle perçue caractérisent le diagnostic de l'anorexie mentale et donc une sévérité symptomatologique. En revanche, une estime globale de soi élevée, une image du corps positive et une faible dépendance à la pression socioculturelle perçue caractérisent les comportements alimentaires normaux (Mintz & Betz, 1988). Tylka & Subich (1999) ont tenté de valider le continuum de l'anorexie mentale car certains psychologues ont rapidement déploré le manque de validité systématique des recherches privilégiant ce continuum (Mintz, O'Halloran & Mulholland, 1997). Ces auteurs (Tylka & Subich, 1999) ont identifié des degrés de sévérité de l'anorexie mentale répartis en trois groupes : a) asymptomatique, b) symptomatique et c) clinique, le long de dimensions comportementales et psychologiques communes (i.e. régime restrictif, crise de suralimentation, peur de grossir, image du corps négative). En définitive, en utilisant l'approche multivariée (i.e. analyses discriminantes), Tylka et Subich (1999) réaffirment que malgré des différences qualitatives entre les groupes asymptomatiques, symptomatiques et cliniques, les résultats des analyses discriminantes sont plus conformes au modèle de continuité qu'au modèle de discontinuité (Lowe *et al.*, 1996). Plus récemment, Fairburn *et al.* (i.e. Fairburn & Bohn, 2003; Fairburn,

Cooper & Shafran 2003) proposent un modèle transdiagnostique rassemblant tous les TCA selon un élément central de la psychopathologie nommé « la surévaluation du contrôle du corps, du poids et la nourriture » (cf. Wonderlich, 2007, p. 173). Selon ce modèle, Fairburn *et al.* (2003) met en évidence la trajectoire longitudinale et fluctuante des TCA indiquant des mécanismes communs dans le maintien de l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles alimentaires non spécifiés tels que la surévaluation du corps et du poids et le faible niveau du concept de soi.

En définitive, au cours du siècle dernier, l'approche catégorielle s'est fortement opposée à l'approche dimensionnelle au travers de conceptualisations (i.e. définition, étiologie, classification, évaluation) de l'anorexie mentale fondamentalement différentes (DeBoeck, Wilson & Acton, 2005; Meehl, 1992; Williamson, Gleaves & Stewart, 2005). Toutefois, des travaux récents mettent en évidence le début d'un « consensus » entre les conceptions dimensionnelles et catégorielles de l'anorexie mentale et plus largement des TCA, au travers d'une nouvelle classification proposée dans le futur DSM-V (Brown & Barlow, 2005; Widiger & Samuel, 2005; Williamson *et al.*, 2005). Ces auteurs précisent qu'un construit catégoriel ne signifie pas qu'il est exclusivement dichotomique ou qu'il n'existe pas de variabilité à l'intérieur du groupe catégoriel ou dimensionnel (Brown & Barlow, 2005; Widiger & Samuel, 2005; Williamson, *et al.*, 2005). Selon Waller et Meehl, (1998) la dichotomie adéquate - conception catégorielle versus dimensionnelle - devrait s'entendre comme une dichotomie : catégorie dimensionnelle versus dimension.

1.2. Epidémiologie

Selon les données épidémiologiques issues des registres psychiatriques ou du taux d'admission dans les hôpitaux, la forme clinique de l'anorexie mentale qui réunit les quatre critères diagnostiques cités précédemment, concerne 0,2 % à 1 % des adolescentes et des jeunes femmes (Hoek & van Hoeken, 2003; Pawluck & Gorey, 1998). Plus précisément, la recension des écrits scientifique de van

Hoeken, Seidell et Hoek (2003) indique que la prévalence¹ s'élève à 0,9 % auprès de jeunes filles scolarisées âgées de 15 à 18 ans selon les critères du DSM-IV (Nobakht & Dezhkam, 2000). Concernant l'incidence² de l'anorexie mentale, la recension de van Hoeken *et al.* (2003) révèle que la plus récente étude dénombre 4,2 cas pour 100 000 personnes en 1993 (Turnbull, Ward, Treasure, Jick & Derby, 1996). La tendance de l'incidence au cours du temps fait l'objet de résultats divergents : certaines études suggèrent que cette incidence augmente (Eagles, Johnston, Hunter, Lobban & Millar, 1995; Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1988; Milos, Spindler, Schnyder, Martz, Hoek & Willi, 2004) alors que d'autres rapportent des taux stables (Hoek *et al.*, 1995; Nielsen, 1990). Hoek et van Hoeken (2003) indiquent que l'incidence de l'anorexie mentale a augmenté durant le dernier siècle jusqu'en 1970 représentant un seuil de stabilisation. Certaines études s'intéressant aux données épidémiologiques de l'anorexie mentale subclinique indiquent que cette prévalence est comprise entre 1,09 % et 4,2 % (Szumska, Tury, Csoboth, Réthelyi, Purebl & Hajnal, 2005). En revanche, selon de récentes données canadiennes, une étude met en évidence que 8,2 % des 1739 jeunes filles ontariennes entre 12 et 18 ans ont recours à des vomissements provoqués pour contrôler leur poids (Jones, Bennett, Olmstead, Lawso & Robin, 2001).

En France, 1 à 12 pour 100 000 personnes par an souffre(nt) d'anorexie mentale et plus précisément, près de 40 000 adolescentes et jeunes femmes âgées entre 12-19 ans sont anorexiques (Flament, 1995). Crisp (2006) et Garner (1993) relèvent que 5 à 10 % des cas d'anorexie mentale sont des jeunes garçons (sex-ratio est de un homme pour neuf femmes). Godart, Perdereau et Jeammet (2004) ajoutent que cette psychopathologie serait 10 fois moins fréquente chez les garçons. Au regard de ces données épidémiologiques, l'emploi du genre féminin sera utilisé, tout au long de ce manuscrit, pour qualifier les individus présentant une anorexie mentale sans aucune discrimination et uniquement dans un but d'alléger le texte.

¹ Nombre total de cas dans la population à un moment donné, aussi nommée point de prévalence en pourcentage (van Hoeken, Seidell & Hoek, 2005).

² Nombre de nouveaux cas dans la population au cours d'une période spécifique communément exprimé pour 100 000 personnes par an (van Hoeken, Seidell & Hoek, 2005).

Cette psychopathologie survient principalement durant la période péripubertaire et particulièrement entre 15 et 19 ans (Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2000; Hoek & van Hoeken, 2003; Karwautz, *et al.*, 2001; Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991). L'incidence et la prévalence de l'anorexie mentale chez les femmes âgées de 15 à 18 ans, croît régulièrement depuis 1930 avec un âge d'apparition des troubles plus précoce qu'auparavant (Bulik, 2005; Lucas Crowson, O'Fallon & Melton, 1999; van Son, 2006) et une fréquence accrue des formes modérées (Lucas *et al.*, 1991).

Les TCA en général et l'anorexie mentale en particulier présentent le taux de mortalité le plus élevé parmi les troubles psychiatriques, se situant entre 0,1 % à 21 % (Fisher, 2003; Hoeck, 1993; Hsu, 1988; Löwe *et al.*, 2001; Steinhausen, 2002; Steinhausen & Glanville, 1983) avec une moyenne de 7 % en France (Tyrer *et al.*, 1997). Cette psychopathologie peut présenter une évolution chronique dans 20 % à 40 % des cas ou entrecoupée de rechutes dans 10 % à 50 % des cas (Carter, Blackemore, Sutandar-Pinnock & Woodside, 2004; Godart, Perdereau & Jeammet, 2004; Pike, 1998). D'après la recension des écrits de Pike (1998), la rémission est comprise entre 35 % et 76 % des cas selon les critères de guérison considérés.

1.3. Etiologie biopsychosociale

1.3.1. Théorie générale des systèmes

Les écrits scientifiques concernant la théorie générale des systèmes appliquée aux psychopathologies tendent à montrer l'apport des principaux modèles théoriques multifactoriels pour comprendre les phénomènes d'inadaptation d'un individu (Cicchetti, 1984; Masten, 2006; von Bertalanffy, 1976; Widiger, 2001). Cette théorie générale des systèmes propose a) d'analyser les systèmes comme un tout plutôt que comme une agrégation de parties, b) de ne plus isoler les phénomènes étudiés de leur contexte, et c) de ne plus décortiquer les interactions avant de les examiner (Cicchetti, 1984; von Bertalanffy, 1976). Trois principaux modèles émergent de cette théorie : le modèle systémique, le modèle écologique et le modèle biopsychosocial. Premièrement, le modèle

systemique permet d'étudier le fonctionnement des systèmes ou plus particulièrement des interactions entre les différentes composantes d'un système organisé. Il propose également d'analyser les phénomènes dans leur contexte en cherchant donc à obtenir une vision la plus large possible de ces derniers (Biderman, Yeheskel & Herman, 2005; von Bertalanffy, 1976). Le modèle écologique conçoit l'émergence de problèmes comme le résultat d'interactions entre plusieurs facteurs personnels et environnementaux, interreliés et indépendants (Bronfenbrenner, 1986). Selon ce modèle, les interactions ne sont pas seulement présentes entre l'individu et un seul niveau environnemental, mais entre la personne et plusieurs niveaux à la fois, eux-mêmes en interaction (Sameroff & Emde, 1989). Enfin, selon le modèle biopsychosocial les pathologies sont causées par la convergence de plusieurs facteurs classifiés comme biologiques, psychologiques et sociaux en interaction (Cicchetti, 1990; Rutter & Sroufe, 2000).

Au regard de ces trois modèles théoriques multifactoriels, la majorité des auteurs qui conçoit l'anorexie mentale comme une psychopathologie, privilégie le modèle biopsychosocial pour comprendre l'anorexie mentale (Smolak & Striegel-Moore, 1996; Steiner & Lock, 1998; Steiner, Sanders & Ryst, 1995). En effet, le modèle biopsychosocial appliqué aux psychopathologies vise à intégrer la variété des facteurs de risque de l'anorexie mentale et à répondre à la complexité de son fonctionnement (Blank & Latzer, 2004; Garfinkel & Garner, 1982; Garner, 1993; Gillberg & Rastam, 1998; Guillemot & Laxenaire, 1997; Polivy & Herman, 2002; Raphael & Lacey, 1994; Russell, 1988). Dans le domaine de la psychopathologie, le terme « facteur de risque » fait référence aux caractéristiques et/ou aux expériences individuelles ou aux événements qui sont associés à une plus grande probabilité (i.e. risque) d'obtenir des résultats délétères ou indésirables (Kraemer *et al.*, 1997; Mrazek & Haggerty, 1994). A l'inverse, le facteur de protection augmente la probabilité d'obtenir des résultats positifs en présence d'un facteur de risque, atténuant ainsi l'effet défavorable de ce facteur de risque (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, & Offord, 1997; Stice, 2002). Ainsi, le modèle biopsychosocial de l'anorexie mentale fait intervenir des facteurs de risque biologiques (i.e. vulnérabilités héréditaires, événements périnataux, processus

neuroendocriniens, etc.), psychologiques et cognitifs (i.e. traits de personnalité, émotions négatives, distorsions cognitives corporelles), ainsi que familiaux (i.e. relations avec les parents, histoires psychiatriques de la famille, etc...), et socioculturels (i.e. profession, activités de loisir). L'ensemble de ces facteurs de risque entretiennent entre eux des relations systémiques (Bloks, van Furth & Hoeck, 1999; Brownell & Fairburn, 1995; Garner, 1993; Vanderlinden, 2000). Le terme « relations systémiques » doit être entendu comme les interactions entre différents éléments; dans le cas présent entre des facteurs de risque. Au travers de ce modèle, l'anorexie mentale combine donc certaines vulnérabilités biologiques qui, dans un contexte psychosocial défavorable, se cristallisent en un syndrome complexe de nature psychosomatique (Polivy & Herman, 2002; Raphael & Lacey, 1994). A notre connaissance, il existe deux synthèses qui traitent des facteurs de risque de l'anorexie mentale (Garner, 1993; Klein & Walsh, 2001) ; une méta-analyse de Jacobi, Paul, Zwaan, Nutzinger et Dahme (2004) qui recense les travaux concernant les facteurs de risque de l'anorexie mentale et de la boulimie, simultanément et trois études (Fairburn, Cowen & Harrison, 1999; Karwautz *et al.*, 2001; Pike *et al.*, 2008) dont l'objectif est d'analyser l'implication simultanée de divers facteurs de risque de l'anorexie mentale et leur contribution respective.

Dans un souci de clarté, les différents facteurs de risque biologiques, psychologiques et socioculturels participant à la compréhension de l'anorexie mentale seront traités séparément et ce, malgré leur caractère interrelié mis en lumière par la perspective biopsychosociale. Pour chaque facteur, des éléments théoriques et/ou cliniques ainsi que des conclusions issues de travaux empiriques seront présentés. Dans un souci de synthèse, seuls les travaux empiriques a) traitant des populations anorexiques ou d'un groupe de patientes anorexiques indépendamment d'autres groupes cliniques, b) dont les échantillons contiennent au minimum dix participants par groupe à la fois et c) utilisant des méthodes statistiques permettant de vérifier l'association ou la prédiction entre les facteurs étiologiques et l'anorexie mentale (i.e. corrélations, régressions univariées et multivariées, équations structurales, etc.), seront inclus dans cette partie sous forme de tableaux récapitulatifs (cf. Tableau 1, Annexe A). De plus, les études

examinant les facteurs de rémission ou de rechute, les facteurs prédictifs du pronostic de l'anorexie mentale et les études rétrospectives utilisant exclusivement des mesures auto-rapportées seront exclues de cette partie. En guise de conclusion, chaque facteur de risque de l'anorexie mentale sera spécifié, selon la typologie des facteurs de risque de Kazdin *et al.* (1997) et Kraemer *et al.* (1997), comme une absence de corrélat ou *noncorrélat*, un corrélat, un facteur de risque, un marqueur fixé, un facteur de risque variable, un marqueur variable et un facteur de risque causal (voir Tableau 2). Au-delà de cette typologie, les mentions « spécifique » et « général » seront attribuées à tous les types de facteurs de risque; excepté pour l'absence de corrélat et corrélat. Un facteur de risque spécifique doit prédire exclusivement l'émergence de l'anorexie mentale (i.e. comparé à celui d'autres psychopathologies). A l'inverse, un facteur de risque général peut prédire l'émergence de plusieurs psychopathologies (e.g. dépression, anxiété, etc.) ou catégories de psychopathologies (e.g. boulimie, troubles alimentaires non spécifiés, etc.). Il est intéressant de noter que la typologie d'un facteur de risque n'est pas absolue mais relative à l'état actuel des connaissances scientifiques la concernant. Certains facteurs de risque (e.g. moment pubertaire, paramètres biologiques spécifiques, etc.) peuvent varier dans la typologie selon la période de mesure. Par exemple, un facteur pourrait être variable avant un certain événement (e.g. phase développementale, infection, etc.) et être classé comme un facteur de risque variable, mais devenir immuable après un événement et être, par conséquent, classé comme un marqueur fixé.

Tableau 2.

Typologie des facteurs de risque de Kazdin *et al.* (1997) et Kraemer *et al.* (1997) et identification des méthodes (i.e. Tableau tiré et adapté de Jacobi *et al.*, 2004)

Type	Définition	Protocole des études
Absence de corrélat	Aucune association significative entre le facteur et l'émergence de l'anorexie mentale	Études transversales et longitudinales
Corrélat	Association significative entre le facteur et l'émergence de l'anorexie mentale	Études transversales; études épidémiologiques; études transversales ou rétrospectives contrôlées; études sur la famille ou l'histoire familiale
Facteur de risque	Association significative statistiquement et cliniquement entre le facteur et l'émergence de l'anorexie mentale (e.g. le facteur précède cette émergence)	Études longitudinales
Marqueur fixé	Le facteur de risque ne peut pas être changé [par une intervention] ni changer spontanément [pour un même individu (e.g. sexe, année de naissance...)]	Études transversales utilisant les données du registre médical ou l'apparition de caractéristiques enregistrées (e.g. apparition de complications, naissance avant terme...); études longitudinales (incluant des jumeaux ou des études génétiques/sur l'hérédité).
Facteur de risque variable	Le facteur de risque peut être changé [par une intervention] ou changer spontanément [pour un même individu (e.g. âge, poids...)]	Études longitudinales
Marqueur variable	Facteur de risque variable, l'expérimentation ne change pas le risque d'émergence de l'anorexie mentale	Essai clinique randomisé (i.e. études d'intervention préventive ou thérapeutique)
Facteur de risque causal	Facteur de risque variable, l'expérimentation change le risque d'émergence de l'anorexie mentale	Essai clinique randomisé (i.e. études d'intervention préventive ou thérapeutique)

1.3.2. Facteurs biologiques

La recherche sur les facteurs de risque biologiques de l'anorexie mentale a mis en évidence une quantité considérable de facteurs selon deux thématiques principales : la génétique et le dysfonctionnement neurobiologique. Au regard de l'approche psychopathologique de l'anorexie mentale adoptée dans cette thèse, cette partie abordera succinctement le poids, les facteurs génétiques principaux, l'activité de la sérotonine, le développement pré/péri-natal et les facteurs liés à la puberté.

D'une part, le poids est un facteur biologique soumis en partie à l'influence de l'hérédité (Hebebrand & Remschmidt, 1995). D'autre part, l'association entre le régime minceur et l'anorexie mentale est probablement l'une des associations les plus souvent rapportées par la théorie étiologique des « 3P » de l'anorexie mentale de Garner (1993). Le régime a longtemps été considéré comme un important précurseur de cette psychopathologie (Hsu, 1990; Polivy & Herman, 1985). Les études ayant travaillé sur ces facteurs de risque (Fairburn & *al.*, 1999; Garfinkel, Modolfsky & Garner; 1980; Klump, McGue & Iacono, 2000) concluent que le poids est un marqueur fixé et le régime, un corrélat de l'anorexie mentale.

Les gènes, l'hérédité, l'environnement et la neurobiologie interagissent. De nombreux facteurs de risque psychologiques et/ou familiaux de l'anorexie mentale (i.e. traits de personnalité et comorbidité psychiatrique) pourraient être le reflet de prédispositions héréditaires et d'interactions entre hérédité et contexte environnemental (Bulik, Reba, Siega-Riz & Reichborn-Kjennerud, 2005). Rutter et Silberg (2002) expliquent que des individus génétiquement différents présentent une vulnérabilité différente face à un bouleversement physique tel que la perte importante de poids. De plus, tout comme le reste de son étiologie, la génétique de l'anorexie mentale serait polygénique (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000; Klump, Wonderlich, Lehoux, Lilienfeld & Bulik, 2002). L'hypothèse principale postule que l'accumulation d'une variété de gènes minimale contribuerait au développement de l'anorexie mentale (Devlin *et al.*, 2002). L'étude des familles est la première étape nécessaire pour déterminer si un trouble est soumis à

l'héritabilité. Ensuite, les analyses statistiques qui différencient les éléments concordants entre les jumeaux monozygotes (i.e. génétiquement identiques) et les jumeaux dizygotes (i.e. génétiquement différents) permettent de déterminer la variance expliquée par la génétique et par les sources environnementales (i.e. partagées et individuelles). L'étude de Strober, Freeman, Lampert, Diamond et Kaye, (2000) montre que le risque relatif de présenter une anorexie mentale clinique est 11,3 fois plus important chez les femmes dont un membre de la famille présente une anorexie mentale que chez les familles « contrôle ». D'autres auteurs ont corroboré cette étude (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000; Kipman, Gorwood, Mouren-Simeoni & Ades, 1999; Klump *et al.*, 2002) en ajoutant que la contribution des effets génétiques à risque ont été estimés entre 58 % et 88 %. Ainsi, les effets génétiques/héréditaires peuvent être répertoriés comme des facteurs de risque du type « marqueur fixé ».

Les études neurobiologiques suggèrent que la sérotonine pourrait jouer un rôle important dans l'étiologie de l'anorexie mentale (Jacobi *et al.*, 2004). Le système sérotoninergique n'est pas seulement un système de neurotransmetteurs potentiellement impliqué dans l'anorexie mentale mais également le système biologique impliqué le plus largement étudié chez les individus anorexiques (Jacobi *et al.*, 2004). Les méthodes de recherche pour l'évaluation de l'activité de la sérotonine nécessitent d'évaluer a) les réponses neuroendocriniennes et comportementales selon une approche pharmacologique et b) la libération et le fonctionnement de la sérotonine d'après le système nerveux central (i.e. 5-HIAA). Plus récemment, les études sur l'imagerie cérébrale ont permis de caractériser le fixateur de transporteurs de sérotonine et de montrer le rôle du récepteur 5-HT_{2A} (Kuikka *et al.*, 2001). Au regard de l'ensemble des études présentées dans le Tableau 1 (Annexe A), l'activité de la sérotonine est un corrélat.

Une autre famille de facteurs de risque biologiques qui a reçu une attention très récente est liée au développement prénatal et périnatal, incluant les infections, les traumatismes, les convulsions, l'exposition du fœtus à l'alcool, l'âge avancé de la mère et le faible poids à la naissance (Bakan, Birmingham & Goldner, 1991;

Benton-Hardy & Lock, 1998). Ce facteur de risque a été rapporté comme un corrélat (rétrospectif) de l'anorexie mentale.

L'anorexie mentale se développe le plus souvent durant la période péripubertaire (Klein & Walsh, 2003). Cette prévalence de l'anorexie mentale à l'adolescence, a conduit des auteurs à s'interroger sur le rôle de la puberté dans le développement de l'anorexie mentale (Connan, Lightman, Campbell, Katzman & Treasure, 2003; Gowers & Shore, 2001). La puberté est une période de développement complexe durant laquelle de nombreux changements physiologiques et psychosociologiques interviennent et doivent être gérés (Smolak et Levine, 1996). Toutefois, la question de la puberté va bien au-delà de l'augmentation inhérente de poids ou de l'accomplissement de la maturité sexuelle, elle s'inscrit dans une perspective développementale de l'anorexie mentale (Connan *et al.*, 2003; Gowers & Shore, 2001). Jacobi *et al.* (2004) distinguent le « statut » pubertaire ou *pubertal statut* du « moment » pubertaire ou *pubertal timing*. Si le premier renvoie à la notion de niveau et d'étape du développement pubertaire selon une comparaison normative, le second réfère à l'âge de l'évènement pubertaire selon une comparaison relative (i.e. les autres individus d'âge identique). Le rôle de la puberté, inhérente à l'adolescence, dans le développement de l'anorexie mentale sera évoqué plus précisément lors de la discussion de cette recherche (i.e quatorzième chapitre). D'après la typologie de Kraemer *et al.* (1997), le statut pubertaire ne peut pas être considéré comme un facteur de risque parce que tout le monde expérimente la puberté. Le statut pubertaire ne peut être ni classé comme facteur à risque ni comme corrélat. En revanche, le moment pubertaire précoce est classé comme un marqueur fixé non spécifique de l'anorexie mentale.

1.3.3. Facteurs psychologiques

L'anorexie mentale étant identifiée comme une psychopathologie depuis le symposium de Göttinger (Meyer & Feldman, 1965), les cliniciens et les chercheurs se sont intéressés très tôt à ces facteurs de risque psychologiques. Ils ont mis en évidence des facteurs tels que l'image du corps, le concept de soi, les

cognitions, la conscience intéroceptive, le perfectionnisme et la comorbidité psychiatrique.

Bruch (1961, 1962, 1973, 1978) fut la première à décrire la distorsion de l'image du corps comme un trouble « perceptuel et cognitif » spécifique à l'anorexie mentale. Aujourd'hui, la perturbation de l'image du corps fait partie intégrante de la définition de l'anorexie mentale (APA, 2000; Klein & Walsh, 2003) et en représente un critère diagnostique (DSM-IV-R, APA, 2000). Tous les auteurs qui ont travaillé sur les TCA s'accordent à dire que l'image du corps joue un rôle central dans l'anorexie mentale (Benninghoven *et al.*, 2006; Bruch, 1962; Cash & Deagle, 1997; Feingold & Mazella, 1996). Cash & Pruzinsky (1990) définissent l'image du corps comme la façon dont un individu se perçoit et dont il pense que les autres le perçoivent. En revanche, l'image du corps appliquée à l'anorexie mentale n'a fait l'objet d'aucune formulation claire et unanime (Cash, 1997). Différents termes ont été utilisés pour dénommer le même concept tels que l'apparence physique perçue, l'expérience corporelle, le soi physique, l'insatisfaction corporelle (Ben Tovim, 1995; Probst, Pieters & Vanderlinden, 2008; Stein & Corte, 2007; Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007; Wilksch & Wade, 2004). Plus récemment, certains auteurs qui se sont intéressés à l'anorexie mentale, ont conceptualisé l'image du corps comme un construit multidimensionnel et complexe intégrant des composantes cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles (Farrell, Shafra & Lee, 2006; Jarry & Ip, 2005; Probst, 1997). Comme le montre le Tableau 1 (Annexe A), l'image du corps est un corrélat de l'anorexie mentale.

Les théories cognitives en lien avec l'anorexie mentale (Garner & Bemis, 1982), expliquent la distorsion des croyances et des erreurs de raisonnement (i.e. surestimation des formes corporelles, perception altérée du soi physique, dégoût pour certains aliments) par un trouble cognitif (Mirabel-Sarron & Samuel-Lajeunesse, 1998; Urdapilleta, Mirabel-Sarron, Meunier & Richard, 2005). Ainsi, étiologiquement, il est possible que la présence de déficits cognitifs observés soit liée à la privation sévère de nourriture et la renforce en contribuant à la

préoccupation irrationnelle corporelle (Klein & Walsh, 2003). Toutefois les déficits cognitifs ne constituent qu'un corrélat de l'anorexie mentale.

Le concept de soi est le résultat d'une évaluation personnelle consciente (Tesser & Campbell, 1983) en ce qui concerne les différentes facettes du soi valorisées et considérées comme importantes (Brown, 1998; Buckworth & Dishman, 2002). Tout comme l'insatisfaction corporelle, les études cliniques ont affirmé qu'un concept de soi négatif était au centre de l'anorexie mentale (Bruch, 1962; Selvini-Palazzoli, 1970). Dès 1962, Bruch décrivait le concept de soi des patientes anorexiques comme « un sentiment paralysant d'inefficacité » (p.191). A ce jour, le DSM-IV-R (APA, 2000) présente une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur le concept de soi comme un des critères diagnostiques de l'anorexie mentale. A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à analyser le concept de soi avant l'émergence de l'anorexie mentale. Ainsi, un concept de soi négatif est un corrélat de l'anorexie mentale et des régimes draconiens. La seconde partie du troisième chapitre sera consacrée exclusivement à la notion de concept de soi chez les patientes anorexiques et approfondira les études figurant dans le Tableau 1 (Annexe A).

La conscience intéroceptive est le troisième trouble « perceptuel et cognitif » spécifique de l'anorexie mentale décrit par Bruch (1961, 1962, 1973, 1978). Cette conscience intéroceptive correspond aux difficultés que l'individu éprouve à interpréter ses stimuli internes (i.e. émotionnels et gastro-intestinaux). En définitive, le manque de conscience intéroceptive est classé comme un facteur de risque spécifique de l'anorexie mentale.

Les observations cliniques ont suggéré très tôt que la lutte pour atteindre des standards parfaits était caractéristique des individus qui développaient une anorexie mentale (Brush, 1978). Plus précisément, les individus susceptibles de présenter une anorexie mentale tendraient à se fixer des objectifs irréalistes, eux-mêmes nourris par une peur perpétuelle de l'échec (Haase, Prapavessis & Owens, 2002; Terry-Short, Owens, Slade & Dewey, 1995). Les cliniciens décrivent les patientes anorexiques comme des individus souvent rigides, ritualisés et perfectionnistes (Jacobi *et al.*, 2004). Au regard des études répertoriées dans le

Tableau 1 (Annexe A), le perfectionnisme est ainsi classé comme un corrélat de l'anorexie mentale.

Les premières théories du développement de l'anorexie mentale ont souligné le rôle d'autres troubles psychiatriques comme « conditions préalables » de l'anorexie mentale (Rothenberg, 1988). Par exemple, la prévalence de la phobie sociale a été identifiée chez plus de 25 % des patientes anorexiques, tout au long de leur psychopathologie (Halmi, *et al.*, 1991). Concernant les troubles anxieux, le plus commun des symptômes d'anxiété correspond au trouble obsessionnel-compulsif. (Casper, 1998; Cooper, 1995; Eckert, Halmi, Marchi & Cohen, 1987; Fornari *et al.*, 1992; Halmi, *et al.*, 1991; Hsu, Kaye & Weltzin, 1993; Laessle, Wittchen, Fichter & Pirke, 1989; Rothenberg, 1988). Dans une synthèse sur la comorbidité psychiatrique de l'anorexie mentale, Rothenberg (1988) a relevé la présence de symptômes du trouble obsessionnel compulsif chez 3 % à 11 % des patientes anorexiques durant la phase aiguë de l'anorexie mentale mais également après restauration du poids. Les troubles eux, le trouble obsessionnel compulsif et la dépression apparaissent comme des corrélats.

1.3.4. Facteurs sociaux

Le lien entre les événements stressants, les facteurs sociaux et l'anorexie mentale a été reconnu lors des premières descriptions de cette psychopathologie, alors appelée « consommation nerveuse » (Morton, 1694). Depuis cette époque, un large groupe de facteurs sociaux a été impliqué dans le développement de l'anorexie mentale (Karwautz *et al.*, 2001). En effet, les premières théories au sujet du développement de l'anorexie mentale ont souvent attribué aux facteurs familiaux et socioculturels la responsabilité de l'apparition de cette psychopathologie (Garner & Garfinkel, 1980; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Sours, 1983). De plus, les facteurs de risque biologiques, au travers de l'interaction gène-environnement, ont montré l'intérêt d'étudier l'émergence de l'anorexie mentale en fonction du contexte environnemental. Cette partie abordera succinctement la famille, l'environnement socioculturel, les événements de vie stressants et l'appartenance à une sous-culture en lien avec le poids.

Le rôle pathogène de la famille dans la compréhension de l'anorexie mentale a été mis en évidence dès le début des années 1970 et n'a cessé d'intéresser les chercheurs tant au niveau des relations entretenues entre les membres de la famille que dans l'histoire familiale (Bruch, 1974; Minuchin *et al.*, 1978; Rhodes, 2003; Selvini-Palazzoli, 1974; Wallin & Hanson, 1999). Premièrement, les caractéristiques des relations entre la patiente anorexique et sa famille incluent la problématique des structures familiales, les styles de communication et les styles d'attachement (Jacobi *et al.*, 2004; Steiner *et al.*, 2003). Selon des observations cliniques, les mères des anorexiques sont souvent décrites comme dominantes, anxieuses et ambitieuses (Bruch, 1974; Selvini-Palazzoli, 1974). Elles utilisent volontiers leurs enfants pour elles-mêmes afin de se valoriser (Garner, 1993; Marcelli & Braconnier, 1999; Sours, 1980). A l'inverse, les pères des patientes anorexiques sont plutôt chaleureux, permissifs et effacés (Kestemberg, 1971). Deuxièmement, la présence de troubles psychiatriques comme facteur de risque dans l'étiologie de l'anorexie mentale ont également fait l'objet de nombreuses études (Jacobi *et al.*, 2004). L'ensemble de ces études exclusivement transversales utilisent principalement deux types de méthodes de mesure : un entretien directif des membres de la famille et l'évaluation de l'histoire familiale psychiatrique à partir d'un entretien avec la patiente. La comparaison des travaux optant pour l'une ou l'autre de ces méthodes a mis en évidence une surestimation de la prévalence des désordres psychiatriques familiaux dans le cas de la méthode de l'histoire de famille (Andreasen, Rice, Endicott, Reich & Coryell, 1986; Gershon *et al.*, 1983; Lilenfeld *et al.*, 1997; Orvaschel, Thompson, Belanger, Prusoff & Kidd, 1982). Les résultats des études recensées dans le Tableau 1 (Annexe A) ont montré que l'interaction, le fonctionnement et l'histoire psychiatrique de la famille étaient des corrélats de l'anorexie mentale.

En 1974, Bruch écrivait déjà qu' « une jeune personne dont la structure du corps ne se conforme pas à l'image acceptée par la société, se trouve confrontée à une pression énorme et une critique constante » (p. 444). Bien que le facteur socioculturel ait longtemps été considéré comme un des facteurs explicatifs le plus important de l'image du corps négative et des restrictions alimentaires, sa

contribution dans le développement de l'anorexie mentale a été étudiée plus récemment que celle de la famille (Garner & Garfinkel, 1980; Levine, Smolak & Hayden, 1996; McCarthy, 1990; Raphael & Lacey, 1992; Vandereycken, 1993). Les femmes d'aujourd'hui, au travers des médias, sont exposées à un modèle d'apparence physique tellement décharné qu'il s'apparente à des femmes virtuelles, inexistantes dans la population générale (Ghaderi, 2001; Raphael & Lacey, 1994; Stice, 2002). Ainsi, les études du Tableau 1 (Annexe A) permettent d'identifier l'environnement socioculturel comme un corrélat.

Dans ce paragraphe, deux types d'événements de vie stressants seront exploités : a) les taquineries ou les remarques inappropriées et b) les abus sexuels. Certains travaux soulignent que les facteurs de risque psychologiques et/ou cognitifs, peuvent être exacerbés lors de remarques relatives au corps au cours de l'adolescence principalement ou de traumatismes psychologiques ou physiques survenant au cours de l'enfance comme la perte d'un proche, des humiliations, des abus sexuels, etc. (DeGroot & Rodin, 1999; Everill & Waller, 1995; Halmi, 2005; Kent & Waller, 2000; Palmer & Oppenheimer, 1992). Dans ces cas précis, l'anorexie mentale est identifiée comme a) un mécanisme d'ajustement ou *coping* permettant à la fois de réguler une émotion insupportable et de se construire un sentiment de soi cohérent (Rorty & Yager, 1996; Troop, 1998) et b) une tentative de se purifier et d'éviter d'autres contacts sexuels non désirés (Sloan & Leichner, 1986). Parmi les événements de vie, Garner (1993) écrivait que durant « l'enfance parfaite » dans laquelle évoluent les populations anorexiques, un traumatisme psychologique pourrait prédisposer à l'apparition de l'anorexie mentale (Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989). A la même époque, une forte incidence des abus sexuels a été identifiée dans l'anorexie mentale (Palmer, Oppenheimer, Dignon, Chalone & Howells, 1990). Depuis, le rôle de l'abus sexuel et tout particulièrement celui de l'abus sexuel durant l'enfance comme facteur de risque de l'anorexie mentale, a fait l'objet de nombreuses études (Connors & Morse, 1993; Everill & Waller, 1995; Pope & Hudson, 1992; Wonderlich *et al.*, 2007). Bien que la relation entre les événements de vie stressants et la psychopathologie en général ait été beaucoup étudiée et apparaisse comme un facteur étiologique important (Brown & Harris, 1978; Dohrenwend &

Dohrenwend, 1981; Rastam & Gillberg, 1992), les écrits scientifiques sont très limités en ce qui concerne les événements de vie stressants et l'émergence de l'anorexie mentale (Jacobi *et al.*, 2004; Schmidt, Tiller, Andrews, Blancherd & Treasure, 1997). En définitive, ce facteur de risque est classé comme un corrélat.

Les professionnels ou les amateurs appartenant à des sous-cultures qui promeuvent un faible poids et une forme corporelle mince voire maigre (i.e. mannequins et sportif(ve)s), sont considérés comme des groupes à haut risque dans le développement de l'anorexie mentale depuis plus de 20 ans (Garner & Garfinkel, 1978). Une récente synthèse sur les TCA (Striegel-Moore, 1997) a confirmé le statut de ces groupes à haut risque concernant l'anorexie mentale. Les femmes investies dans certaines professions (i.e. danseuse d'opéra, gymnaste, mannequin, etc.) et particulièrement au sein de cultures occidentales sont considérablement exposées à la pression des régimes maigrissants à cause de l'idéal de minceur induit par la performance et/ou l'apparence (Brownell, 1995; West, 1998). Les auteurs s'accordent à dire que l'appartenance à ces professions représente un facteur de risque de l'anorexie mentale (Abraham, 1996a, 1996b; Garner & Rosen, 1991; Hamilton, Brooks-Gunn, Warren, & Hamilton, 1988). L'intérêt de recherche dans ce domaine, lors des dernières années, s'est orienté prioritairement vers l'étude des symptômes anorexiques auprès des sportives et plus précisément vers le phénomène de la « triade des sportives » ou *female athlete triad* (i.e. anorexie mentale, aménorrhée, ostéoporose), qui semble s'être considérablement développé (Brownell, 1995; Putukian, 1998; West, 1998). Les compétitions sportives où l'appartenance à une sous culture en lien avec le poids est présente, sont des facteurs de risque.

1.3.5. Modèles biopsychosociaux de l'anorexie mentale

Sur le plan théorique, au-delà de l'étiologie multifactorielle décrite, certains auteurs ont cherché à conceptualiser différentes versions du modèle biopsychosocial à la lumière des résultats précités. Premièrement, le modèle frontière/commande ou *Boundary-Control Model* (Blank & Latzer, 2004) postule qu'à l'état pathogène, les frontières établies entre le soi et l'environnement sont insuffisantes. Ce manque de frontières nécessaires provoque chez l'individu

souffrant d'anorexie mentale une faible estime de lui-même, une anxiété et une impuissance. Ces sentiments négatifs conduisent progressivement cet individu à un intense désir d'hypercontrôle valorisé par la société industrielle afin de se sentir estimé par les autres (Blank & Latzer, 2004). Ce modèle suppose alors que l'anorexie mentale émerge à l'image d'un mécanisme de défense face aux sentiments négatifs.

Deuxièmement, d'après le modèle des « 3 P » (Garfinkel & Garner, 1982; Garner, 1993), l'anorexie mentale se révèle auprès d'individus « Prédisposés » sur le plan individuel (i.e. facteurs biologiques et psychologiques), familial et culturel à la faveur de facteurs « Précipitants », tels que les événements de vie stressants, le régime ou la perte de poids. Ces facteurs sont à leur tour progressivement renforcés par des facteurs « Perpétuants » ou « de Maintien » liés à l'environnement et/ou à la privation de nourriture. Ce modèle suppose que d'une part l'anorexie mentale émerge d'un système de facteurs pouvant différer selon les individus et d'autre part que les mêmes facteurs ne conduisent pas forcément à l'anorexie mentale auprès de deux individus différents (Garfinkel & Garner, 1982).

Polivy & Herman (2002) ont identifié des facteurs environnementaux décrits précédemment (i.e. la famille, la société et l'appartenance à des sous-cultures) et des facteurs individuels (i.e. psychologiques, cognitifs, physiologiques) dont la relation transactionnelle est responsable du développement de l'anorexie mentale. Dans ce modèle biopsychosocial, Polivy & Herman (2002) identifient certains facteurs individuels qui seraient principalement responsables du développement de l'anorexie mentale, tels que l'insatisfaction corporelle, les émotions négatives et la faible estime de soi, qui seraient des précurseurs invariants de l'anorexie mentale. L'association de ces facteurs individuels aux événements de la vie stressants (i.e. les abus sexuels, les traumatismes physiques et psychologiques, les remarques indésirables), et aux distorsions cognitives, participerait au développement de l'anorexie mentale. Par exemple, une adolescente dont la distorsion cognitive est de se percevoir plus grosse qu'elle n'est, vivra toute remarque inappropriée sur son corps comme

traumatisante et pourrait développer des conduites de minceur puis progressivement une anorexie mentale.

En conclusion, ce chapitre expose l'étiologie de l'anorexie mentale comme un processus qui se révélerait chez des individus prédisposés (i.e. génétiquement et/ou psychologiquement et/ou sur le plan cognitif et/ou sur le plan familial) et soumis à des facteurs déclencheurs (i.e. familiaux et/ou socioculturels). Enfin, elle serait perpétuée par des facteurs de maintien (i.e. psychologiques et/ou familiaux et/ou socioculturels). Il est intéressant de souligner que tous les modèles biopsychosociaux du fonctionnement de l'anorexie mentale sont conceptualisés à partir de cette relation entre le soi (i.e. estime globale de soi, soi physique et/ou social) et l'environnement (Blank & Latzer, 2004; Bulik, 2005; Garner, 1993; Polivy & Herman, 2002; Steiner *et al.*, 2003). Concernant les facteurs prédisposant et/ou précipitant de l'anorexie mentale, de nombreux facteurs de risque de nature biologique, psychologique et sociale ont été mentionnés. Parmi les facteurs de risque psychologiques, si toutes les études présentées dans ce chapitre confirment que le concept de soi de patientes anorexique est le concept de soi comme un facteur prédisposant et/ou précipitant de l'anorexie mentale. Ce premier constat nous amène à penser que le concept de soi, qui rappelons-le est un critère diagnostique de l'anorexie mentale, pourrait jouer un rôle à la fois étiologique et évolutif de l'anorexie mentale (e.g. facteur de maintien, de rémission, d'aggravation). Dans la continuité de cette conclusion, le second chapitre de ce manuscrit traitera de la psychopathologie développementale comme approche nécessaire à l'étude des facteurs pronostiques de l'évolution de l'anorexie mentale (i.e. pronostic favorable, intermédiaire et défavorable).

SECOND CHAPITRE

PRÉVISION DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES

1. PSYCHOPATHOLOGIE DÉVELOPPEMENTALE : « UN MACROPARADIGME »

Au cours des années 1970, la psychopathologie développementale est devenue un champ disciplinaire à part entière. Cependant, selon de nombreux auteurs, les « racines » historiques de la psychopathologie développementale sont bien antérieures à cette date (Cicchetti, 1984, 1990; Cummings, Davies & Campbell, 2000; Masten, 1989; Sameroff, 2000; Sroufe & Rutter, 1984). En effet, les pathologies ont été étudiées par deux grands courants de pensée et de recherche : la psychopathologie et la psychologie du développement. A la fin du vingtième siècle, la psychopathologie et la psychologie du développement qui avaient jusque-là évolué chacune de leur côté tendent à se rapprocher (Cicchetti, 1984; Masten, 2006). L'aspect développemental de la psychologie a été appliqué à la pathologie, dominante de la psychopathologie (Cicchetti, 1984; Masten, 2006). C'est à partir de la fusion de ces deux champs disciplinaires que la psychopathologie développementale a vu le jour (Cicchetti, 1984; Garber, 1984; Masten, Burt & Coatsworth, 2006). La recherche nécessaire de facteurs pronostiques relatifs aux psychopathologies, telles que l'anorexie mentale, au travers d'une perspective développementale confère à la psychopathologie développementale sa caractéristique relativement paradigmatique (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984).

Aujourd'hui, les différentes définitions de la psychopathologie développementale mettent en évidence certains principes et concepts communs qui permettent de la conceptualiser (Cummings *et al.*, 2000; Masten, 2004; Masten & Braswell, 1991). Elle est définie à la fois comme un « macroparadigme » (Achenbach, 1990) et comme une simple approche développementale qui traite de la psychopathologie (Luthar, Burack, Cicchetti & Weisz, 1997). Elle représente un champ à la fois multidisciplinaire et intégratif (i.e. psychologie développementale générale, sciences psychologiques et

médicales) qui étudie les comportements normaux et l'adaptation, afin d'améliorer l'évolution des troubles du comportement et de l'inadaptation dans un contexte développemental (Cicchetti, 1984; Masten, 2006).

La psychopathologie développementale est basée sur sept principes fondamentaux: a) l'aspect développemental, b) le principe de multi- et équi-finalité informative, c) le principe normatif, d) le principe écosystémique, e) le principe du multi-niveau, f) le principe d'action et g) le principe longitudinal. Classiquement, la psychopathologie développementale concerne davantage l'émergence d'une pathologie. Dans la mesure où la psychopathologie développementale sert de socle théorique aux facteurs pronostiques de l'anorexie mentale, seuls les principes pouvant expliquer l'évolution d'individus présentant déjà une pathologie seront exposés dans cette section.

L'aspect développemental s'inspire des caractéristiques des théories développementales contemporaines (Cicchetti, 1990; Rutter & Sroufe, 2000). Ces modèles théoriques (i.e. transactionnels, Sameroff & Emde, 1989) admettent que les êtres humains se développent à partir d'interactions et de co-actions complexes entre leurs gènes, leurs systèmes internes, leurs contextes et leurs autrui significatifs à de multiples niveaux (Biderman *et al.*, 2005). Par conséquent, chez un individu présentant une pathologie telle que l'anorexie mentale, l'évolution de cette pathologie est susceptible de prendre différentes trajectoires en fonction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux auxquels l'individu est soumis.

Selon le concept de multi-finalité (Masten, 2006; Mitchell, Kaufman & Beals, 2004), des individus présentant une psychopathologie au tableau clinique semblable, peuvent emprunter des trajectoires totalement différentes : certains se rétablissent alors que d'autres présentent une chronicisation de leur pathologie (Cicchetti & Rogosch, 1996; Masten, 2006). Au contraire, le concept d'équi-finalité (Masten, 2006; Mitchell *et al.*, 2004), montre que des individus présentant une psychopathologie au tableau clinique totalement différent, peuvent remplir les mêmes critères d'un diagnostic final (Cicchetti & Rogosch, 1996; Masten, 2006). Ainsi, le développement de l'être humain est caractérisé par une « cohérence » ou

par des « modèles de changement » (i.e. des ruptures), qui peuvent résulter de comportements dont la trajectoire est prédictible (Masten, 2006). Bien que les psychanalystes (i.e. psychodynamiciens) aient toujours évoqué l'impossibilité de la prédiction de trajectoires et/ou de comportements à partir d'un diagnostic établi pendant l'enfance, Sroufe et Rutter (1984) en accord avec Kohlberg, Lacrosse et Ricks (1972), concluent que la prédiction est l'objectif central de la psychopathologie développementale.

Le principe normatif reconnaît que la psychopathologie est jugée au travers d'un processus de « normalité » attendu par une société, dans un temps donné et pour une personne d'âge et de sexe particuliers (Masten, 2006). Certaines personnes sont jugées, comme présentant une psychopathologie car elles ont un comportement inadapté. Les « tâches développementales » sont des étapes ou des transitions de la vie qui servent d'indicateurs d'adaptation ou d'inadaptation dans le contexte social (Masten *et al.*, 2006). Certaines tâches développementales sont universelles et caractéristiques d'une espèce (e.g. l'apprentissage du langage) alors que d'autres sont spécifiques à un groupe culturel ou à un contexte (e.g. l'apprentissage de la chasse). Des échecs significatifs dans des périodes-clés de « tâches développementales » (e.g. adolescence) peuvent avoir des répercussions au niveau de sa propre évolution, mais également au regard de sa propre famille et des membres de la communauté. Ils peuvent contribuer au déclin du bien-être ou bien au développement et/ou à l'exacerbation de symptômes tels que les symptômes anorexiques (Masten *et al.*, 2006).

Le principe écosystémique qui se rapporte à la trajectoire d'individus présentant une psychopathologie est issu de la théorie des systèmes développementaux précitée (Bronfenbrenner, 1979; Cicchetti, 1990; Sameroff, 2000; Thelen & Smith, 1998). Ce principe postule que l'individu présentant une pathologie vit continuellement dans des systèmes interagissant avec d'autres systèmes constitués d'autres individus (i.e. incluant famille, pairs, école). Ces systèmes « vivants » présentent des propriétés d'auto-organisation et d'auto-régulation tout en s'adaptant au contexte dans lequel ils sont inclus (Masten &

Coasworth, 1995). Comme les espèces sociales, les êtres humains ajustent souvent leurs comportements à ceux des autres, eux-mêmes influencés par les interactions personnelles et sociales. Ainsi la nature de cette dynamique reflète la multicausalité qui est au cœur du processus de maintien de l'anorexie mentale. Les modèles d'interaction « gènes-environnement » sont la base explicative/évolutive de l'évolution d'une psychopathologie (Masten, 2006).

De fait, la psychopathologie développementale intègre une « dynamique de multi-niveaux » comme forme d'analyse de l'évolution d'une pathologie. Cette forme d'analyse a pour objectif de capturer la nature dynamique de l'interaction des systèmes qui sont au cœur du processus de maintien (Masten, 2006). Les théories développementales qui ont influencé l'histoire de la psychopathologie développementale, montrent de quelle façon les multiples niveaux d'interaction et d'analyse sont nécessaires à l'amélioration de la compréhension du développement humain pathologique (i.e. embryologie, écologie, génétique, transaction, etc.). La psychopathologie développementale, souligne que l'individu présentant une psychopathologie est un agent actif de l'évolution de sa pathologie (Masten, 2006).

Il répond ainsi au principe d'action. L'individu présentant une psychopathologie peut expérimenter son choix au travers de sa propre expérience comportementale et des multiples contextes dans lesquels il se retrouve (Masten, 2006). Ces choix jouent un rôle substantiel dans la trajectoire de la psychopathologie : le déni de la pathologie, le désir de se rétablir ou de rester dans un état pathogène, etc. Enfin, le principe de mutualité informative répond à deux courants. D'un côté, les psychologues développementalistes répertorient tous les processus universels du développement normal tels que le rétablissement (Masten & Coatsworth, 1995; Rutter, 1987; Tousignant & Ehrensaft, 2001). De l'autre, de nombreux penseurs (Erikson, 1950; Freud, 1976; Werner, 1956) conçoivent la psychopathologie comme une sorte « de miroir grossissant » dans lequel les processus psychologiques normaux seraient mieux observés (Cicchetti, 1984). En accord avec ces auteurs relevant d'influences théoriques différentes, les processus développementaux permettent de comprendre l'évolution de la psychopathologie

et l'étude des comportements déviants au travers des modèles de développement normaux (Masten, 2006). D'après le continuum de normalité et d'anormalité (Nylander, 1971), la rémission et l'aggravation et/ou la chronicisation, la vulnérabilité et l'invulnérabilité sont les « deux côtés de la même pièce » (Garnezy, 1974). En psychopathologie développementale contemporaine, les recherches sur les troubles mentaux, qui se focalisaient jusque-là sur des comportements déviants, sont aujourd'hui intégrées aux recherches sur les « tâches développementales » et s'orientent davantage vers les comportements adaptés (Cole & Putman, 1992; Masten, 2006).

Enfin, toute évolution de la psychopathologie est étroitement liée à la notion de « processus » (Masten, 2006). Un processus sous entend l'idée de continuité au cours du temps et ne peut être compris que dans son aspect temporel. En effet, les principes évoqués précédemment mettent en évidence le principe longitudinal (Masten, 2006). En capturant les variations dans le temps, la psychopathologie développementale nécessite des études longitudinales faisant émerger les facteurs pronostiques d'une psychopathologie (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003; Fichter, Quadflieg, & Hedlund 2006; Sroufe & Rutter, 1984). Steinhausen (1997) précise à ce sujet que les études de suivi permettent de palier la rareté des études de l'intervention thérapeutique randomisées contrôlées ainsi que le manque d'intervention à long-terme adéquate. Ce même auteur ajoute que « l'apparition fréquente [de l'anorexie mentale] à l'adolescence et à l'âge adulte fait de ce trouble un bon candidat aux études continues vs discontinues dans le cadre de la psychopathologie développementale » (Steinhausen, 1997, p. 271). Dans cette perspective, les recherches longitudinales des facteurs pronostiques examinent les différentes trajectoires du développement d'un individu présentant des troubles aussi bien en termes de rémission, que d'aggravation ou de maintien de ces troubles.

En définitive, la psychopathologie développementale est devenue plus complexe, plus développementale, plus contextuelle, plus dynamique, plus multidisciplinaire et plus collaborative au fil du temps (Kim, 1999; Masten, 2006; Virole, 2005). Ses racines historiques et son « étude du changement » confèrent à

cette science sa caractéristique intégrative permettant de comprendre au delà des origines de psychopathologies comme l'anorexie mentale, son évolution au fil du temps (Garber, 1984; Masten, 2006; Sroufe & Rutter, 1984). Ainsi, la question concernant les multiples évolutions de l'anorexie mentale inhérente à la théorie de la multifinalité inscrit l'anorexie mentale dans l'approche psychopathologie développementale et montre la nécessité des études de suivi pour rapporter les facteurs pronostiques de l'évolution de l'anorexie mentale (Steinhausen, 1997). La psychopathologie développementale de l'anorexie mentale justifie ainsi l'utilité d'étudier l'évolution de l'anorexie mentale tant au niveau de son pronostic, que de ses critères constitutifs du pronostic et de ses facteurs pronostiques afin d'en améliorer le traitement.

2. FACTEURS PRONOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE

D'après Theander (1983, 1985), établir un pronostic clinique signifie prédire une probable évolution prochaine et/ou l'ou les issue(s) finale(s) d'une psychopathologie. Le terme pronostic pourrait être utilisé, dans un sens plus général, comme la moyenne de résultats d'une psychopathologie présentée par un groupe de patients même si cliniquement, le pronostic concerne le plus souvent un individu (Theander, 1985). D'autres concepts tels que la trajectoire, l'évolution ou encore le résultat final d'une psychopathologie sont communément utilisés comme synonymes du pronostic (Theander, 1985). Un pronostic clinique n'est pas définitif, il peut être modifié plusieurs fois durant l'évolution d'une pathologie (Theander, 1985).

Le processus permettant d'établir un pronostic clinique est similaire à d'autres procédures dans d'autres domaines scientifiques (Theander, 1985). Par exemple, en météorologie, le pronostic à court et long terme dépend de la prédiction du temps et chez les économistes, le pronostic est établi selon les perspectives de profits d'une affaire (Theander, 1985). Dans ces exemples, comme dans le cas d'un pronostic clinique, plusieurs facteurs interagissant de façon complexe, déterminent le développement ultérieur ainsi que le résultat final d'un phénomène. Une différence, tout de même, est à souligner : la prédiction de la météo ne peut influencer les événements prédits eux-mêmes alors qu'un

pronostic défavorable d'une psychopathologie pourrait influencer de manière négative la suite des événements (Theander, 1985). Ainsi, au-delà de la prédiction de l'évolution d'une psychopathologie, le pronostic clinique, qu'il soit positif ou négatif, entraîne des implications psychologiques et sociales pour l'individu concerné, pour son entourage et pour l'équipe clinique (Theander, 1985). Un pronostic thérapeutique fiable renseignerait le patient de façon réaliste sur son état et orienterait l'intervention de l'équipe clinique (Theander, 1983, 1985). Toutefois, comme le formulait déjà Russell lors de la première conférence internationale sur l'anorexie mentale en 1976 : « Un des mystères de l'anorexie mentale réside dans l'imprévisibilité du pronostic chez un patient ».

Au regard du lien indissociable entre pronostic de l'anorexie mentale et de l'intervention thérapeutique, cette seconde partie du chapitre présentera succinctement les modalités d'interventions relatives à l'anorexie mentale puis exposera le pronostic de cette psychopathologie, les critères constitutifs de son diagnostic ainsi que ses facteurs pronostiques.

2.1. Interventions thérapeutiques et anorexie mentale

Les traitements de l'anorexie mentale diffèrent selon les époques, les pays et les établissements de soins (Castro, Gila, Puig, Rodriguez, & Toro, 2004). Selon le rapport de l'expertise collective de l'INSERM (2002), trois principales psychothérapies sont prescrites pour l'anorexie mentale : la psychothérapie d'approche a) psychanalytique, b) familiale, et c) cognitivo-comportementale. La psychothérapie se définit comme un ensemble de « méthodes psychologiques dont le but est de soulager une souffrance dans un cadre contractuel » (Gerin, 1984, p. 35). Les méthodes d'évaluation qui, au début des psychothérapies, étaient fondées sur des études de cas plus ou moins nombreux ont progressivement été complétées par des essais randomisés contrôlés qui ont connu un essor ces trente dernières années dans tous les secteurs de soins (Expertise Collective INSERM, 2002). Cependant, aucune étude randomisée contrôlée, à notre connaissance, n'a permis de comparer empiriquement l'efficacité de thérapie en fonction du pronostic de l'anorexie mentale à moyen ou à long terme selon les approches psychothérapeutiques auprès de patientes anorexiques (Alvin, 2001).

L'intervention thérapeutique des TCA et plus spécifiquement celle de l'anorexie mentale a toujours été un défi pour les cliniciens et les chercheurs (McHugh, 2007; Zeeck, Hartmann, Buchholz & Herzog, 2005). En effet, les études concernant l'intervention thérapeutique de l'anorexie mentale montrent que les patientes anorexiques dites « résistantes » par leurs caractéristiques cliniques (e.g. déni ou résistance au changement tout particulièrement au niveau corporel) tendent à s'opposer aux soins proposés par l'équipe thérapeutique (Kahn & Pike, 2001; Mathéron, Léonard & Bonneval, 2002; Serpell, Treasure & Sullivan, 1999). Dès 1873, Lasègue, qui donna l'une des premières descriptions cliniques de l'anorexie mentale, écrivait à propos de la patiente anorexique : « Elle dit ne jamais vouloir changer... je pourrais presque dire que cette condition de contentement est véritablement pathologique. Ce n'est pas seulement le fait qu'elle ne souhaite pas se rétablir mais plutôt le fait qu'elle ne souhaite pas améliorer sa condition en dépit de toutes les souffrances qu'elle ressent » (p.387). L'anorexie mentale, elle-même, deviendrait pour certaines patientes un moyen d'affirmer leur identité et leur valeur de soi malgré les risques de santé auxquels elles s'exposent (Bachner-Melman, Zohar & Ebstein, 2006). Certaines études, détaillées ultérieurement, indiquent à ce propos que le taux élevé d'abandon de la thérapie, se situant entre 40 % à 46 %, est un problème majeur chez les patientes anorexiques et tout particulièrement chez les patientes adultes (Couturier & Lock, 2006; Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001 ; Halmi *et al.*, 2005). Au regard de cette résistance à l'intervention thérapeutique, les patientes anorexiques ont toujours eu besoin d'un traitement intensif, long et pluridisciplinaire dans lequel elles se sentent impliquées (Steinhausen, Seidel & Winkler-Metzke, 2000; Strober, Freeman & Morrell, 1997 ; Zeeck, 2005), particulièrement en ce qui concerne les patientes adolescentes (Castro *et al.*, 2004; Gowers & Bryant-Waugh, 2004; Rome *et al.*, 2003). En effet, la moyenne du temps passé par les patientes anorexiques admises en hôpital psychiatrique est plus longue comparée à celle des autres patients psychiatriques (McKenzie & Joyce, 1992). De nombreuses études précisent que si la durée d'hospitalisation des patientes anorexiques est comprise entre deux et quatre mois en moyenne, elle peut atteindre quatre ans dans les cas graves (Bochereau, Clervoy, Corcos & Girardon,

1999; McKenzie & Joyce, 1992; Zeeck *et al.*, 2005). A ce propos, une récente étude américaine a montré que les coûts du traitement par patiente est comparable à ceux d'un patient schizophrène (Striegel-Moore, Leslie, Pettrill, Garvin & Rosenheck, 2000). Plus précisément, selon Fichter *et al.* (2008); Varnado-Sullivan & Zucker (2004), le coût journalier de l'hospitalisation long séjour s'élève à 258 dollars US en moyenne (soit 200 euros ou 311 dollars canadiens).

En France, trois formes de prise en charge, impliquant des programmes d'intervention thérapeutique différents se distinguent (Castro *et al.*, 2004; Gowers & Bryant-Waugh, 2004; Rome *et al.*, 2003). Il existe l'hospitalisation long séjour (i.e. la patiente anorexique séjourne dans l'établissement à temps complet), l'hôpital du jour (i.e. la patiente anorexique est prise en charge par l'établissement à temps partiel et uniquement la journée) et l'hospitalisation ambulatoire (i.e. la prise en charge de la patiente anorexique s'effectue à des fréquences allant d'une semaine à un an, durant une partie de la journée). Pour les patientes anorexiques présentant un très faible poids, une hospitalisation long séjour est généralement recommandée (APA, 2006; Wilson, Vitousek & Loeb, 2000), bien qu'il y ait actuellement un débat à ce sujet (Fairburn & Harrison, 2003). A ce propos, il est important de préciser que les différents programmes de l'intervention thérapeutique inhérents à ces trois formes de prise en charge visent tous un gain de poids suffisant et progressif (Zeeck *et al.*, 2005). En effet, pour des raisons biologiques, la restauration du poids ne doit pas être trop rapide et la résistance psychologique au gain de poids doit être prise en considération (Castro *et al.*, 2004). Très récemment, selon les recommandations de l'APA (2006), le gain de poids hebdomadaire est fixé entre 900 g et 1400 g. Le Collège Royal des Psychiatres (2004) recommande une prise de poids d'environ 500 g par semaine pour les patientes en hospitalisation ambulatoire et 1 kg pour les patientes hospitalisées en long séjour.

2.2. Pronostic de l'anorexie mentale

L'intervention thérapeutique intensive et longue de l'anorexie mentale inhérente aux phénomènes de résistance et de déni précédemment cités a sensibilisé les cliniciens et les chercheurs à la question du pronostic de l'anorexie

mentale. En effet, les premières études de suivi (i.e. rétrospectives, prospectives à deux mesures ou longitudinales à mesures répétées) concernant l'évolution de cette psychopathologie datent des années 1960. La plus ancienne intitulée *Observation on the prognosis in anorexia nervosa* fut publiée en 1954 (Fisher, 2003). A partir des années 1980 et ce jusqu'à aujourd'hui, plusieurs auteurs ont rédigé des synthèses ou des recensions d'études de suivi afin d'établir une tendance générale du pronostic de l'anorexie mentale (Fischer, 2003; Finfgeld, 2002; Hsu, 1996; Pike, 1998; Steinhausen, 1997, 1999, 2002; Theander, 1983, 1985).

Globalement, le taux particulièrement élevé de mortalité se situant entre 0,1 % et 21 % (avec une moyenne de 7 %) confère à l'anorexie mentale sa caractéristique de trouble psychiatrique sévère (APA, 2000; Fisher, 2003; Hoek, 1993; Hsu, 1988; Löwe *et al.*, 2001; Steinhausen, 1997, 1999, 2000; Steinhausen & Glanville, 1983). La mortalité globale de l'anorexie mentale a été récemment estimée à 0,5 % et 1 % par année d'évolution (Steinhausen, 2002), soit 12 fois plus élevée que la mortalité attendue dans la population générale (Alvin, 2001). Les deux principales causes de décès sont : l'arrêt cardiaque causé par la dénutrition, et le suicide dans 1,8 % à 7,3 % des cas (Ratnasuriya, Eisler, Szmukler et Russell, 1991). A l'inverse, la rémission est obtenue dans près de la moitié des cas (Steinhausen, 1997, 1999 et 2002) et l'amélioration significative dans 29 % des cas (Steinhausen, 1997). De plus, l'anorexie mentale se caractérise par une évolution chronique, entrecoupée de rechutes allant de 10 % à 50 % des cas (Carter *et al.*, 2004; Pike, 1998; Steinhausen, 1997, 1999 et 2002; Zeeck *et al.*, 2005).

Herzog *et al.* (1988) ont établi une recension des écrits des différents pronostics plus précis de l'anorexie mentale. Comme le montre le Tableau 3 à partir de 33 études et d'évolutions possibles de l'anorexie mentale, ces auteurs rapportent des taux de mortalité allant de 2 % à 8 % et de taux de rémission compris entre 21 % et 77 %, un poids normal entre 38 % et 87 % des cas, des menstruations régulières de 38 % à 95 % des cas, des comportements alimentaires

normaux s'élevant de 33 % à 88 %, des comportements boulimiques compris entre 10 % et 50 % et des troubles psychiatriques dans 1 % à 69 % des cas.

Tableau 3.

Évolution de l'anorexie mentale : une revue de la littérature à partir de 33 études

Evolution possible	Minimum (%)	Maximum (%)
Taux de mortalité	2	8
Taux de « rémission »	21	77
Poids « normal »	38	87
Menstruations régulières	38	95
Comportements alimentaires normaux	33	88
Comportements boulimiques	10	50
Troubles psychiatriques	1	69

Dans la continuité des travaux d'Herzog, Keller et Lavori (1988), Steinhausen (1997, 1999, 2002) a recensé 119 études de suivi afin de présenter la tendance générale du pronostic de l'anorexie mentale auprès de 438 patientes anorexiques adolescentes et/ou adultes. Au delà des résultats issus de la recension précédente (Herzog *et al.*, 1988), le Tableau 4 montre que l'anorexie mentale se chronicise entre 18,9 % et 20,8 % des cas. De plus, même si l'amélioration des symptômes anorexiques et le taux de rémission ne dépassent pas 33,3 % et 51,5 % des cas d'anorexie mentale, plus de la moitié des cas présente une normalisation des symptômes somatiques et comportementaux : 59,6 % à 67,6 % ont un poids normal, 51,2 % à 64,5 % ont des menstruations régulières et 45,9 % à 52,2 % présentent des comportements alimentaires normaux. Les trois recensions de Steinhausen (1997, 1999, 2002) indiquent également la présence de troubles psychologiques associés et/ou de comorbidité psychiatrique : 20,9 % à 24,1 % présentent des troubles affectifs, environ 26 % et 12 % ont des troubles anxieux/névrosés ou obsessionnels-compulsifs, respectivement, 4,6 % à 6,5 % souffrent de schizophrénie et enfin 15,6 % à 17,9 % présentent un trouble de la personnalité (e.g. borderline, histrionique, obsessionnelle-compulsive). En général l'évolution de la majeure partie des symptômes anorexiques et des troubles associés, est plus favorable chez les patientes anorexiques adolescentes que chez les patientes anorexiques adultes (Steinhausen, 1997, 1999) selon les taux de rémission (52 % vs. 43 %), d'amélioration (29 % vs. 34 %) et de chronicité (19 % vs. 20 %). Les taux de normalisation des principaux symptômes sont légèrement en faveur des patientes adolescentes comme le poids (68 % vs. 59 %), les

menstruations (64 % vs. 55 %) et les comportements alimentaires (52 % vs. 44 %).

Tableau 4.
Recension des études de suivi concernant l'évolution de l'anorexie mentale et des troubles associés auprès de patientes anorexiques adolescentes et adultes

Évolutions	Patientes adolescentes (N = 31 études, Steinhausen, 1997)			Patientes adolescentes et adultes (N = 108 études, Steinhausen, 1999)			Patientes adolescentes et adultes (N = 119 études, Steinhausen, 2002)		
	N	M (%)	EC (%)	N	M (%)	EC (%)	N	M (%)	EC (%)
Taux de mortalité	-	-	-	-	-	-	5334	5.0	5.7
Taux de « rémission »	798	51.5	19.5	4085	45.1	19.0	4575	46.9	19.7
« Amélioration »	690	28.8	14.5	3951	33.3	17.5	4472	33.3	17.8
Chronicité	892	18.9	10.5	4395	19.8	12.3	4927	20.8	12.8
<i>Normalisation des symptômes</i>									
Poids	385	67.6	14.1	2013	59.7	14.6	2245	59.6	15.3
Menstruations	486	64.5	14.9	2420	51.2	16.8	2719	57.0	17.2
Comportements alimentaires	494	52.2	13.5	1824	45.9	18.9	1980	46.8	19.6
Troubles affectifs	262	20.9	17.2	1778	22.2	15.2	1972	24.1	16.3
Troubles anxieux ou névrosés	196	26.0	13.4	1203	26.2	15.4	1478	25.5	14.9
TOC	134	12.2	9.1	944	12.5	6.2	992	12.0	6.4
Schizophrénie	195	6.5	5.0	1054	4.6	5.8	1097	4.6	5.7
Trouble de la personnalité	129	17.9	18.8	824	14.2	15.6	-	-	-
Borderline	-	-	-	-	-	-	1115	17.4	16.8
Histrioniques	-	-	-	-	-	-	308	16.6	19.9
Obsessionnels-compulsifs	-	-	-	-	-	-	202	31.4	25.1
Troubles abus de substance	57	18.9	15.8	506	14.1	10.9	675	14.6	10.4

Notes. TE : Taille de l'échantillon, M : Moyenne; EC : Écart type; TOC : Trouble obsessionnel compulsif.

Même si le taux de rémission de l'anorexie mentale reste insuffisant, la proportion de patientes anorexiques guéries (i.e. favorable) augmente (voir Tableau 5). En l'occurrence, la proportion de patientes présentant une amélioration clinique (i.e. intermédiaire) diminue de façon linéaire et la tendance des taux de chronicité n'est pas complètement stable pour les quatre périodes respectives. Ces résultats généraux indiquent que la trajectoire clinique des

patientes anorexiques a récemment été améliorée. Cette conclusion pourrait être due partiellement à un diagnostic plus précoce des patientes anorexiques (Steinhausen, 1999). Cependant, le même auteur montre, en 2002, qu'il n'existe pas d'effet de cohorte significatif au niveau des taux de rémission en fonction de trois périodes de suivi (i.e. 47 % entre 1950 et 1979, 49.9 % entre 1980 et 1989 et 47.2 % entre 1990 et 1999). La question de l'impact de la tendance temporelle sur les résultats généraux de l'anorexie mentale reste ouverte et implique d'autres études plus approfondies.

Tableau 5.
Pronostic de l'anorexie mentale au cours du temps

Pronostic	1950/1960			1970			1980			1990		
	N	M (%)	EC (%)	N	M (%)	EC (%)	N	M (%)	EC (%)	N	M (%)	EC (%)
Favorable	227	40.3	20.6	653	44.4	19.5	1598	45.8	16.4	1137	51.7	19.2
Intermédiaire	466	50.5	18.7	448	35.8	18.6	1483	30.2	14.9	1114	26.5	17.3
Défavorable	670	19.6	10.8	787	16.7	8.4	1384	20.0	9.4	1114	16.3	11.6

Notes. N : taille de l'échantillon ; m : moyenne ; EC : Ecart type

A delà des recensions de Steinhausen (1997,1999, 2002), d'autres auteurs ont recensé les études de suivi concernant le pronostic de l'anorexie mentale (Finfgeld, 2002; Fisher, 2003; Hsu, 1996; Pike, 1998). Dans une perspective de clarté et de généralisation, la majorité de ces recensions a choisi une classification du pronostic de l'anorexie mentale en trois points. En effet, le pronostic d'anorexie mentale est classé selon une « trichotomie » (Steinhausen, 1997, p. 271) de trois types : bon/favorable, moyen/intermédiaire et mauvais/défavorable. Bien que les auteurs de ces recensions attribuent des critères différents aux trois types de pronostic de l'anorexie mentale, ils sont d'accord pour dire qu'a) un pronostic favorable correspond à une rémission des principaux symptômes cliniques de l'anorexie mentale, b) un résultat intermédiaire à une amélioration, en d'autres termes à une disparition partielle des principaux symptômes cliniques et, c) un pronostic défavorable à une chronicité à long-terme, caractérisée par des rechutes voire une aggravation conduisant au décès. Cette classification qui s'inspire du système de scores généraux, approfondie

ultérieurement ou *General Outcome Assessment Scale* (GOAS), établie par Morgan et Russell (1975) et révisée par Morgan et Hayward (1988) est critiquée par certains auteurs (Jeammet, Brechon, Payan, Gorge & Fermanian, 1991; Strober, Freeman & Morrell, 1997). En effet, un pronostic favorable synonyme de rémission s'appuie sur des critères faisant référence aux symptômes somatiques de l'anorexie mentale. Pour Morgan et Russell (1975), la disparition de l'anorexie mentale correspond à la disparition de la triade AAA : absence d'Anorexie mentale, arrêt de l'Aménorrhée (i.e. retour des menstruations) et fin de l'Amaigrissement (i.e. retour au poids normal).

A ce propos, l'étude française de Jeammet *et al.* (1991) sur le devenir à long terme de 129 patients anorexiques 11 ans après le début de leur anorexie mentale, a établi un pronostic général de cette psychopathologie (i.e. très satisfaisant, satisfaisant et insatisfaisant) en tenant compte des symptômes somatiques, psychologiques et socioculturels de l'anorexie mentale. Ainsi comme le montre le Tableau 6, les décalages d'évolution des symptômes somatiques et des symptômes psycho-relationnels apparaissent clairement.

Tableau 6.
Évolution de 129 patientes anorexiques suivies 11 ans en fonction des pronostics généraux et des symptômes somatiques, psychologiques et socioculturels

Symptômes	Pronostic en (%)		
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant
Symptômes somatiques			
Alimentation	9	79	12
Poids	0	90	10
Menstruations	25	65	10
Symptômes psychologiques			
Etat mental	16	55	29
Capacité d' <i>insight</i>	8	71	8
Symptômes relationnels			
Relations sexuelles	36	56	6
Relations familiales	14	60	26
Relations sociales	8	66	26
Occupation	7	74	19

Dans cette étude les 129 patientes ont débuté leur anorexie mentale à 16 ans en moyenne (de 7 à 28 ans) et ont été pris en charge au sein de la même institution psychiatrique après une période moyenne de 5 ans (de 1 à 19 ans). Les

résultats montrent qu'excepté les 7 % de taux de mortalité, le passage à la chronicité représente l'évolution la plus défavorable. Les 10 % à 15 % des patientes présentant une anorexie mentale chronique continuent de présenter la triade symptomatique classique (AAA) passés 4 ans d'évolution et quel que soit le degré de l'amaigrissement initial. Ces auteurs indiquent qu'« installés » dans leur symptôme, ces formes chroniques d'anorexie mentale cumulent les risques de complications somatiques et s'accompagnent d'une résistance à l'intervention thérapeutique, précédemment décrite. Les résultats mettent également en évidence qu'un peu plus de la moitié des patientes anorexiques (54 %) peuvent être considérées comme « guéries ». Cependant, presque un tiers des patientes anorexiques, bien qu'ayant recouvré et maintenu un poids « satisfaisant », reste extrêmement préoccupé par leur poids et par leur apparence physique. Si la majorité des patientes anorexiques (88 % à 90 %) connaît une évolution satisfaisante voire très satisfaisante concernant le poids et les conduites alimentaires, 55 % à 65 % seulement présentent une évolution jugée satisfaisante concernant les symptômes psycho-relationnels. En conclusion, Jeammet *et al.* (1991) montrent la nécessité de prendre en compte une quatrième catégorie « rémission complète » qui n'inclut pas uniquement des critères biologiques, mais également des critères psychologiques et relationnels (Jeammet *et al.*, 1991; Strober *et al.*, 1997).

En définitive, les différentes recensions d'études de suivi (Finfgeld, 2002; Fisher, 2003; Hsu, 1996; Pike, 1998; Steinhausen 1997, 1999, 2002) présentent des conclusions générales similaires : 50 % des patientes anorexiques guérissent, 30 % s'améliorent et 20 % ne changent pas. Toutefois ces recensions font apparaître bon nombre de limites quantitatives et qualitatives, principalement méthodologiques (Clausen, 2008; Richard, Bauer, Kordy & COST Action B6, 2005; Steinhausen, 1997; Strober *et al.*, 1997; Sullivan, F.R.A.N.Z.C.P., Bulik, Fear & Pickering, 1998a; Theander, 1985; Vrab el, Rosenvinge, Hoffart, Martinsen & Rø, 2008). L'une des principales limites réside dans l'hétérogénéité des définitions inhérentes aux évolutions de l'anorexie mentale et dans le manque d'explicitation des critères constitutifs du pronostic de cette psychopathologie. En d'autres termes, si les auteurs s'accordent à définir un pronostic favorable d'un

pronostic intermédiaire ou défavorable selon le nombre de symptômes anorexiques et de rechutes présentés pas la patiente anorexique, ils ne précisent ni ce qu'ils entendent par symptômes ou rechutes ni les critères permettant de mesurer ces symptômes et de quantifier ces rechutes.

2.3. Critères constitutifs du pronostic de l'anorexie mentale

Au-delà d'un pronostic de l'anorexie mentale incluant à la fois des symptômes biologiques, comportementaux, psychologiques et relationnels, les chercheurs ont porté leur attention sur a) la définition des évolutions possibles de l'anorexie mentale telles que « la rémission », « l'amélioration », « la normalisation des symptômes », « la rechute », et b) l'identification de critères constitutifs de ces évolutions possibles tels que la fréquence et la durée des symptômes ainsi que les indices empiriques et cliniques (Garner & Garfinkel, 1977; Kordy *et al.*, 2002; Pike, 1998).

Garner et Garfinkel (1977) ont été les premiers à quantifier l'état clinique de patientes anorexiques et à fournir des critères constitutifs du pronostic de la patiente. En 1977, ils ont ainsi développé un score clinique général qui est encore utilisé par plusieurs études. Comme le montre le Tableau 7, le score clinique général est la somme des scores obtenus à quatre échelles (i.e. poids, habitudes alimentaires, indice social, et indice scolaire et/ou professionnel). Ce score est compris entre 0 et 23 : un score de 0 à 3 correspond à une « rémission »; un score entre 4 et 7 à une « amélioration »; un score de 8 à 11 à un « état symptomatique » et un score supérieur à 12 à un « mauvais pronostic ». Toutefois, ce score clinique global caractérise l'état clinique d'une patiente « biopsychosocialement » lors d'un instant *t* (i.e. moment de la passation du questionnaire), sans prendre en compte un aspect essentiel, soit la durée de cet état clinique. En effet, les mesures des études de suivi de l'anorexie mentale montrent une variabilité élevée concernant l'évolution de cette psychopathologie (Beck & Brochner-Mortensen, 1954; Dally & Sargant, 1966; Farquharson & Hyan, 1966; Theander, 1970).

Tableau 7				
Score clinique global : critère d'évaluation de l'anorexie mentale				
Échelle	Score = 0	Score = 1	Score = 2	Score = 3
<i>I-Poids (% de la moyenne)</i>				
Poids x ... %	90-109 %	110-119 % ou 80-89 %	75-79 % ou 120-125 %	< 75 % ou >125 %
<i>Score</i>				
<i>II-Habitudes alimentaires</i>				
a-Rituels	Absent	Occasionnel	Modéré	Marqué
b-Vomissements provoqués	Absent	Occasionnel	Modéré	Marqué
c-Épisodes boulimiques	Absent	Occasionnel	Modéré	Marqué
d-Abus de laxatifs	Absent	Occasionnel	Modéré	Marqué
<i>Score (a+b+c+d)</i>				
<i>III-Indice social</i>				
a-Garçons		Bonnes relations	Bonnes relations	
b-Pairs		avec :	relations avec :	
c-Famille	Bonnes relations avec a, b et c	deux des trois catégories sociales (a, b et c) mais des difficultés avec la troisième.	seulement une des trois catégories sociales (a, b et c)	Mauvaises relations avec a, b et c
<i>Score</i>				
<i>IV-Indice scolaire et professionnel</i>				
École et/ou travail professionnel	Fréquenté Régulier et efficient	Fréquenté En-dessous du potentiel	Peu fréquenté Mauvaises performances	Plus fréquenté Plus fréquenté
<i>Score</i>				
<i>Score total (I+II+III+IV)</i>				

A ce propos, Kordy *et al.* (2002) ont mené une étude réunissant des experts issus de 19 pays européens. Cette recherche qui regroupe 1171 patientes anorexiques suivies durant 2,5 ans utilise l'approche de Frank *et al.* (1991) pour définir avec précision cinq évolutions possibles de l'anorexie mentale. Au-delà de l'épisode anorexique³, la rémission partielle (équivalant à la forme subclinique de l'anorexie mentale) est une période durant laquelle la patiente anorexique présente

³L'épisode anorexique est défini par Kordy *et al.* (2001) par une période inférieure à 30 jours durant laquelle la patiente anorexique remplit tous les critères diagnostiques de l'anorexie mentale

moins de symptômes anorexiques, moins sévères que lors de l'épisode anorexique mais pas assez pour disparaître complètement. Comme le montre le Tableau 8, a) une patiente anorexique de type restrictive présentant un Indice de Masse Corporelle [IMC = poids (kg)/taille²(m)] supérieur 17.5 k/m² et une absence de vomissements provoqués, de crises de boulimie et d'utilisation de laxatifs et b) une patiente anorexique de type boulimique présentant le même IMC et une absence de vomissements provoqués et d'utilisation de laxatifs mais avec moins d'une crise de boulimie par semaine, depuis au moins un mois sont dites en rémission partielle. La rémission complète est une période durant laquelle la patiente anorexique ne présente plus de symptômes anorexiques. Une patiente anorexique de type restrictive ou boulimique présentant un IMC supérieur 19 k/m² et une absence de peur extrême de grossir, de vomissements provoqués, de crises de boulimie et d'utilisation de laxatifs depuis au moins trois mois est dite en rémission complète. Le rétablissement correspond aux mêmes critères que la rémission complète mais sur une durée de 12 mois. Une rechute ou *relapse* est un retour de tous les critères diagnostiques de l'anorexie mentale (selon de le DSM-IV, APA, 2000) pour un épisode anorexique durant la période de rémission mais précédent le rétablissement. La récurrence est l'apparence d'un nouvel épisode anorexique qui a lieu seulement après un rétablissement.

Tableau 8.
Critères de rémission partielle, de rémission complète, de rétablissement, de rechute et de récurrence de l'anorexie mentale

Symptômes	Pronostic		
	Rémission partielle (1 mois)	Rémission complète (3 mois)	Rétablissement (12 mois)
Anorexie mentale de type restrictif			
Insuffisance pondérale (kg/m ²)	IMC > 17.5	IMC > 19	IMC > 19
Peur de grossir	-	Pas extrêmement	Pas extrêmement
Vomissements provoqués	0	0	0
Utilisation de laxatifs	0	0	0
Crises de boulimie (par semaine)	0	0	0
Anorexie mentale de type boulimique avec purge			
Insuffisance pondérale (kg/m ²)	IMC > 17.5	IMC > 19	IMC > 19
Peur de grossir	-	Pas extrêmement	Pas extrêmement
Vomissements provoqués	0	0	0
Utilisation de laxatifs	0	0	0
Crises de boulimie (par semaine)	≤ 1	0	0
<i>Rechutes</i> : Changement d'une rémission partielle ou complète à une anorexie mentale clinique (selon de DSM-IV-R)			
<i>Récurrences</i> : Changement d'un rétablissement à une anorexie mentale clinique (selon de DSM-IV-R)			
Notes. IMC : Indice de masse corporelle			

A partir des critères du DSM-IV (APA, 2000), des comportements alimentaires des patientes et des complications médicales inhérentes à l'amaigrissement, Pike (1998) propose une définition et des critères constitutifs de chaque pronostic de l'anorexie mentale permettant ainsi d'évaluer le statut clinique de la patiente anorexique. Au-delà des pronostics relevés par Kordy *et al.* (2002), Pike identifie un autre pronostic possible : la réponse initiale du traitement correspondant au point à partir duquel le risque de rechute immédiate est significativement réduit. Les critères et les mesures relatifs à chaque pronostic sont résumés dans le Tableau 9 (Annexe B). Les critères à la fois statistiques et cliniques sont évalués en fonction d'un seuil de changement des principaux symptômes anorexiques. La plupart du temps, les échelles de questionnaires auto-évaluatifs permettent de mesurer ces changements statistiques et cliniques.

Concernant la rémission, Jacobson et Truax (1991) proposent plutôt de recourir à des critères d'évolutions entre un état clinique initial et final applicables à tout outil de mesure dimensionnel, plutôt qu'un ensemble de critères constitutifs d'un état clinique final comme ceux présentés par Kordy *et al.* (2002). Selon Jacobson et Truax (1991), pour toute psychopathologie mesurée de manière dimensionnelle, il est possible de calculer un index de changement significatif ou *Reliable Change Index* (RCI) permettant de caractériser l'évolution entre deux états cliniques. Selon ces auteurs :

$$RCI = S_t \times 1.96 \times \sqrt{2}$$

$$\text{Où } S_t = \sigma \times \sqrt{1-r}$$

avec S_t , l'erreur type de mesure; σ , l'écart-type ; r : l'indice de fidélité (alpha de Cronbach ou corrélation test-retest).

En définitive, comme le souligne Vrabel *et al.* (2008), il n'existe pas de consensus concernant la définition du pronostic des TCA et plus précisément de l'anorexie mentale. Toutefois, au regard de la présence et de la variété des symptômes psychologiques et sociaux persistantes après le retour du poids à la normale chez les patientes anorexiques (Bastiani, Rao, Weltzin & Haye, 1995; Eckert, Halmi, Marchi, Grove & Crosby, 1995; Herpertz-Dahlmann, Wewetzer, Hennighausen & Remschmidt, 1996; Windauer, Lennerts, Talbot, Touyz & Beumont, 1993), les auteurs s'accordent à dire que les critères constitutifs du pronostic de l'anorexie mentale doivent être biopsychosociaux (Garner et Garinkel, 1977; Kordy *et al.*, 2001; Pike 1998). A ce propos, Sullivan F.R.A.N.Z.C.P., Bulik, Fear & Pickering. (1998b) considèrent le pronostic de l'anorexie mentale selon trois domaines. Le premier domaine de pronostic concerne les troubles alimentaires, en lien avec la psychopathologie, et consiste à mesurer par l'IMC et des scores psychométriques (i.e. *Eating Disorders Inventory and Three-Factor Eating Questionnaire*). Le second domaine de pronostic est constitué par la comorbidité psychiatrique. Enfin le dernier et troisième domaine de pronostic est caractérisé par le fonctionnement social et occupationnel (i.e. *Global Assessment of Functioning Scale*). Il est également intéressant de souligner que la majorité des études de suivi à moyen et long terme établissent le pronostic

de l'anorexie mentale (i.e. évaluer l'état clinique final des patientes anorexiques) en utilisant la classification trichotomique de Morgan et Hayward (1988) décrite précédemment (i.e. bon/favorable, moyen/intermédiaire et mauvais/défavorable). Aucune étude, à notre connaissance, n'ont pris en compte un critère d'évolution de l'anorexie mentale entre un état clinique final et initial tel que l'Index de Changement Significatif (RCI, Jacobson & Truax, 1991). Or l'utilisation de cet Index de Changement Significatif semble particulièrement pertinente et adéquate dans le cas d'études dimensionnelles de suivi à court terme (i.e. quelques mois).

2.4. Facteurs pronostiques de l'anorexie mentale

Dès l'apparition des résultats des études portant sur le pronostic de l'anorexie mentale, les chercheurs et les cliniciens n'ont cessé d'étudier les facteurs responsables des évolutions de cette psychopathologie sévère, nommés les facteurs pronostiques. Cependant, à cause de leur hétérogénéité méthodologique, la multitude de travaux menés dans ce domaine ne permet d'identifier qu'un nombre limité de facteurs faisant consensus dans la recension des écrits scientifiques (Garfinkel & Garner, 1982; Hsu, 1980; Schwartz & Thompson, 1981; Steinhausen & Glanville, 1983; Swift, 1982). Certains auteurs ont mis en évidence des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale à partir de comparaisons ou d'associations entre ces facteurs et le pronostic de l'anorexie mentale (Steinhausen, 1999). D'autres ont fait preuve d'une plus grande rigueur statistique en identifiant les prédicteurs du pronostic de l'anorexie mentale grâce aux analyses de régression. Quelques chercheurs, enfin, ont extrait des facteurs pronostiques rapportés par les patientes anorexiques au cours d'entretiens semi-directifs en utilisant des méthodes qualitatives.

Les deux plus récentes recensions et synthèses concernant les facteurs pronostiques (Finfgeld, 2002; Steinhausen, 2002) mettent en évidence une quinzaine de facteurs influençant l'évolution de l'anorexie mentale (Tableau 10). Toutefois, certains résultats d'études de suivi à court, moyen et long terme n'ont pas été pris en compte par ces recensions et synthèses et d'autres se sont ajoutés à ceux de ces recensions et synthèses au cours des cinq dernières années. De plus, un certain nombre de chercheurs suggère que seule une approche

biopsychosociale multidimensionnelle permettrait de comprendre l'influence de certains facteurs sur l'évolution de l'anorexie mentale et l'efficacité des interventions thérapeutiques (Agras, 1995; Bachner-Melman *et al.* 2006; Jarman & Walsh, 1999; Tozzi Sullivan, Fear, McKenzie & Bulik, 2003). Par conséquent, après avoir présenté les facteurs pronostiques liés à l'histoire médicale de la patiente, les facteurs pronostiques biologiques, psychologiques et sociaux seront présentés successivement en indiquant les résultats des recensions précitées et ceux des autres études, respectivement

Tableau 10.
Répartition des études de suivi en fonction des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale selon la recension de Steinhausen (2002)

Facteur pronostique	Pronostic favorable (N)	Pronostic défavorable (N)	Non significatif (N)
Age d'émergence de l'AM précoce	13	2	14
Courte durée des symptômes	14	0	7
Courte durée du traitement	7	0	7
Perte de poids importante	0	8	8
Hyperactivité/régime	1	0	7
Vomissements provoqués	0	9	2
Crises de boulimie/abus de purgatifs	0	11	2
Anomalie clinique et développementale	0	4	2
Bonne relation parents-enfants	8	0	3
Chronicité	0	7	0
Personnalité hystérique	8	0	1
Personnalité obsessionnelle compulsive	0	6	1
Statut socioéconomique élevé	6	0	8

Notes. N : Nombre d'études de suivi; AM : Anorexie mentale

2.4.1. Facteurs pronostiques liés à l'histoire médicale de la patiente

Les facteurs pronostiques liés à l'histoire médicale de la patiente (i.e. âge d'émergence de l'anorexie mentale, durée et sévérité des symptômes anorexiques, développement prémorbide ou anomalies cliniques, âge au début du traitement de l'anorexie mentale et type de l'intervention thérapeutique), sont les premiers facteurs pronostiques à avoir été mis en évidence par les écrits scientifiques

(Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin & Green, 1777; Fichter *et al.*, 2006; Goetz, Succop, Reinhart & Miller, 1977; Hsu, 1980).

2.4.1.1. Age d'émergence de l'anorexie mentale

Parmi ces facteurs pronostiques, l'âge d'émergence de l'anorexie mentale fait état de nombreux travaux de recherche (Baran, Weltzin & Kaye, 1995; Deter, Herzog & Petzold, 1992; Fichter & Quadflieg, 1999; Halmi *et al.*, 1991; Herzog, Keller, Sacks & Yeh 1992; Herzog *et al.*, 1993; Råstam, Gillberg & Wentz, 2003; Steinhausen, Rauss-mason & Seidel, 1991; Sunday, Reeman, Ecker & Halmi, 1996; Zipfel, Löwe, Reas, Deter & Herzog, 2000). Selon Kimura, Tonoike, Muroya, Yoshida et Ozaki, (2007), ce facteur pronostique est défini par le moment où la patiente anorexique présente pour la première fois les critères diagnostiques de l'anorexie mentale (DSM-IV-R, APA, 2000). Depuis l'époque de Morton (1694), premier clinicien à décrire l'anorexie mentale comme une condition médicale, la puberté a toujours été la période d'émergence de cette psychopathologie (Herpertz-Dahlmann, 2002). Par exemple, dans le diagnostic de l'anorexie mentale de Feighner *et al.* (1972), l'âge d'émergence inférieur à 25 ans est un critère diagnostique de l'anorexie mentale. Comme précédemment cité, la majorité des auteurs situe l'âge d'émergence de l'anorexie mentale entre 15 et 18 ans (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Gardner *et al.*, 2000; Hoek & van Hoeken, 2003; Karwautz *et al.*, 2001; Marcelli & Braconnier, 1999; Mitchell, Hatsukami, Pyle & Eckert, 1986).

D'après la recension de Steinhausen (2002), le pronostic de l'anorexie mentale est plus favorable chez les patientes anorexiques adolescentes qu'adultes. Ce même chercheur recense autant de travaux qui démontrent un effet significatif de l'âge d'émergence précoce sur un pronostic favorable que de travaux ne présentant aucun effet significatif. Dans la synthèse de Finfgeld (2002), les résultats concernant l'âge d'émergence et le pronostic à long terme sont plus hétérogènes. A partir de données issues d'une étude sur 20 ans, Zipfel *et al.* (2000) concluent que l'âge d'émergence ne prédit pas le pronostic de l'anorexie mentale significativement (OR = 1.39 [95 % CI = 0.97-1.21]; $p < .25$). D'autres résultats issus d'études de suivi à plus court terme (i.e. 10-15 ans) indiquent

également que l'âge d'émergence n'a aucun effet sur le pronostic de l'anorexie mentale (Sacomani, Savoini, Cirrincione, Vercellino, & Ravera 1998; Strober *et al.*, 1997). A l'inverse, Ratnasuriya, Eisler, Szmukler et Russell (1991) démontrent que les patientes dont l'anorexie mentale commence à partir de 18 ans ont un pronostic à long terme plus défavorable que celles dont l'anorexie mentale a débuté entre 11 et 15 ans. Ils ajoutent que l'âge d'émergence moyen correspondant à un pronostic favorable ou intermédiaire est fixé à 14,9 ans alors que celui correspondant à un pronostic défavorable est fixé à 21,5 ans. D'autres auteurs confirment les résultats de Ratnasuriya *et al.* (1991) en montrant que 30 % à 50 % des patientes anorexiques qui ont un âge d'émergence tardif présentent un pronostic plus défavorable que celles dont l'âge d'émergence est compris entre 15-16 ans et entre 17-18 ans (Halimi *et al.*, 1991; Sunday *et al.*, 1996).

Clausen (2008) conclut que l'âge d'émergence très précoce ou au contraire tardif de l'anorexie mentale peut empêcher la rémission de cette psychopathologie. En définitive, la plupart de ces études utilisent des protocoles principalement rétrospectifs (vs prospectifs) ainsi que des analyses statistiques établissant des comparaisons ou des liens corrélacionnels et non des relations causales (i.e. régression, équations structurales, etc.). D'autres recherches prenant en compte ces limites méthodologiques sont nécessaires dans ce domaine (Deter & Herzog, 1994; Fichter *et al.*, 2006; Finfgeld, 2003).

2.4.1.2. Durée et sévérité des symptômes anorexiques

La durée des symptômes anorexiques et plus récemment leur sévérité sont des facteurs pronostiques liés à l'histoire médicale de la patiente qui ont également été abondamment étudiés (Halvorsen, Andersen & Heyerdahl, 2004; Herzog *et al.*, 1993; Kimura *et al.*, 2007; Strober *et al.*, 2000; Treat *et al.*, 2005; Zipfel *et al.*, 2000). La durée des symptômes anorexiques est généralement obtenue par les entretiens cliniques avec les parents et/ou avec la patiente anorexique concernée (Kimura *et al.*, 2007). La sévérité des symptômes fait l'objet d'évaluations psychométriques.

Steinhausen (2002) recense deux fois plus d'études démontrant un effet significatif d'une courte durée des symptômes anorexiques avant le traitement sur le pronostic favorable de l'anorexie mentale que d'études ne montrant aucun effet significatif. Plusieurs auteurs (Halvorsen *et al.*, 2004; Herzog *et al.*, 1993; Strober *et al.*, 2000; Treat *et al.*, 2005; Zipfel *et al.*, 2000) corroborent les résultats de la recension de Steinhausen (2002). D'autres auteurs concluent qu'une longue durée des symptômes anorexiques empêche tout pronostic favorable (Deter *et al.*, 1992; Deter & Herzog, 1994; Herzog *et al.*, 1999; Jones, Halford & Dooley, 1993). Plus récemment, Fichter *et al.* (2006), menant une étude longitudinale, précisent que parmi les 14 facteurs pronostiques inclus dans une analyse de régression logistique, la durée des symptômes anorexiques prédit significativement le pronostic de l'anorexie mentale (OR = 1.15 [95 % CI = 1.00–1.32]; $p < .10$). Dans l'étude prospective à long terme de Zipfel *et al.* (2000), la durée et la sévérité des symptômes anorexiques prédisent également significativement le pronostic de l'anorexie mentale (i.e. durée : OR = 1.34 [95 % CI = 1.14–1.32]; $p < .01$; sévérité psychologique : OR = 1.22 [95 % CI = 1.08–1.38]; $p < .001$). L'étude sur un suivi de cinq ans de Ben-Tovim *et al.* (2001) précise également que la durée et l'intensité des symptômes inclus dans des analyses de régression multiple sont les facteurs pronostiques qui prédisent le mieux le pronostic de l'anorexie mentale ($\beta = 0.27$, $t = 2.73$, $p = 0,08$). Enfin, Löwe *et al.* (2001), dans son étude prospective de 21 ans auprès de 103 patientes anorexiques, a utilisé des analyses de régression logistique pour démontrer également que la sévérité des symptômes psychologiques prédit significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 1.30 [95 % CI = 1.16–1.47]; $p < 0.001$).

Contrairement à l'âge d'émergence de l'anorexie mentale, la très grande majorité des auteurs a) s'accordent à dire que la durée et la sévérité des symptômes anorexiques prédisent le pronostic de l'anorexie mentale, b) utilisent les analyses de régression univariées et/ou multivariées, et c) privilégient les protocoles prospectifs mais avec peu de mesures répétées.

2.4.1.3. Développement prémorbide ou anomalies cliniques

Le développement prémorbide ou les anomalies cliniques incluant les TCA durant l'enfance a fait l'objet de quelques recherches (Steinhausen, 2002; Steinhausen, Grigoriu-Serbanescu, Boyadjieva, Neumärker & Metzke, 2008).

La recension de Steinhausen (2002) met en évidence quatre études qui ont montré un effet significatif du développement prémorbide ou des anomalies cliniques sur un pronostic défavorable de l'anorexie mentale contre deux études qui n'ont montré aucun effet significatif. Steinhausen *et al.*, (2008) confirment les résultats de cette recension auprès de 212 patientes anorexiques adolescentes suivies durant 8,3 ans. Les analyses de régression multivariée pas à pas permettent de montrer que la présence de TCA durant l'enfance prédit significativement un pronostic défavorable caractérisé dans cette étude par la réhospitalisation ($\beta = 0.832; p = .09$).

2.4.1.4. Age au début du traitement et type de thérapie

Les auteurs qui étudient le pronostic de l'anorexie mentale sélectionnent des patientes anorexiques hospitalisées le plus souvent en long séjour (Halvorsen *et al.*, 2004). Par conséquent, les caractéristiques relatives à l'intervention thérapeutique (i.e. âge à l'admission, durée et type) ont fait l'objet d'une attention particulière concernant les facteurs pronostiques liés à l'histoire de la patiente.

Steinhausen (2002) met en évidence une seule caractéristique relative à l'intervention thérapeutique long séjour : sa durée (indépendamment de l'abandon thérapeutique des patientes). Cet auteur recense autant d'études qui montrent un effet significatif de la courte durée de l'intervention thérapeutique long séjour sur un pronostic favorable que d'études qui ne montrent aucun effet significatif. Plus récemment, Fichter et ses collaborateurs (2006) utilisant des analyses de régression logistique, démontrent que la durée de l'intervention thérapeutique prédit positivement et significativement le pronostic de l'anorexie mentale (OR = 1.61 [95 % CI = 1.06–2.43]; $p < .05$). Les études de Baran *et al.* (1995) et de Commerford, Licinio et Halmi (1997) démontrent une association positive entre une longue durée de l'intervention thérapeutique long séjour et un pronostic

favorable de l'anorexie mentale. A ce propos, le lien entre une courte durée de l'intervention thérapeutique long séjour et un pronostic défavorable (défini par une augmentation du taux de réadmission) a été rapporté par deux études (Howard, Evans, Quintero-Howard, Bowers, & Andersen, 1999; Wiseman Sunday, Klapper, Harris, & Halmi, 2001). Outre l'hétérogénéité méthodologique de l'ensemble des travaux concernant la durée de l'intervention thérapeutique long séjour, les divergences de résultats peuvent s'expliquer par l'évolution du temps de prise en charge précitée qui ne cesse de diminuer et la (non) prise en compte de l'abandon thérapeutique de la patiente (Kahn & Pike, 2001). Concernant l'âge du début de l'intervention thérapeutique long séjour, Halvorsen *et al.* (2004) précisent que cette variable indépendante n'est pas corrélée significativement au pronostic d'anorexie mentale (i.e. évalué par l'IMC, le score global obtenu à l'EDE et/ou le diagnostic des TCA). Toutefois, Lock et Litt (2003) indique que l'intervention thérapeutique long séjour précoce prédit un pronostic favorable de l'anorexie mentale. Comme le précise Alvin (2001), aucune étude randomisée contrôlée n'a permis de comparer empiriquement le pronostic de l'anorexie mentale en fonction du type de l'intervention thérapeutique.

Une seule étude récente (Federici & Kaplan, 2008), à notre connaissance, a identifié le type d'intervention thérapeutique associé à la qualité perçue de l'alliance thérapeutique comme facteur pronostique de l'anorexie mentale. En effet, Federici et Kaplan, (2008) ont sélectionné 15 patientes anorexiques qui ont été soumises à des entretiens semi-directifs. Les analyses qualitatives ont révélé que le type d'intervention thérapeutique était une des six catégories principales.

2.4.2. Facteurs biologiques

Les facteurs biologiques influençant le pronostic de l'anorexie mentale sont principalement le poids (e.g. poids à l'admission ou à la sortie d'un traitement, poids le plus bas atteint) et le taux de protéines (e.g. créatinine, albumine, etc.), d'hémoglobine et d'enzymes (e.g. phosphatase alcaline).

2.4.2.1. Poids à différents moments et niveaux

Le poids, à la fois critère diagnostique (APA, 2000), critère constitutif du pronostic (Garner et Garfinkel, 1977; Kordy *et al.*, 2002 ; Pike, 1998) et facteur pronostique (Finfgeld, 2002) de l'anorexie mentale, a fait l'objet d'un très grand nombre de travaux. Dans la recension de Steinhausen (2002), autant d'études montrent un effet significatif d'une perte de poids élevée sur le pronostic défavorable de l'anorexie mentale que d'études qui ne montrent aucun effet significatif. La synthèse de Finfgeld (2002) mentionne deux études (Hebebrand *et al.*, 1996, 1997) qui se sont intéressées à la relation entre le poids et le pronostic de l'anorexie mentale à long terme. Ces travaux confirment qu'une perte de poids durant une phase aiguë d'anorexie mentale prédit le poids de la patiente anorexique à long terme ($\beta = -0.20$; $p < .001$). Plus précisément, un IMC inférieur à 13 kg/m² est un facteur de risque substantiel d'une anorexie mentale chronique à moyen et long terme. Les résultats d'autres recherches sont contradictoires. Alors que la perte de poids n'est pas un prédicteur du pronostic d'anorexie mentale chez les jeunes patientes anorexiques sélectionnées par Bryant-Waugh, Knibbs, Fosson, Kaminski et Lask (1988) et Walford et McCune (1991), une corrélation significative entre une perte de poids élevée et un pronostic défavorable a été mise en évidence dans trois études (Casper & Jabine, 1996; Herpertz-Dahlmann *et al.*, 1996; Steinhausen & Seidel, 1993) . Plus récemment, Löwe *et al.* (2001) et Zipfel *et al.* (2000) ont utilisé des analyses de régression logistique pour démontrer qu'un faible IMC prédit significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 0.68 [95 % CI = 0.55–0.84]; $p < 0.001$ et OR = 0.75 [95 % CI = 0.59–0.95]; $p = 0.02$, respectivement). Zipfel *et al.* (2000) précisent également qu'une prise de poids insuffisante durant la première hospitalisation à temps complet (traitement long séjour) est un prédicteur additionnel d'un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 0.89 [95 % CI = 0.79–0.99]; $p = 0.046$).

Comme précédemment cité, le guide de recommandations de TCA de l'APA (2006) indique que l'objectif du traitement de l'anorexie mentale est le retour au poids normal (permettant le rétablissement des menstruations) des patientes. Toutefois au regard de la pression économique induisant une réduction

du temps d'hospitalisation, un certain nombre de patientes présente un poids de sortie insuffisant. Par conséquent, le nombre de travaux de recherche s'étant intéressés au poids à l'admission et à la sortie d'un traitement long séjour n'a cessé de croître (Baran, *et al.*, 1995). De nombreuses études montrent qu'un faible IMC à la sortie du traitement est un facteur pronostique important en relation avec un pronostic défavorable de l'anorexie mentale et plus précisément un nombre plus élevé de rechutes (Baran *et al.*, 1995; Bean *et al.*, 2004; Castro *et al.*, 2004; Fichter & Quadflieg, 1999; Howard *et al.*, 1999; Lock & Litt, 2003). L'IMC à la sortie du traitement dépend de l'IMC à l'admission (Bean *et al.*, 2004; Hebebrand *et al.*, 1997). A ce propos, Pinter, Probst, Vandereycken, Pieters et Goris, (2004) corroborent ces résultats en précisant qu'un IMC inférieur à 15 kg/m² à l'admission est le seuil significatif pour définir un pronostic défavorable à court terme de l'anorexie mentale. De nombreux auteurs ajoutent qu'un faible IMC (< 15 kg/m²) à l'admission et/ou à la sortie d'un traitement long séjour empêche(nt) souvent la rémission des patientes anorexiques (Ben Tovim *et al.*, 2001; Fichter & Quadflieg, 1999; Herzog *et al.*, 1999; Löwe *et al.*, 2001; Pike, 1998; Steinhausen & Seidel, 1993). De plus, bien qu'un seuil significatif définissant la restauration du poids n'existe pas dans l'absolu (Lund *et al.*, 2009), de nombreux auteurs s'accordent à fixer l'IMC à la sortie du traitement compris entre 15,5 et 19 kg/m² (Baran *et al.*, 1995; Bean *et al.*, 2004; Castro-Fornieles *et al.*, 2007; Fichter & Quadflieg, 1999; Howard *et al.*, 1999; Steinhausen *et al.*, 2008). Ce seuil pondéral à la sortie n'est pas communément étudié mais il est identifié comme un facteur pronostique significatif dans au moins deux études (Castro *et al.*, 2004; Lock & Litt, 2003). Au-delà de la valeur du poids à l'admission, pendant ou à la sortie du traitement, quelques auteurs ont choisi de décrire la dynamique du poids durant le traitement long séjour. Trois travaux, à notre connaissance, ont étudié la relation entre les patrons de gain de poids durant le traitement et le pronostic de l'anorexie mentale. Dans la récente étude de Mewes, Tagay et Senf (2008) qui incluait 100 patientes anorexiques, le poids a été mesuré plusieurs fois par semaine durant 20,4 semaines en moyenne; obtenant ainsi des séries temporelles. La régression linéaire pas à pas a permis de tester la relation entre les patrons de gain de poids durant le traitement et le gain d'IMC à la sortie du traitement. Les résultats

montrent que l'IMC à l'admission et le gain de poids hebdomadaire moyen durant la seconde moitié du traitement prédit significativement un pronostic favorable à court terme de l'anorexie mentale. A l'inverse, la durée de la première moitié du traitement, le gain de poids hebdomadaire moyen et la perte de poids moyenne durant cette période prédisent un pronostic défavorable à court terme de l'anorexie mentale. Remschmidt et Muller (1987) rapportent que le pronostic à long terme de 36 patientes anorexiques est prédit par leur évolution pondérale durant le traitement. Le pronostic après 4 à 12 ans est intermédiaire ou favorable si a) la patiente nécessite 47 jours pour stabiliser son poids, b) elle atteint un poids stable à partir de 64 % de son poids idéal et c) sa trajectoire pondérale montre une variabilité élevée. Dans une troisième étude, Lay, Jennen-Steinmetz, Reinhard et Schmidt (2002) examinent 40 patientes anorexiques qui ont été réadmisses après une rechute. L'intervalle entre les phases du traitement long séjour était élevé si l'objectif pondéral avait été maintenu pour une plus longue période à la fin de la première période d'intervention thérapeutique. De plus, les patientes ont perdu plus de poids après la sortie du traitement lors de la première hospitalisation si a) la variation négative de la série temporelle de poids a été plus élevée, b) le gain de poids a été plus rapide, et c) l'IMC moyen durant le traitement a été plus élevé. Le pronostic à long terme était défavorable si le seuil de stabilisation de la série temporelle du poids était trop courte et à un faible niveau.

2.4.2.2. Taux de protéines, d'hémoglobine et d'enzymes

Un autre facteur pronostique biologique a fait l'objet de quelques études : le taux d'albumine et de créatinine. Herzog, Schellberg et Deter, (1997) montrent effectivement qu'un faible poids combiné à un faible niveau d'albumine, dû aux restrictions chroniques de nourriture, prédit un pronostic défavorable de l'anorexie mentale. Les indicateurs de comportements de purge, tels que le niveau élevé de créatinine prédisent également la chronicité de l'anorexie mentale (Herzog *et al.*, 1997). Ces mêmes auteurs précisent que le niveau de créatinine combiné à un faible niveau de relations sociales prédit fortement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale à long terme. De plus, Löwe et al (2001), ont suivi 103 patientes anorexiques durant 21 ans. Les analyses de régression logistique ont

permis d'identifier un faible niveau d'hémoglobine (i.e. anémie) et un niveau élevé de phosphatase alcaline (i.e. hypocalcémie) comme prédicteurs d'un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 0.46 [95 % CI = 0.23-0.91]; $p = 0.025$ et OR = 1.02 [95 % CI = 1.01-1.04]; $p = 0.013$, respectivement). Enfin, la récente étude idiographique de Kawai *et al.* (2008), incluant 24 patientes anorexiques adultes, mesure le taux de ghrelin (i.e. hormone de régulation alimentaire) ainsi que le sentiment subjectif de l'appétit avant et après chaque repas durant les quatre jours qui suivent l'admission thérapeutique en utilisant une échelle visuelle analogique. Les résultats montrent que le ghrelin est un prédicteur significatif de l'IMC à l'admission ($\beta = -0.49$; $p = .015$).

Pour clore la partie relative aux facteurs biologiques, le poids contrairement au taux de protéines, d'hémoglobine et d'enzymes est un facteur pronostique qui fait l'objet d'une abondante littérature. Les auteurs qui se sont intéressés à ce facteur pronostique biologique ont utilisé principalement des analyses de régression (i.e. univariée et multivariée) selon des protocoles transversaux, longitudinaux et idiographiques (i.e. mesures quotidiennes), à long, moyen et court voire très court terme (i.e. quelques semaines).

2.4.3. Facteurs psychologiques et comorbidité psychiatrique

Il convient de s'intéresser aux facteurs pronostiques psychiatriques et psychologiques car la présence de caractéristiques psychopathologiques persiste chez les patientes anorexiques qui ont recouvré un poids normal (Bastiani *et al.*, 1995; Eckert *et al.*, 1995; Herpertz-Dahlmann *et al.*, 1996; Windauer *et al.*, 1993). Les études contrôlées indiquent à ce propos que 30 % à 50 % des patientes anorexiques présentent un pronostic défavorable un an après avoir atteint leur poids de sortie de l'intervention thérapeutique (Pike, 1998).

2.4.3.1. Facteurs psychologiques et comportementaux

Les facteurs psychologiques tels que le faible niveau de l'estime globale de soi et de soi physique ainsi que la faible motivation à changer sont associés à un pronostic défavorable de l'anorexie mentale au niveau du taux élevé de

réadmission (Ametller, Castro, Serrano, Martinez & Toro, 2005; Castro *et al.*, 2004) ou du taux d'abandon (Halmi *et al.*, 2005; Kahn & Pike, 2001) durant les traitements ambulatoires et long séjour. D'autres indicateurs psychologiques d'un pronostic défavorable se traduisant sur le plan comportemental ont été mis en évidence tels que l'hyperactivité, les vomissements provoqués ainsi que les crises de boulimie associées aux comportements de purge (Ametller *et al.*, 2005; Castro *et al.*, 2004; Finfgeld, 2002)

2.4.3.1.1. Estime globale de soi et soi physique

Concernant l'estime de soi, Gowers (2008) affirme qu'une faible estime globale de soi et un sentiment d'inefficacité personnelle lorsqu'ils sont associés à une perte de poids tendent à aggraver le pronostic de l'anorexie mentale alors qu'associés à une prise de poids, ils participent à améliorer le pronostic. Toutefois, aucun résultat empirique, à notre connaissance, n'a confirmé cette affirmation.

Dans l'étude de Bizeul, Brun, Poupard et Rigaud (2001), 26 patientes anorexiques ont été catégorisées à posteriori en deux groupes selon les critères de rémission de Jeammet *et al.* (1984) : 13 patientes guéries (groupe 1) et 13 patientes non guéries (groupe 2). Les résultats montrent que l'inefficacité personnelle est plus élevée dans le groupe 2 que le groupe 1. Les auteurs en concluent qu'un niveau élevé d'inefficacité personnelle est associé à un pronostic défavorable de l'anorexie mentale. Halvorsen et al (2004) ont sélectionné 51 patientes anorexiques à la sortie de leur traitement ambulatoire et long séjour et les ont répertoriées en trois groupes : un groupe détendu face à la nourriture et leur poids (groupe 1), un groupe tendu par la nourriture et leur poids (groupe 2) et un groupe remplissant les critères diagnostiques de l'anorexie mentale (groupe 3). Les résultats préliminaires de cette étude (i.e. ANOVA) montrent un niveau d'inefficacité personnelle significativement plus faible a) dans le groupe 1 que dans le groupe 2 ($1,5 < 4,8; p < .05$), b) dans le groupe 2 que dans le groupe 3 ($4,8 < 8,7; p < .05$) et c) dans le groupe 1 que dans le groupe 3 ($1,5 < 8,7; p < .01$). A ce propos, Löwe et al (2001), dans son étude prospective de 21 ans auprès de 103 patientes anorexiques, a utilisé des analyses de régression logistique pour

démontrer que l'inefficacité personnelle prédit significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 1.20 [95 % CI = 1.07-1.35]; $p = .003$). Dans une étude longitudinale de 12 ans à six mesures répétées (i.e. à l'admission et à la sortie du traitement, à deux ans, à six ans et à 12 ans), Fichter *et al.* (2006) ont inclus 103 patientes. Des analyses bivariées préliminaires ont permis de sélectionner le faible niveau de l'estime globale de soi comme prédicteur potentiel d'un pronostic défavorable de l'anorexie mentale. Toutefois dans le modèle final, le faible niveau de l'estime globale de soi ne prédit plus significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale. L'étude de Tozzi *et al.* (2003) a considéré l'opinion de 69 patientes anorexiques guéries et non guéries au sujet des facteurs influençant leur rémission. Soixante-neuf patientes anorexiques ont été interrogées au cours d'un entretien semi-directif. Les analyses qualitatives révèlent que a) les patientes anorexiques non guéries au moment de l'entretien citent une faible estime globale de soi comme le facteur étiologique principal de leur anorexie mentale ($\chi^2 = 4.7$, $p = .03$) et b) les 69 patientes identifient une estime de soi élevée comme le sixième facteur de rémission le plus important (6/16). De même, l'étude qualitative de Hsu, Crisp et Callender (1992a) auprès de six patientes anorexiques décrit l'augmentation de confiance en soi comme un facteur de rémission. D'autres auteurs (Halmi *et al.*, 2005) ont trouvé que le niveau élevé de l'estime globale de soi était le seul prédicteur d'un pronostic favorable chez les patientes anorexiques adultes qui ont achevé leur traitement long séjour. McFarlane, Olmsted et Trottier (2008) incluent 16 patientes anorexiques adultes et utilisent les analyses de Cox régression pour identifier quatre facteurs pronostiques de la rechute dont le soi physique ou plus précisément l'estime globale de soi en lien avec le poids (OR = 1.05 [95 % CI = 1.007-1.099]; $p < .05$). Ces résultats ont été confirmés par des études ultérieures (Carter *et al.*, 2004; Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993; Keel *et al.*, 2005).

Keel *et al.* (2005) ont suivi 136 patientes anorexiques durant neuf années et ont mesuré des variables psychologiques et somatiques tous les six mois durant cinq ans et tous les ans durant quatre ans. Les analyses de régression univariées montrent que la préoccupation pour le poids et le corps ainsi que les troubles de la

perception corporelle sont des prédicteurs significatifs de la rechute (OR = 1.58 [95 % CI = 1.07-21.95]; $p < .02$ et OR = 2.36 [95 % CI = 2.36-47.75]; $p < .001$). Enfin, les analyses de régression multivariées indiquent uniquement les troubles de la perception corporelle comme prédicteur de la rechute (OR = 2.58 [95 % CI = 2.67-65.20]; $p < .002$).

2.4.3.1.2. Motivation à changer

Un autre facteur pronostique psychologique, très corrélé à l'estime globale de soi (Rieger, Touyz & Beumont, 2002; Treasure & Schmidt, 2001) est la motivation à changer. Ce concept se définit comme « l'empressement de la patiente [anorexique] à présenter tout changement qui conduit à l'amélioration de [l'anorexie mentale] » (Castro-Fornieles *et al.*, 2007, p. 132). Deux études à notre connaissance se sont intéressées à la motivation à changer des patientes anorexiques (Castro-Fornieles *et al.*, 2007 ; Mc Hugh, 2007). McHugh (2007) a sélectionné 65 patientes anorexiques adolescentes âgées de 14 à 19 ans admises pour un traitement long séjour. Les analyses de survie mettent en évidence qu'une faible motivation à changer lors de l'admission prédit une courte durée de l'intervention thérapeutique long séjour (i.e. 34,1 jours au lieu de 59,4 jours). Les analyses de Cox permettent de montrer que la probabilité qu'un pronostic favorable à court terme de l'anorexie mentale est 5,3 fois supérieure chez les patientes présentant une motivation à changer élevée. Castro-Fornieles *et al.* (2007) corroborent ces résultats auprès de 49 patientes anorexiques adolescentes dans une étude prospective de neuf mois de suivi. Les résultats montrent que la motivation à changer est la variable indépendante qui prédit le mieux le maintien du poids ($\beta = -0.08$; SE = 0.03; $p = .003$).

2.4.3.1.3. Hyperactivité

Concernant l'hyperactivité, Steinhausen (2002) recense une seule étude qui prédit significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale par l'hyperactivité associée au régime alimentaire contre sept qui ne montrent aucun lien entre ces deux variables. En 2008, ce même auteur étudie les prédicteurs de la réhospitalisation auprès de 212 patientes anorexiques adolescentes durant 8,3 ans.

Les analyses de régression multivariées pas à pas montrent que l'hyperactivité prédit significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale caractérisé dans cette étude par le nombre de réhospitalisation ($\beta = 0.921$; $p = .03$). Strober *et al.* (1997) ont mené une étude auprès de 95 patientes anorexiques adolescentes, âgées de 12 à 17 ans suivies tous les six mois pendant cinq ans puis tous les ans durant cinq ans. En utilisant des analyses de régression logistique, les résultats montrent que les exercices physiques excessifs et compulsifs lors de la sortie du traitement prédisent significativement un pronostic chronique (OR = 4.3 [95 % CI = 1.2-15.3]; $p = .023$).

2.4.3.1.4. Vomissements provoqué/crise de boulimie

En ce qui concerne les vomissements provoqués, Steinhausen (2002) recense trois fois plus d'études qui prédisent significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale par les vomissements provoqués associée au régime alimentaire que d'études qui ne montrent aucun lien entre ces deux variables. Dans l'étude de Deter et Herzog (1994) incluant 84 patientes anorexiques durant 12 ans, les analyses de régression multiples ont également permis d'identifier les vomissements provoqués et l'abus de laxatifs ($R^2 = 0,16$, $p < .001$) comme prédicteurs significatifs d'une évolution chronique de l'anorexie mentale. A l'inverse, l'étude d'Halvorsen *et al.* (2004) auprès de 51 patientes anorexiques en traitement ambulatoire et long séjour ne montre aucun effet significatif des vomissements provoqués durant la phase aiguë de l'anorexie mentale sur un pronostic défavorable de l'anorexie mentale. De plus, la recension de Steinhausen (2002) met en évidence onze études qui montrent un effet significatif des comportements boulimiques avec purge contre deux études qui ne montrent aucun effet. De manière générale, la fréquence des comportements boulimiques et l'utilisation de laxatifs et de diurétiques prédit un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (Fichter & Quadflieg, 1999; Gowers, Norton, Halek & Crisp, 1994; Herzog, Schellberg & Deter, 1997). Zipfel *et al.* (2000) corroborent ces résultats auprès de 77 patientes anorexiques suivies durant 21,5 ans. Les résultats de cette étude précisent que l'anorexie mentale du type

boulimique avec purge est un des prédicteurs d'un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 2.53 [95 % CI = 0.59–0.95]; $p = 0.020$).

2.4.3.2. Comorbidité psychiatrique

Plusieurs auteurs mettent en évidence la comorbidité psychiatrique élevée chez les patientes anorexiques particulièrement avec la dépression (i.e. l'épisode dépressif majeur, majoritairement), les troubles anxieux incluant le trouble obsessionnel compulsif et les troubles de la personnalité et l'abus de substance (Deter & Herzog, 1994; Halvorsen *et al.*, 2004; Herpertz-Dahlmann *et al.*, 2001; Råstam *et al.*, 2003; Strober *et al.*, 1997). D'autres auteurs (Braun, Sunday & Halmi, 1994; Halmi *et al.* 1991; Hsu *et al.* 1992b; Löwe *et al.*, 2001; Rastam, Gillberg & Gillberg 1995; Thornton & Russell, 1997) précisent que les diagnostics psychiatriques les plus communs sont les troubles affectifs (1/6) et les troubles anxieux (1/6), incluant le trouble obsessionnel-compulsif (1/15) et l'abus de substance (1/10).

Cette fréquente concomitance des troubles psychiatriques et de l'anorexie mentale empêche la rémission des patientes anorexiques (Schork, Eckert & Halmi, 1994). Même dans les études de suivi à court et moyen termes (Hsu, 1988; Steinhausen *et al.*, 1991), la comorbidité psychiatrique est commune (Herzog *et al.*, 1988) et augmente le risque d'un pronostic défavorable voire fatal (Crisp, Callendar, Halek & Hsu, 1992; Patton, 1988; Sullivan, 1995). De plus, les changements de diagnostic relatifs aux TCA (i.e. anorexie mentale, boulimie, troubles alimentaires non spécifiés) au fil du temps sont communs (Fairburn & Harrison, 2003). La majorité des cas d'anorexie mentale développe des symptômes boulimiques durant les deux à trois premières années suivant l'émergence de la psychopathologie (Bulik, 2002; Eckert *et al.*, 1995; Råstam *et al.*, 2003; Strober *et al.*, 1997; Sullivan *et al.*, 1998a). A ce propos, Eckert *et al.* (1995) précisent que 64 % des patientes anorexiques présentent un diagnostic de boulimie « transitoire » durant leur anorexie mentale. Enfin, selon Strober *et al.* (1997), 29 % des patientes anorexiques présentant des comportements boulimiques à l'admission de leur traitement développent des symptômes boulimiques dans les cinq années suivantes.

2.4.3.2.1. Troubles de l'humeur

Plusieurs auteurs rapportent que la dépression et plus précisément l'épisode dépressif majeur « coexiste » fréquemment avec l'anorexie mentale (Altshuler & Weiner, 1985; Herzog *et al.*, 1992). De plus la trajectoire des symptômes anorexiques converge avec celle des symptômes dépressifs : la sévérité de la dépression coïncide avec celle des symptômes anorexiques (Rastam, Gillberg et Gillberg, 1996). La récente étude prospective de Meehan, Loeb, Roberto et Attia (2006), incluant 21 patientes anorexiques adultes, précise, à ce propos, que le niveau de dépression diminue lors d'une reprise partielle du poids (à partir 80 % du poids idéal) sans complément d'antidépresseurs. De plus, la différence entre un pronostic favorable et défavorable de l'anorexie mentale auprès de patientes anorexiques présentant des troubles de l'humeur lors du premier diagnostic, est significativement peu élevée (Saccomani *et al.*, 1998).

2.4.3.2.2. Troubles anxieux

Concernant les troubles anxieux, la recension de Steinhausen (2002) met en évidence trois fois plus d'études montrant un effet significatif du trouble obsessionnel compulsif sur un pronostic défavorable de l'anorexie mentale que d'études présentant un pronostic favorable. Une seule étude ne présente aucun effet significatif. Dans une étude longitudinale de 12 ans à six mesures répétées (i.e. à l'admission et à la sortie du traitement, à deux ans, à six ans et à 12 ans), Fichter et al (2006) ont inclus 103 patientes anorexiques. Les régressions logistiques montrent que le trouble obsessionnel prédisent significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 2.51 [95 % CI = 1.20–5.22]; $p < .05$). Par ailleurs, les résultats des études cliniques, génétiques et relatives à la famille suggèrent l'inclusion de l'anorexie mentale à l'intérieur du continuum héréditaire obsessionnel-compulsif (Bellodi *et al.*, 2001; Cavallini, Bertelli, Chiapparino, Riboldi & Bellodi, 2000; Matsunaga *et al.*, 1999).

2.4.3.2.3. Troubles de la personnalité

La comorbidité psychiatrique liée aux troubles de la personnalité présente dès l'émergence de l'anorexie mentale, apparaît comme un indicateur important de pronostic défavorable de l'anorexie mentale (Finfgeld, 2002). Steinhausen (2002) recense huit études identifiant les troubles de la personnalité hystérique comme un facteur pronostic favorable contre une seule étude ne montrant aucun résultat significatif. A l'inverse, les troubles de personnalité borderline sont présents chez 55 % des individus présentant une psychopathologie chronique et tout particulièrement auprès de patientes anorexiques boulimiques avec purge. De plus, des scores élevés de paranoïa et d'hypochondrie à la sortie du traitement sont associés à un pronostic défavorable de l'anorexie mentale alors que des scores élevés de psychopathie à l'admission du traitement sont associés à un meilleur pronostic de l'anorexie mentale (Finfgeld, 2002).

2.4.3.2.4. Abus de substances

Concernant l'abus de substances, les patientes anorexiques présentant des comportements boulimiques avec purge à l'admission du traitement ont une probabilité élevée de développer un abus de substances (Bulik *et al.*, 1997). La synthèse de Finfgeld (2002) corrobore ces conclusions auprès d'échantillons d'anorexiques restrictives et boulimiques avec purge. Chez les patientes anorexiques restrictives, la probabilité cumulée de développer un abus de substance est de 12 %. A l'inverse, la probabilité cumulée de développer un abus de substances est de 50 % parmi les patientes anorexiques boulimiques avec purge. En général, les patientes anorexiques boulimiques avec purge ont cinq fois plus de risque de développer un abus de substances que les patientes anorexiques restrictives (Finfgeld, 2002).

2.4.4. Facteurs sociaux et relationnels

De la même façon que pour les facteurs psychologiques, un ensemble d'études montre que la « pauvreté », voire l'absence de relations sociales en dehors de la famille, persiste dans la moitié des cas d'anorexie mentale après une

rémission à long terme (Ratnasuriya *et al.*, 1991). Généralement, un fonctionnement social délétère prédit un pronostic défavorable d'anorexie mentale (Ben Tovim *et al.*, 2001 ; Löwe *et al.*, 2001; Strober *et al.*, 1997). De plus Strober *et al.* (1997) ont suivi 95 patientes anorexiques adolescentes, âgées de 12 à 17 ans, tous les six mois pendant cinq ans puis tous les ans durant cinq ans. En utilisant des analyses de régression logistique, les résultats montrent que les mauvaises relations sociales à l'émergence de l'anorexie mentale prédisent significativement un pronostic chronique (OR = 3.5, 95 % CI = 1.2-12.28, $p = .044$). Zipfel *et al.* (2000) corroborent ces résultats auprès de 77 patientes anorexiques suivies durant 21,5 ans. En effet, la sévérité des problèmes sociaux est un prédicteur additionnel d'un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 1.22 [95 % CI = 1.08-1.39]; $p = 0.001$). Enfin, Löwe *et al.* (2001), dans leur étude prospective de 21 ans auprès de 103 patientes anorexiques, ont utilisé des analyses de régression logistique pour démontrer également que la sévérité des problèmes sociaux prédit significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 1.25 [95 % CI = 1.10-1.42]; $p = 0.001$). Au regard de l'ensemble de ces travaux, des facteurs sociaux et relationnels plus précis tels que la famille, les pairs, le statut économique social et les événements de vie stressants ont été étudiés par certains auteurs comme des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale.

2.4.4.1. Relations familiales

Concernant la famille, dans la recension de Steinhausen (2002), huit études identifient une bonne relation entre parents et enfant(s) comme un facteur pronostic favorable de l'anorexie mentale contre trois qui ne présentent aucun effet significatif. De même, Finfgeld (2003) conclut dans sa synthèse que des attitudes hostiles de la patiente anorexique à l'égard de sa famille est un indicateur psychosocial d'un pronostic défavorable de l'anorexie mentale. D'autres études ont également mentionné que le fonctionnement familial et l'éducation des parents pourraient avoir un impact sur le pronostic de l'anorexie mentale à court-terme (Castro, Toro et Cruz, 2000 ; North, Gowers et Byram, 1997). Löwe *et al.*, (2001) dans une étude prospective de 21 ans auprès de 103 patientes anorexiques ajoutent qu'un effet significatif de la sévérité des problèmes sociaux (OR = 1.25

[95 % CI = 1.10–1.4]; $p < .001$) sur le pronostic défavorable de l'anorexie mentale a été trouvé. Au niveau du traitement de l'anorexie mentale, chez les patientes anorexiques adolescentes, la famille influence la réponse au traitement (Castro *et al.*, 2000; North, Gowers & Byram, 1997). Plus précisément, Lock, Couturier, Bryson et Agras (2006), incluant 89 patientes anorexiques, identifient les relations familiales comme prédicteur de la rémission ($\beta = -1.2$; $p = .025$). A notre connaissance, deux études qualitatives (Beresin, Gordon & Herzog, 1989; Tozzi *et al.*, 2003) incluant 13 et 69 patientes anorexiques, respectivement ont identifié la séparation avec leur famille comme un facteur de rémission très important (i.e. premier facteur parmi les 16 considérés dans l'étude de Tozzi *et al.*, 2003).

2.4.4.2. Environnement socioéconomique

Le statut socioéconomique est un facteur social pris en compte dans la recension de Steinhausen (2002). Ce chercheur recense six études montrant un effet de ce facteur sur le pronostic favorable de l'anorexie mentale alors que huit autres études ne présentent aucun effet significatif. Dans l'étude de Deter et Herzog (1994) incluant 84 patientes anorexiques durant 12 ans, les analyses de régression multiples ont permis d'identifier un statut économique élevé comme prédicteur significatif d'une évolution chronique de l'anorexie mentale ($R^2 = 0,11$, $p = .03$). A l'inverse, la comparaison de la trajectoire de l'anorexie mentale de patientes anorexiques vivant dans des milieux socio-économiques différents suggère que le facteur socioculturel ne joue pas un rôle majeur dans le pronostic de l'anorexie mentale à long terme (Steinhausen *et al.*, 2008).

Enfin, en ce qui concerne les événements de vie, dans une étude longitudinale de 12 ans à six mesures répétées (i.e. à l'admission et à la sortie du traitement, à deux ans, à six ans et à 12 ans), Fichter *et al.* (2006) ont inclus 103 patientes anorexiques. Les régressions multivariées montrent que l'abus ou tabous sexuels familiaux prédisent significativement un pronostic défavorable de l'anorexie mentale (OR = 2.67 [95 % CI = 0.93–7.70]; $p < .10$).

En conclusion, il est important de souligner que les facteurs pronostiques décrits peuvent être intégrés selon les mêmes versions du modèle biopsychosocial

relatives à l'étiologie multifactorielle précitée (i.e. modèle frontière /commande, modèle des 3 « P », modèle transactionnel). En effet, d'après ces modèles intégrés et biopsychosociaux, l'évolution de l'anorexie mentale est conceptualisée à partir de facteurs : a) propres à la patiente anorexique comme son poids à l'admission, à la sortie, le plus faible qu'il soit, son taux hormonal (e.g. de protéines, d'hémoglobine, d'enzyme), son estime globale de soi, son soi physique, sa motivation à changer, ses comportements compensatoires (i.e. hyperactivité, vomissements provoqués, crises de boulimie) et sa comorbidité psychiatrique (i.e. dépression, troubles anxieux, trouble obsessionnel compulsif, trouble de la personnalité, abus de substances) évolue en fonction de facteurs, et b) relatifs à l'environnement comme la relation avec autrui (i.e. famille, ami(e)s), le statut socioéconomique et les événements de vie (i.e. abus sexuel). Par conséquent, l'évolution de l'anorexie mentale qu'elle conduise à un rétablissement, une stabilisation ou une aggravation dépend de la relation entre le soi et l'individu. Or le soi de tout individu (avec ou sans anorexie mentale) existe tout particulièrement au travers du concept de soi (Blank & Latzer, 2004; Bulik, 2005; Garner, 1993; Polivy & Herman, 2002; Steiner *et al.*, 2003). Parmi les modèles intégrés et biopsychosociaux, celui des « 3 P » (Garner, 1993) indique que l'anorexie mentale serait perpétuée par des facteurs de maintien tels que le concept de soi qui participerait à la chronicisation de cette pathologie. Ainsi, parmi la somme de facteurs pronostiques de l'anorexie mentale, cette thèse portera sur le concept de soi et plus précisément l'estime globale de soi et le soi physique et social auprès d'adolescentes et de jeunes femmes issues de la population générale et de patientes anorexiques. En guise de préalable, la première partie du chapitre suivant présentera une définition du concept de soi ainsi que sa conceptualisation actuelle puis positionnera, dans une seconde partie, ce construit psychologique auprès de populations anorexiques.

TROISIÈME CHAPITRE

NIVEAU DU CONCEPT DE SOI DANS L'ANOREXIE MENTALE

1. FONDEMENT DU CONCEPT DE SOI : DU NIVEAU À SA DYNAMIQUE

Le concept de soi est une représentation consciente de soi portant sur les rôles et attributs qui composent notre identité (Fox, 1997). Théoriquement, il est aujourd'hui conceptualisé comme un construit multidimensionnel et comporte des caractéristiques, des compétences, des attributs et des rôles que possèdent les individus (Brown, 1998; Harter, 1996; Marsh, 1997). Ce concept inclut plusieurs sous-composantes également nommées domaines, tels que le soi familial, le soi professionnel, le soi émotionnel, le soi social et le soi physique (L'Ecuyer, 1978). Ces différents domaines ont leurs propres contenus et structures (Brown, 1998; Fox, 1997). Par exemple, le soi physique comporte différents aspects de l'apparence et de la compétence physique.

Le modèle hiérarchique du concept de soi a été développé par Epstein (1973) et Shavelson, Hubner et Stanton (1976). Ces auteurs ont émis l'hypothèse que les dimensions du soi étaient organisées hiérarchiquement : avec à son sommet, le concept de soi général, au niveau intermédiaire, les domaines généraux (i.e. soi familial, soi professionnel, soi émotionnel, soi social et soi physique) et au niveau inférieur représentant la base de la pyramide, les comportements personnels liés à des situations spécifiques (cf. la Figure 1).

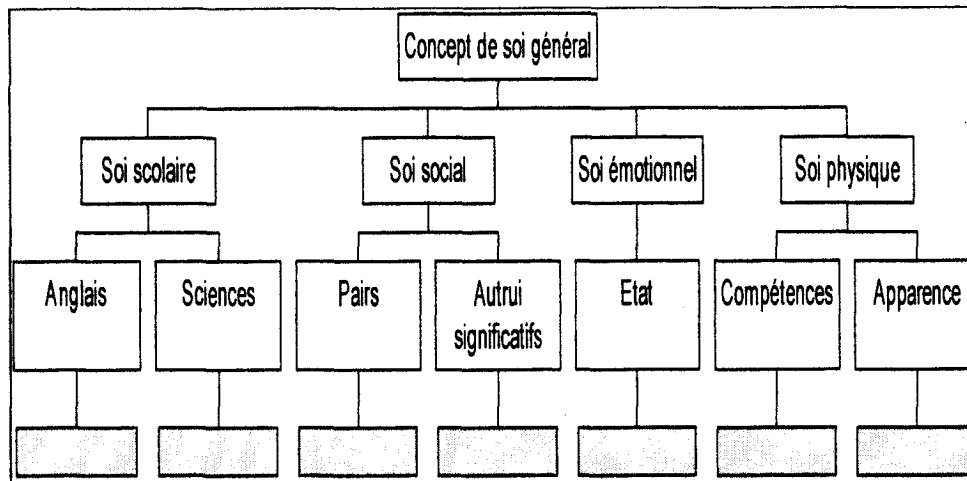


Figure 1. Structure hiérarchique du concept de soi (Shavelson *et al.*, 1976)

Plus on descend dans la pyramide et plus les perceptions de soi sont spécifiques (i.e. pairs, apparence, état émotionnel...). Les dimensions des niveaux supérieurs dépendent des niveaux inférieurs (Shavelson *et al.*, 1976). Par exemple, la manière dont un individu se définit socialement (i.e. soi social) ou physiquement (i.e. soi physique), dépend de sa relation avec sa famille et ses pairs ou de sa relation avec son apparence, respectivement. Des changements dans ces différentes dimensions spécifiques peuvent affecter le soi social et/ou le soi physique puis influencer le concept de soi global (Fox, 1997).

Une recension des écrits effectuée en 2005 dénombrait plus de 13000 publications portant sur le concept de soi dans les bases de données internationales (Ninot, 2005). Malheureusement, fort peu de connaissances et surtout peu de pistes explicatives (Bariaud & Bourcet, 1994; Craven et Marsh, 2008; Rosenberg, 1986) semblent avoir résulté de tant de recherches. Le concept de soi est une notion qui peut prendre différentes appellations selon les auteurs, telles que l'estime de soi ou *self-esteem*, la valeur personnelle ou *self-worth*, le respect de soi ou *self-respect*, le regard sur soi ou *self-regard*, l'acceptation de soi ou *self-acceptance* et l'image de soi ou *self-image* (Harter, 1999). A l'intérieur du modèle du concept de soi, l'estime globale de soi est le résultat d'une évaluation personnelle consciente (Tesser & Campbell, 1983) concernant les différentes constructions du soi valorisées et considérées comme importantes (Brown, 1998; Buckworth & Dishman, 2002). Les facettes du concept de soi (e.g. le jugement de ses capacités sociales, physiques...) contribuent à l'estime globale de soi

correspondant à l'aspect auto-évaluatif du concept de soi global. Classiquement, ce concept désigne le sentiment qu'a chacun, au fond de lui-même, de sa propre valeur (Cooley, 1902; Coopersmith, 1967; James, 1890; Rosenberg, 1979). C'est à partir de cette définition que cette thèse se propose d'approfondir le concept de soi.

Depuis le développement de l'organisation hiérarchique du concept de soi, les sous-composantes du soi (i.e. familial, professionnel, émotionnel, social et physique) ont de plus en plus été étudiées et détaillées (Fox, 2000; Marsh, 1997). Le soi physique occupe une position unique et centrale dans le concept de soi parce que le corps, au travers de son apparence, de ses attributs et de ses capacités, fournit une interface substantielle entre l'individu et le monde (Fox, 2000). Comme le montre la Figure 2, Fox et Corbin (1989) ont développé un modèle multidimensionnel et hiérarchique du soi physique. Ce modèle représente une pyramide à trois niveaux. L'estime globale de soi se trouve au sommet. Le niveau intermédiaire est occupé par un domaine de perception globale nommé « valeur physique perçue » (i.e. sentiment général de satisfaction et de fierté dans le soi physique). Comme le montre la Figure 2, le niveau inférieur inclut quatre dimensions plus spécifiques : la compétence sportive (i.e. perception de ses aptitudes sportives), la condition physique (i.e. perception de son niveau d'endurance), l'apparence (i.e. attrait perçu de son corps) et la force physique (i.e. confiance dans les situations exigeant de la force physique).

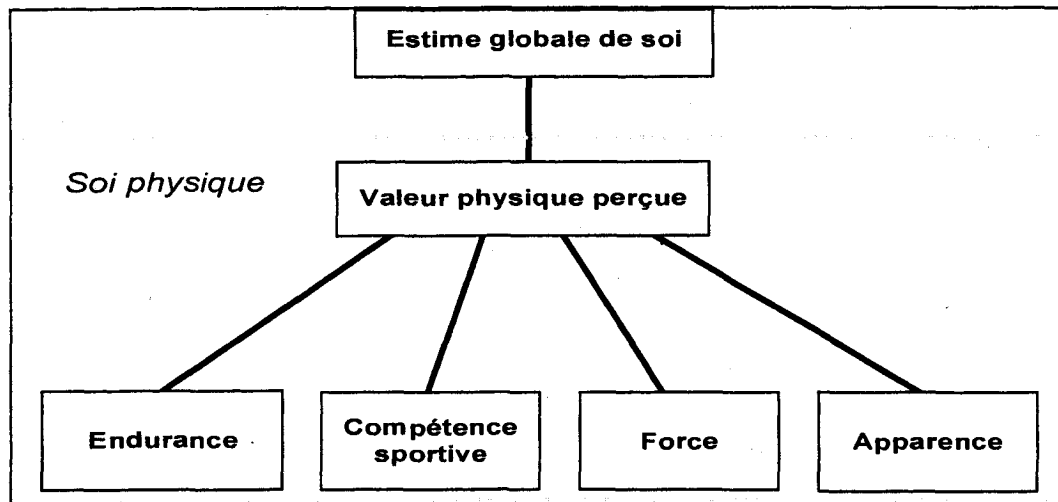


Figure 2. Modèle hiérarchique de l'estime globale de soi (d'après Fox et Corbin, 1989)

Les auteurs qui ont cherché à comprendre la direction des relations en jeu entre les différentes composantes du soi (Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995; Kowalski, Crocker, Kowalski, Chad, & Humbert, 2003; Marsh & Yeung, 1998) ont approfondi l'hypothèse du modèle multidimensionnel et hiérarchique du concept de soi proposé par Epstein (1973) et Shavelson *et al.* (1976). La structure hiérarchique suppose une direction des relations entre les dimensions du concept de soi (i.e. estime globale de soi, domaines du soi, domaines de compétences). A ce propos, trois hypothèses relatives à la direction des relations ont été postulées : des relations ascendantes ou *bottom up*, des relations descendantes ou *top-down* et des relations réciproques ou bidirectionnelles. Plusieurs auteurs ont proposé que les relations suivent l'hypothèse ascendante (Byrne & Gavin, 1996; Fox, 1990; Sonstroem, Harlow, & Josephs, 1994), ce qui signifie que les changements relatifs aux domaines spécifiques affecteraient les construits supérieurs qui sont plus stables. Par exemple des compliments sur le corps pourrait renforcer le sous domaine d'apparence physique perçue qui à son tour améliorerait la valeur physique perçue de l'individu. Cette amélioration des perceptions de la valeur physiques perçue contribuerait à augmenter le niveau de l'estime globale de soi de cet individu. A l'inverse, l'hypothèse descendante postule que l'estime globale de soi dépend fortement des émotions et des changements d'humeur (Brown, Dutton, & Cook, 2001; Greenier *et al.*, 1999) et que cette variabilité à ce plus haut niveau affecterait les domaines et sous-

domaines du soi physique. Par exemple, une soudaine dévaluation du soi due à des émotions négatives affecterait les domaines généraux, tels que l'estime globale de soi et la valeur physique perçue et la diminution du niveau de ces construits pourrait contribuer à diminuer le niveau de sous-domaines (e.g. apparence physique perçue). Enfin, selon l'hypothèse réciproque ou bidirectionnelle, envisagée par Fox & Corbin (1989), la direction des relations pourrait être à la fois ascendante et descendante, soit consécutivement, soit conjointement. En d'autres termes, une remarque sur l'apparence physique perçue comme positive se diffuserait simultanément à toutes les dimensions du concept de soi : de l'estime globale de soi aux sous-domaines du concept de soi et des sous-domaines du concept de soi vers l'estime globale de soi. Empiriquement, plusieurs études récentes (Fortes, Ninot & Delignières, 2004; Kowalski *et al.* 2003; Morin, Mañano, Marsh & Janosz, soumis) qui ont évalué la direction des relations entre l'estime globale de soi et les composantes du soi physique, ont confirmé la présence de relations fortes entre les diverses composantes du concept de soi. Kowalski *et al.* (2003) ont inclus 618 étudiantes âgées de 14 à 15 ans qui ont complété le *Physical Self-Perception Profile* de Fox et Corbin (1989) et le *Self-Perception Profile* de Harter (1988) à un an d'intervalle. Les résultats des modèles d'équation structurale montrent que la direction des relations entre l'estime globale de soi et les composantes du soi physique confirment l'hypothèse réciproque. Dans l'étude de Fortes *et al.* (2003), quatre hommes et sept femmes (moyenne_{âge} = 33.9 ans) ont complété l'inventaire du soi physique (ISP6b) de Ninot, Fortes & Delignières (2006) deux fois par jour durant trois mois. Les analyses des séries temporelles utilisant les corrélations croisées ont également montré une relation réciproque entre l'estime globale de soi et les composantes du soi physique. Morin *et al.*, (2009) ont mené une étude longitudinale auprès de 1001 adolescents (moyenne_{âge}=12.62 ans) à cinq temps de mesures durant une période de quatre ans. Les résultats des analyses de trajectoires latentes autorégressives précisent que les associations transversales entre l'estime globale de soi et l'apparence physique perçue étaient plus élevées que les associations longitudinales qui elles, correspondaient à des relations ascendantes (i.e. allant de l'apparence physique perçue vers l'estime globale de soi mais non l'inverse). Ces

résultats les ont amenés à proposer une hypothèse de covariation décrivant les associations transversales, associées à des relations longitudinales ascendantes.

1.1. Niveau du concept de soi

De nombreux auteurs conceptualisent le concept de soi comme un trait de personnalité (Campbell, 1999; Coopersmith, 1959, 1967; Epstein, 1979; Rosenberg, 1986). Selon cette perspective dispositionnelle, le concept de soi est considéré comme un jugement personnel qui apparaît relativement tôt au cours du développement, puis qui devient stable dans le temps et résistant au changement (Epstein, 1979). Tout se passe comme si un niveau optimal avait été trouvé au cours du développement et expliquerait cette stabilité (Marsh & Yeung, 1998). Par exemple, Baumeister (1999) identifie le niveau de l'estime globale de soi à partir d'une échelle de zéro à dix dont les extrémités correspondent aux intitulés « pas du tout » et « tout à fait ». Concernant les individus issus de la population générale, définis dans cette thèse comme ne présentant aucun trouble psychiatrique, Baumeister (1999) situe leur estime globale de soi entre six et dix, soit un niveau élevé. Un niveau élevé du concept de soi est expliqué par la théorie des schémas personnels ou *self-schemas* de Markus (1977). Les schémas personnels correspondent à des connaissances cognitives hypothétiques sur soi qui guident les représentations que l'on a de soi-même. Le schéma est constitué de généralisations sur soi issues des expériences passées. Il organise et guide le processus d'information sur soi contenu dans les expériences individuelles et sociales. Il existerait une mémoire sélective des événements importants qui structure le schéma (Fazio, Effrein & Falender, 1981). A ce propos, certains auteurs (Schiffman *et al.*, 2008; Shiffman & Waters, 2004; Monthuy-Blanc *et al.*, 2008) préconisent l'utilisation de carnet de suivi afin de conserver ces événements afin de comprendre le fonctionnement d'un processus psychologique (tel que le concept de soi). L'accumulation d'expériences similaires et de comportements semblables renforce le schéma. Ce dernier devient de plus en plus résistant aux informations sur soi contradictoires ou inconsistantes.

1.2. Indices d'(in)stabilité du concept de soi

Au-delà du niveau du concept de soi, d'autres auteurs ont conceptualisé le concept de soi au cours du temps. A partir de la théorie dispositionnelle précitée, certains auteurs ont ajouté que l'importance de maintenir un concept de soi stable était considérée comme déterminante pour le bien-être de la personne (Duval & Wicklund, 1972; Epstein, 1979; Harter, 1988; Lecky, 1945; Markus & Wurf, 1987; Rosenberg, 1979). Empiriquement, la stabilité temporelle du concept de soi a également été constatée par des études longitudinales avec peu de mesures répétées (i.e. ≤ 8) chez des adultes (Burke, Kraut & Dworkin, 1984; Cheek & Hogan, 1983; Cohler, 1982; O'Malley & Bachman, 1983; Swann, Griffin, Predmore & Gaines, 1987).

En l'occurrence, selon la théorie situationniste, le concept de soi varierait en fonction des événements quotidiens, qu'ils soient personnels (e.g. prise de poids, changement de l'humeur, etc.) ou sociaux (i.e. conflit familial, remarque sur le corps, etc.). Son fonctionnement doit donc être conçu comme un état émotionnel spontané et temporaire (Butler, Hokason & Flynn, 1994; Cattell, 1973; Demo, 1985; Leary, Tambor, Terdal & Downs 1995). Approfondissant l'idée du baromètre de James (1890), Demo (1985, 1992) considère que le niveau du concept de soi d'un individu peut varier fortement en fonction de la situation. Deux théories « situationnelles » complémentaires basées sur les événements personnels et sociaux, expliquent cette instabilité. La première émane de la part affective du concept de soi et propose un lien direct et immédiat entre les variations d'humeur et les changements de niveaux du concept de soi (Heatherton & Polivy, 1991). La seconde, issue des travaux de Leary *et al.*, (1995) assimile le concept de soi à un socio-mètre (Leary, 1990; Leary *et al.*, 1999). En d'autres termes, les changements du concept de soi seraient dus à la façon dont les gens perçoivent leur inclusion/exclusion sociale à des moments précis. En résumé, ces théories conçoivent le concept de soi comme un concept instable dû aux événements personnels et sociaux. Contrairement à la valeur fixe inhérente aux théories « dispositionnelles », les modèles interactionnistes sous-tendent l'idée que la valeur de l'état d'équilibre peut être influencée à la hausse ou à la baisse

selon les événements de la vie. Rosenberg (1986) parle d'ailleurs de courtes périodes d'instabilité dues à divers événements spécifiques tels que l'échec ou la réussite à un examen. Le retour à la valeur d'équilibre se fera progressivement. En outre, l'auteur envisage le changement de cette valeur sous l'effet d'un événement de vie majeur (e.g. perte d'un proche, traumatisme, etc.) ou d'un trouble chronique (e.g. anorexie mentale, etc.). Un nouvel état d'équilibre est trouvé et rend difficile tout retour à la valeur d'équilibre précédente.

Historiquement et empiriquement « l'instabilité du concept de soi » aussi nommée « variabilité intra-individuelle » a été initiée par Kernis (Kernis, Cornell, Sun, Berry & Harlow, 1993; Kernis, Grannemann & Mathis, 1991). Les deux études réalisées par cet auteur et ses collègues montrent que le niveau moyen et l'(in)stabilité du concept de soi sont deux dimensions qui requièrent autant d'attention l'une que l'autre et qui fonctionnent indépendamment l'une de l'autre. Par exemple, une personne dont le niveau de l'estime globale de soi est élevé mais instable réagit (sur un plan comportemental et émotionnel) de façon plus négative que celle présentant un niveau de l'estime globale de soi élevé mais stable. Plus précisément, ces auteurs soulignent qu'une forte instabilité représente un facteur de vulnérabilité vis-à-vis des stimuli externes pour les personnes dont le niveau du concept de soi est élevé, et un protecteur d'état dépressif lorsqu'elle est associée à un faible niveau du concept de soi (Kernis *et al.*, 1993). Cependant, au regard de ces études, deux principales limites méthodologiques apparaissent : a) l'utilisation de l'écart-type comme unique indice de variabilité, et b) le traitement d'une série temporelle individuelle⁴ du concept de soi contenant moins de dix observations consécutives. En effet, l'écart-type ne peut capturer le fonctionnement général d'un comportement, ni relever la présence de variables aléatoires (i.e. le bruit), ni expliquer le fonctionnement d'un construit psychologique dans le temps.

En définitive, les résultats issus des études transversales concernant le niveau du concept de soi et des études longitudinales révélant l'(in)stabilité des séries temporelles du concept de soi, ne suffisent pas à caractériser le

⁴Les termes «série temporelle» doivent être entendus comme une suite d'observations correspondant à la même variable (Makridakis, Wheelwright et Hyndman, 1998) et seront plus amplement abordés dans le troisième chapitre de ce manuscrit.

fonctionnement du concept de soi en négligeant un de ses aspects importants, soit l'adaptation aux événements de la vie (Ninot, 2005).

1.3. Dynamique du concept de soi

Cette limite théorique rend nécessaire la prise en compte de la « dynamique » du concept de soi. A l'inverse de l'instabilité, la dynamique, par définition, caractérise l'évolution dans le temps du fonctionnement d'une variable (Ninot, 2005). Autrement dit, la dynamique du concept de soi rend compte de l'histoire des mesures précédentes dans la compréhension d'une mesure actuelle. Selon cette approche développée par Nowak, Vallacher, Tesser et Borkowski (2000) et Vallacher, Nowak, Froehlich et Rockloff (2002), le concept de soi est considéré comme le fruit d'un système complexe émergeant de multiples interactions relatives à des contraintes personnelles (i.e. anxiété, humeur, etc.) et sociales (i.e. milieu socioculturel, familial, etc.). Envisagée comme telle, la compréhension de ce système nécessite non seulement l'évaluation du niveau moyen du concept de soi d'un individu (i.e. moyenne de la série temporelle sur la période étudiée), mais également de son instabilité (i.e. écart type, étendue et moyenne des séries différenciées) et de sa dynamique (i.e. mode d'analyse des séries temporelles quantitatif ou qualitatif exposé dans le quatrième chapitre). Il est à noter qu'à partir de l'ensemble des mesures effectuées, la dynamique répond à un modèle complexe tandis que l'(in)stabilité dépend uniquement de l'écart type et/ou de l'étendue et/ou de la moyenne des séries différenciées (Ninot, 2005).

Le modèle d'équilibre dynamique de variables psychosociales proposé par Nowak *et al.* (2000) est aussi basé sur des oscillations autour d'une valeur relativement fixe sur une période donnée. En d'autres termes, l'individu cherche à maintenir un concept de soi stable et positif en dépit de variations à la hausse ou à la baisse autour de ce point d'équilibre (Ninot, 2005). Cependant, deux cas peuvent se présenter.

Premièrement, de courtes périodes d'instabilité du concept de soi peuvent survenir, potentiellement liées à un événement spécifique (e.g. une remarque négative ou positive sur le corps), mais le retour à la valeur d'équilibre peut

ensuite se faire progressivement (Vallacher *et al.*, 2002). Empiriquement, l'étude de Ninot, Fortes, Delignières et Maïano (2005), auprès de huit adultes (i.e. quatre femmes et quatre hommes) sans trouble psychiatrique suivis sur une durée de six mois (364 mesures), a mis en évidence un modèle du concept de soi qui correspond à des oscillations aléatoires autour d'une moyenne qui évolue lentement dans le temps. Ce modèle ARIMA (0,1,1) est une « moyenne mobile avec une différenciation sans constante significative ». Delignières, Fortes et Ninot (2004) ont également confirmé qu'en situation écologique et sur une durée d'un an et demi (1024 observations), les séries temporelles de l'estime globale de soi et du soi physique répondent à un « processus fractal proche d'un bruit 1/f » (i.e. bruit rose), chez quatre adultes (2 hommes et 2 femmes). L'estime globale de soi et le soi physique fonctionnent comme un système chaotique constitué d'éléments interconnectés et caractérisé par un processus de préservation et d'adaptation. L'analyse fractale de l'estime de soi met en évidence une fluctuation constante entre un état d'équilibre entraînant un état de déséquilibre, lui-même générateur d'un nouvel état d'équilibre.

Deuxièmement, le changement de cette valeur peut s'avérer majeur, par exemple sous l'effet d'un événement de vie majeur (e.g. perte d'un proche, traumatisme, etc.) ou d'un trouble chronique (e.g. troubles psychiatriques, cancer, etc.), ce qui rend difficile tout retour à la valeur d'équilibre précédente. Deux études récentes (Monthuy-Blanc, 2004; Moullec, 2007) auprès de patientes anorexiques et dépressives ont révélé des modèles du concept de soi différents de ceux identifiés chez des participants sans troubles psychiatriques, par Ninot *et al.* (2005). Moullec (2007) a analysé les séries temporelles de 14 patients dépressifs, matin et soir, durant trois mois (60 mesures) et a relevé un fonctionnement du concept de soi extrêmement réactif et instable. L'étude idiographique de Monthuy-Blanc (2004) a corroboré le même fonctionnement du concept de soi auprès de quatre jeunes filles souffrant d'anorexie mentale clinique et subclinique durant 63 jours consécutifs (63 mesures). Un tel patron réactif et instable pourrait donc s'avérer représentatif de populations psychopathologiques et illustrer leur plus grande réactivité/hypersensibilité aux contraintes environnementales (Greenier *et al.*, 1999; Ninot, 2005).

En définitive, depuis les années 1960 jusqu'à nos jours, le concept de soi a été successivement conceptualisé selon une approche unidimensionnelle, multidimensionnelle et multidimensionnelle hiérarchique. Aujourd'hui, le concept de soi n'est plus simplement un trait de personnalité caractérisé par un niveau mais plutôt un système complexe émergeant de multiples interactions personnelles et sociales qui dépend à la fois de son niveau, de son instabilité et de sa dynamique. Au regard de l'évolution conceptuelle du concept de soi, il semble pertinent de se demander laquelle de ces définitions et de ces conceptualisations du concept de soi les auteurs qui étudient l'anorexie mentale ont choisi de privilégier ?

2. INÉFFICACITE PERSONNELLE DE BRUCH, GÉNÈSE DU CONCEPT DE SOI ET TCA

Jusqu'à la fin des années 1970, la plupart des études concernant le concept de soi chez les populations anorexiques étaient basées sur des données cliniques. Durant cette période, Bruch (1961, 1962, 1973, 1978) fut la première à décrire trois troubles « perceptuels et cognitifs » interreliés spécifiques de l'anorexie mentale : a) la distorsion de l'image du corps, b) les troubles intéroceptifs, tels que l'incapacité d'identifier des sensations internes comme la faim, la satiété ou les émotions, et c) un sentiment omniprésent d'inefficacité personnelle. A partir des années 1970, grâce à l'utilisation des tests projectifs, Selvini-Palazzoli (1970) a corroboré les observations de Bruch en affirmant que les expériences interpersonnelles « engendrent un sentiment d'inefficacité paralysant qui pénètre les pensées et les activités de ces patientes [anorexiques] » (p. 202). Bruch concevait alors le sentiment d'inefficacité comme un « déficit primaire de l'ego » qui pourrait précéder le développement de la distorsion de l'image du corps et des troubles intéroceptifs. En 1973, Bruch a fourni une remarquable description de ce qu'elle entendait par « inefficacité » :

[les patientes anorexiques] se définissent comme n'étant pas dans le contrôle de leurs comportements, leurs besoins et leurs désirs, comme n'appartenant pas à leur propre corps, comme n'ayant pas de centre de gravité à l'intérieur d'elle-même. A l'inverse, elles se sentent sous l'influence et sous la direction de forces externes. Elles agissent comme si leur corps et leurs comportements étaient le fruit d'influences et d'actions d'autres personnes. (Bruch, 1973, p55).

Le sentiment d'inefficacité et par conséquent le manque d'identité personnelle résulteraient souvent de difficultés majeures quand les individus sont éloignés des recommandations concrètes de leurs parents ou placés dans des situations d'attentes nouvelles.

A la fin des années 1970, certains auteurs ont essayé de mesurer les trois troubles « perceptuels et cognitifs » décrits par Bruch au moyen de mesures objectives. La distorsion corporelle et les troubles intéroceptifs ont été démontrés empiriquement (Garfinkel, Moldofsky, Garner, Stancer & Coscina, 1978; Garner, Garfinkel, Stancer & Moldofsky, 1976). Strober (1981), à partir de la théorie de Wotkin & Goodenough (1981) au sujet du soi et de l'autonomie, a démontré empiriquement que les traits de personnalité associés à des déficits d'autonomie caractérisaient les patientes anorexiques comparées à des patientes contrôles. Puis, Basseches et Karp (1984) ont confirmé les résultats de l'étude de Strober (1981) en utilisant la mesure de *Held dependence*. Enfin, la thèse de Bruch soutient que le déni de Soi de l'anorexique et le contrôle de son corps représenteraient des mécanismes de défense contre son manque d'identité et d'autonomie ressentie (McLaughlin, Karp & Herzog, 1985). Au regard de cette thèse, des similarités entre la description de l'inefficacité citée de Bruch et du « locus de contrôle » ou « contrôle interne-externe » décrit par Rotter (1966) ont été rapidement relevées (McLaughlin *et al.*, 1985). Hood, Moore et Garner (1982) puis Strober (1982) ont trouvé que les jeunes patientes anorexiques présentaient un contrôle interne plus important que les jeunes filles issues de la population générale ou que des patientes dépressives.

A l'issue de l'ensemble de ces travaux, une partie des auteurs précités (Basseches & Karp, 1984; Strober, 1982; Wingate & Cristie, 1978) ont essayé d'évaluer l'inefficacité personnelle chez les patientes anorexiques en utilisant des concepts comme le locus de contrôle, la « force de l'égo » ou *ego strenght* et la dépendance au champ ou *field dependance* ou certaines échelles reliées de l'Inventaire de Personnalité Multiphasic du Minnesota de Million (1983). Les résultats de ces études se sont avérés incomplets et incohérents (McLaughlin *et al.*, 1985), parce que ces mesures ne semblaient pas applicables au construit

d'inefficacité personnelle tel que défini par Bruch (Bers & Quinlan, 1992; Garner, Garfinkel & Moldofsky, 1978). Finalement, la validation de l'*Eating Disorder Inventory* (EDI, Garner, Olmsted et Polivy, 1983) mesurant des symptômes anorexiques ainsi que des caractéristiques de la personnalité a inclus une échelle « d'inefficacité » directement inspirée des travaux de Bruch. A notre connaissance, cinq études transversales ont mesuré le niveau d'inefficacité personnelle de patientes anorexiques en utilisant l'échelle d' « Inefficacité » de l'EDI (Amettler *et al.*, 2005; Button & Warren, 2002; Jacobi *et al.*, 2004; Kovacs & Palmer, 2004; Surgenor, Maguire & Beumont, 2004). Trois d'entre elles (Amettler *et al.*, 2005; Button & Warren, 2002; Surgenor *et al.*, 2004) ont mis en évidence des niveaux élevés d'inefficacité personnelle mais n'ont pas comparé ces niveaux à un groupe contrôle clinique ou non clinique. Les deux autres (Jacobi *et al.*, 2004; Kovacs & Palmer, 2004) ont montré a) que le niveau d'inefficacité chez les patientes anorexiques était significativement et statistiquement plus élevé que dans le groupe contrôle non clinique; et b) que les patientes anorexiques utilisant des laxatifs présentaient un niveau d'inefficacité plus élevé que les patientes anorexiques n'en utilisant pas (Cooper, Cooper & Fairburn, 1985). Toutefois, dès le milieu des années 1980, certains auteurs s'accordent à dire que l'échelle d'inefficacité de l'EDI ne permet pas de mesurer un faible niveau du concept de soi mais davantage une perte de contrôle et d'efficacité spécifique de l'anorexie mentale (Bers, 1987; Cooper *et al.*, 1985; Weinreich, Doherty & Harris, 1985).

3. PREDOMINANCE DU NIVEAU DU CONCEPT DE SOI ET ANOREXIE MENTALE

3.1. Concept de soi unidimensionnel, une conception qui perdure

Dès la fin des années 1970, Dally (1969) a identifié, à partir de données cliniques, des sous-types d'anorexie mentale basés sur des traits de personnalité spécifiques (McLaughlin *et al.*, 1985). Ces observations ont été confirmées quelques années plus tard et ont permis de préciser que les patientes anorexiques présentaient un trouble obsessionnel, un faible concept de soi et une anxiété sociale élevée (Pillay & Crisp, 1977; Strober, 1980). A l'issue de ces résultats, un faible concept de soi a été identifié comme jouant un rôle central dans les théories

cliniques de l'anorexie mentale (Ferrier & Martins, 2008; Jacobi *et al.*, 2004). Aujourd'hui, le faible niveau du concept de soi est une composante des modèles diagnostiques (DSM-IV-R, APA, 2000), étiologiques (Fairburn *et al.*, 1999; Karwautz *et al.*, 2001; Pike *et al.*, 2008), préventifs (Huon, Braganza, Brown, Ritchie & Roncolato, 1998; Stice, 2004) et thérapeutiques de l'anorexie mentale (Expertise collective de l'INSERM, 2004 ; Gowers, 2008).

A notre connaissance, six études empiriques transversales (voir Tableau 11, Annexe C) évaluent le niveau du concept de soi auprès de patientes anorexiques et/ou comparent ce niveau avec celui d'un groupe contrôle clinique et/ou non clinique (Brytek-Matera, 2007; Halvorsen & Heyerdahl, 2006; Jacobi *et al.*, 2004; Kovacs & Palmer, 2004; Williams *et al.* 1993). L'ensemble de ces études transversales montre que les patientes anorexiques présentent un faible niveau du concept de soi et que ce niveau est significativement plus faible chez des patientes anorexiques qu'auprès de la population générale ou d'un groupe contrôle clinique (i.e. patients anxieux ou dépressifs). Ainsi, les auteurs de ces études exclusivement transversales considèrent le concept de soi des patientes anorexiques comme un trait de personnalité stable et indépendant du contexte.

Les résultats de ces différents travaux mettent en évidence un certain nombre de limites. D'un point de vue théorique, les théories relatives à l'anorexie mentale auxquelles font références ces études n'ont pas été basées sur des modèles théoriques du concept de soi comme celui décrit précédemment par Shavelson *et al.* (1976) et n'ont pas défini clairement les construits sous-jacents au concept de soi (Stein & Corte, 2007). En d'autres termes, toutes ces études s'appuient sur la conceptualisation unidimensionnelle du concept de soi à défaut de la conceptualisation multidimensionnelle hiérarchique reconnue aujourd'hui. Par conséquent, l'ensemble de ces travaux n'a pas étudié le concept de soi à proprement parlé mais « l'estime globale de soi » sans tenir compte des domaines et dimensions qui composent ce construit psychologique.

De plus, l'unique théorie du concept de soi, « implicitement » adoptée par ces études correspond à la théorie dispositionnelle du concept de soi, précédemment citée (Campbell, 1999; Coopersmith, 1959, 1967; Epstein, 1979;

Rosenberg, 1986). Selon cette perspective, l'estime de soi est un trait de personnalité d'un niveau élevé (Campbell, 1999; Coopersmith, 1959, 1967; Epstein, 1979; Rosenberg, 1986), un jugement personnel qui apparaît relativement tôt au cours du développement (Epstein, 1979). Or d'autres théories du concept de soi, telles que la théorie situationnelle et la théorie interactionniste remettent en question le niveau du concept de soi comme seul critère d'analyse et indiquent la nécessité de prendre en compte l'(in)stabilité du concept de soi au-delà de son niveau (Kernis *et al.*, 1993; Vallacher *et al.*, 2002). D'un point de vue méthodologique, ces travaux, pourtant majoritairement récents, n'utilisent que des instruments unidimensionnels validés au milieu des années 1970 (i.e. l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg de 1965 ou l'Inventaire d'Estime de Soi de Coopersmith de 1967). Or ces instruments unidimensionnels précités mesurent l'estime de soi à partir d'un score global et ne permettent pas de différencier les dimensions constitutives du concept de soi (Marsh, 1997; Wylie, 1974). Enfin, les protocoles de ces études sont exclusivement transversaux et empêchent toute analyse de l'éventuelle fluctuation du concept de soi au travers du temps (Jacobi *et al.*, 2004).

Au regard des différentes limites théoriques et méthodologiques précédemment exposées, la théorie multidimensionnelle et hiérarchique du concept de soi ainsi que l'utilisation d'instruments de mesure multidimensionnels auprès de populations anorexiques permettraient de mieux comprendre le rôle du concept de soi dans l'anorexie mentale.

3.2. Concept de soi multidimensionnel, une conception nécessaire

Si la nécessité de concevoir le concept de soi des populations anorexiques comme un construit multidimensionnel hiérarchique est récente (McFarlane, McCabe, Jarry, Olmsted & Polivy, 2001; Paterson, Power, Yellowlees, Park & Taylor, 2007; Surgenor, Maguire, Russell & Touyz, 2007; Wilksch & Wade, 2004), de nombreux constats (i.e. résultats cliniques ou empiriques) issus des écrits scientifiques de l'anorexie mentale ont été autant de pistes en faveur de cette conceptualisation.

Selon Bruch (1961, 1962, 1973, 1978), la distorsion de l'image du corps et l'inefficacité personnelle se développent en partie à cause d'interactions défectueuses entre l'enfant et sa mère. Selvini-Palazzoli (1970) a corroboré les observations de Bruch en affirmant que « l'inefficacité » provenait de dérives concernant les interactions entre les jeunes filles anorexiques et leurs parents. Au regard de ces résultats cliniques, il est intéressant de relever le lien observé dès les années 1960 par ces auteurs, entre le faible niveau de l'estime globale de soi (i.e. inefficacité personnelle), du soi physique (i.e. distorsion de l'image du corps) et du soi social (i.e. interactions défectueuses entre l'enfant et sa mère) chez les populations anorexiques. Les prémisses de la multidimensionnalité et de la hiérarchie du concept de soi chez les patientes anorexiques semblaient déjà être présents dans les propos de Bruch déclarant que a) « la distorsion de l'image du corps [...], pourrait bien être [...] l'expression partielle de ce sentiment global d'inefficacité » (1962, p.191); et b) que l'anorexie mentale est causée par une dégradation du développement du soi général, et par l'incapacité d'espoir les multiples et diverses dimensions du concept de soi (Bruch, 1982). De nombreux auteurs en accord avec la thèse de Bruch (1973), définissant l'anorexie mentale comme un trouble du soi, ont étudié les différentes dimensions du concept de soi en lien avec l'anorexie mentale et tout particulièrement le soi physique et soi social (cf. Shavelson *et al.*, 1976). Comme le montre la méta-analyse de Cash et Deagle (1997), les 23 études qui traitent du soi physique auprès de patientes anorexiques mettent en évidence un lien entre le faible niveau de soi physique et l'anorexie mentale.

De la même façon que le soi physique, le soi social regroupe à la fois les notions du soi en lien avec la famille, avec les pairs, avec les autres significatifs, etc., en d'autres termes le soi dans le milieu social. Il n'existe pas, à notre connaissance, de méta-analyse au sujet du soi social et de l'anorexie mentale. Cependant, comme exposé lors du premier chapitre, l'intérêt pour le soi social, et plus précisément le soi social lié à la famille, concerne les facteurs de risque de l'anorexie mentale (cf. Bruch 1961; Selvini-Palazzoli, 1970). Bruch (1973) décrivait les mères des futures jeunes filles anorexiques comme des « programmatrices » de leur enfant et ajoutait en 1977 que les jeunes filles

anorexiques ont été inadéquatement préparées pour réussir leurs expériences sociales. Garner et Garfinkel (1982) précisait que l'incapacité de « fonctionner » séparément de sa propre famille ou d'autres « autrui significatifs », prédispose à l'émergence de l'anorexie mentale. Basseches (1979), à partir de questionnaires auto-évaluatifs, portait une attention toute particulière à la désirabilité sociale des populations anorexiques. Les études de Ghaderi (2003) et de Ross et Wade (2004) ont montré, à ce sujet, que les populations anorexiques ne se sentent pas acceptées par les autres et présentent ainsi un faible niveau de soi social. Les conclusions de l'étude de Brytek-Matera (2007) s'inscrivent dans la continuité de ces résultats empiriques. Cet auteur utilise le SEI de Coopersmith (1984) permettant de mesurer le concept de soi comme un instrument multidimensionnel. Chaque échelle est traitée séparément. Pour cet auteur, un faible niveau du soi social en lien avec la considération pour l'opinion des autres et pour leur point de vue crée chez les patientes anorexiques une préoccupation pour ce que pensent les autres de leur apparence et de leurs comportements. Ainsi, le type de retour et la façon dont les patientes anorexiques sont considérées par les autres, influencent leurs perceptions d'elles-mêmes. Brytek-Matera (2007) ajoutait qu'un faible concept de soi lié à la vie familiale (i.e. soi familial) résulterait d'un certain type de famille (i.e. surprotecteur, réservé, etc.) ou de relations familiales stressantes.

L'ensemble de ces résultats empiriques et cliniques a étudié l'estime globale de soi et ses dimensions constitutives (i.e. soi physique, soi social...) auprès de populations anorexiques, séparément et en utilisant des instruments de mesure unidimensionnels pour chacun des construits. Au regard de ces limites théoriques et méthodologiques, quatre travaux (McFarlane *et al.*, 2001; Paterson *et al.* 2007; Surgenor *et al.*, 2007; Wilksch & Wade, 2004), à notre connaissance, montrent tout l'intérêt de concevoir le concept de soi multidimensionnellement et de choisir des instruments répondant à cette conceptualisation pour mieux comprendre le fonctionnement du concept de soi des populations anorexiques (voir Tableau 12, Annexe D). L'ensemble des résultats de ces travaux ont permis aux différents auteurs de fournir plusieurs conclusions : a) les niveaux de l'estime globale de soi et plus précisément des dimensions constitutives du concept de soi

diminuent significativement avec la sévérité de l'anorexie mentale (i.e. filles sans trouble du comportement alimentaire, filles présentant des symptômes anorexiques, patientes anorexiques); b) le nombre de dimensions du concept de soi présentant un faible niveau augmente avec la sévérité de l'anorexie mentale; c) chaque symptôme anorexique a une intensité d'association différente (i.e. r de Pearson) avec chaque dimension du concept de soi; d) l'intensité et le sens de l'association (i.e. r de Pearson négatif ou positif) entre les symptômes anorexiques et les dimensions du concept de soi diffèrent selon les étapes de la guérison et le niveau de sévérité de l'anorexie mentale; et e) les différentes dimensions du concept de soi chez les patientes anorexiques sont associées mais peuvent fonctionner indépendamment les unes des autres. Toutefois, ces études laissent apparaître un certain nombre de limites méthodologiques.

En conclusion, l'ensemble des études traitant du concept de soi auprès des patientes anorexiques présente un certain nombre de limites principalement méthodologiques. Premièrement, les protocoles transversaux et rétrospectifs sur des périodes relativement courtes ne discriminent pas les symptômes anorexiques, les propriétés des dimensions du concept de soi ainsi que la nature de leurs associations (i.e. intensité et sens des relations), au cours du temps (Stein & Corte, 2007; Surgenor *et al.*, 2007). Deuxièmement, les instruments mesurant le concept de soi ne répondent pas à la conceptualisation hiérarchique du concept de soi et ne sont pas suffisamment sensibles (Surgenor *et al.*, 2007). Troisièmement, le traitement des données en utilisant des corrélations ne permet pas de mettre en évidence l'influence ou la direction des relations entre les dimensions du concept de soi et les symptômes anorexiques, contrairement aux régressions, aux équations structurales ou aux corrélations croisées (Ferrier & Martens, 2008; Surgenor *et al.*, 2007; Wilksch & Wade, 2004). Enfin, les résultats des patientes en rémission partielle présentant un niveau du concept de soi plus faible qu'au début de leur prise en charge nécessitent des travaux complémentaires pour comprendre l'évolution de la rechute versus de la rémission (Surgenor *et al.*, 2007).

Certains auteurs qui ont tenté de remédier à ces limites s'inscrivent dans deux axes de recherche (Delignières *et al.*, 2004 ; Fortes, Ninot & Delignières, 2004 ; Ninot *et al.*, 2004). Premièrement, ils conceptualisent le concept de soi non plus comme un trait de personnalité (i.e. le niveau) ou comme un état s'apparentant à un baromètre [i.e. (in)stabilité] mais davantage comme un état d'équilibre caractérisé par une dynamique. Deuxièmement, ils définissent l'évolution de l'anorexie mentale non plus de façon dispositionnelle mais de façon fluctuante, voire non linéaire. Dans les deux cas, ces auteurs (Keel *et al.*, 2005) prennent en compte la flèche du temps permettant de capturer les événements ponctuels ou instantanés, en milieu naturel (e.g. pendant l'intervention thérapeutique de l'anorexie mentale, ou à sa sortie).

Ainsi, ces conceptualisations du concept de soi et de l'évolution de l'anorexie mentale nécessitent l'utilisation de méthodes spécifiques telles que la méthode d'évaluation écologique instantanée (EEI) ou *Ecological Momentary Assessment* (EMA). Le quatrième chapitre de cette thèse décrira les fondements de cette méthode très récemment utilisée dans le domaine du concept de soi et des TCA puis les résultats empiriques issus de ces domaines de recherche.

QUATRIÈME CHAPITRE

DYNAMIQUE ET ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE INSTANTANÉE

Les psychologues-cliniciens ont été les premiers à montrer un intérêt tout particulier aux comportements quotidiens des individus en milieu naturel, certainement parce que les psychopathologies telles que l'anorexie mentale et leurs symptômes biopsychosociaux émergent dans le « monde réel », c'est-à-dire en milieu naturel. En effet, aucune patiente anorexique n'est diagnostiquée ni traitée à partir de comportements anorexiques identifiés en laboratoire. En revanche, comme souligné en fin de second chapitre, ces comportements anorexiques ont principalement été évalués à partir de méthodes d'évaluation auto-rapportées globales, résumées ou rétrospectives ou nomothétiques (i.e. entretien ou auto-questionnaire, protocole transversal ou longitudinal à peu de mesures répétées, rétrospectif ou prospectif). Ces méthodes ont présenté des limites dans la capacité de caractériser et de comprendre avec précision les comportements (anorexiques) en milieu naturel, et ont ignoré la dynamique des symptômes vécus, jour après jour, heure après heure par l'individu.

Dans ce chapitre, une alternative aux méthodes d'évaluation statiques, la méthode d'évaluation écologique instantanée (EEI) de Stone et Shiffman (1994), sera proposée. Cette méthode permet aux patientes anorexiques de rapporter de façon répétée leurs expériences en temps réel, dans un milieu naturel, durant un temps donné et au travers de contextes différents. Cette méthode a été introduite par Csikszentmihali et Larson (1987) qui tentaient de résoudre un certain nombre de problèmes liés aux méthodes traditionnelles d'auto-évaluation.

1. DÉFINITION GÉNÉRALE

L'approche EEI dont est issue la méthode est définie par quatre principaux critères : a) l'aspect « écologique » sous-entendant que les données sont collectées dans le monde réel où les individus mènent leur vie (i.e. validité écologique), b) l'aspect « ponctuel » ou « instantané » précisant que les mesures capturent l'état actuel de l'individu (i.e. les sentiments en temps réel auto-rapportés), c) la

programmation des mesures, sélectionnée stratégiquement (i.e. lors d'un événement pris, d'un moment précis ou d'un moment aléatoire), et d) les évaluations au cours du temps. L'EEI n'est pas une méthode de recherche unique; elle regroupe un éventail de méthodes et de procédures méthodologiques parfois anciennes. En effet, les racines historiques de cette méthode remontent aux années 1940 lorsque les recherches cliniques utilisaient systématiquement des écrits quotidiens s'apparentant à des journaux intimes (Verbrugge, 1980) ou des modalités d'auto-observations et d'auto-enregistrements dans le traitement des problèmes de comportements (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999). De nos jours, la méthode EEI inclut des méthodes qui partagent les caractéristiques précédemment citées telles que a) le journal traditionnel en version papier (Green *et al.* 2006), l'ordinateur de poche ou agenda électronique (Shiffman, Paty, Gnys, Kassel & Hickcox, 1996b), ou le téléphone (Perrine, Mundt, Searles & Lester, 1995), b) les interactions personnelles journalières (Reis & Wheeler 1991), c) le contrôle physiologique ambulatoire (Kop *et al.*, 2001), et d) les données de médication collectées quotidiennement (Byerly *et al.*, 2005). Les technologies utilisées, les objectifs d'évaluation et les programmations des données diffèrent d'une étude à l'autre mais toutes les études utilisant ces méthodes ont pour point commun de collecter des données de façon répétée pratiquement en temps réel auprès de sujets évoluant en milieu naturel.

2. UTILISATIONS D'ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE INSTANTANÉE

Les données de l'EEI sont collectées selon une variété d'objectifs répertoriés par Schiffman Stone et Hofford (2008) en quatre classes : a) caractériser les différences individuelles, b) décrire l'histoire « réelle », c) évaluer les associations contextuelles, et d) étudier les séquences temporelles.

Quand les données d'EEI sont utilisées pour caractériser les différences individuelles, elles sont accumulées pour obtenir une mesure de l'individu qui est analysée au cours du temps (i.e. au travers de multiples mesures d'EEI). Par exemple, la moyenne d'intensité d'insatisfaction corporelle vécue par une patiente anorexique pourrait être analysée en deux points du temps différents : avant et après un comportement compensatoire. Afin d'estimer les caractéristiques

individuelles, les données d'EEI fournissent des évaluations individuelles qui sont plus fiables (grâce à l'accumulation des mesures) et plus valides (i.e. grâce à l'évitement du biais de rappel et à la validité écologique) que les méthodes traditionnelles.

Les mesures d'EEI sont analysées selon des tendances au cours du temps pour décrire l'histoire réelle d'individus. Dans ce cas, la variation intra-individuelle au cours du temps est la variable dépendante et le temps est la variable indépendante (i.e. généralement représentée sur l'axe des abscisses d'un graphique). Par exemple, à l'image de l'étude de Mc Carthy, Piasecki, Fiore et Baker (2006) au sujet de la trajectoire des symptômes liés à l'arrêt de la cigarette, l'analyse de l'évolution de symptômes anorexiques à la sortie définitive de l'hospitalisation d'une patiente anorexique pourrait révéler des tendances à la hausse ou à la baisse porteuses de sens. En effet, de telles informations descriptives concernant l'histoire réelle des symptômes (anorexiques) au cours du temps peuvent s'avérer être de précieux éléments de compréhension des troubles cliniques (e.g. anorexie mentale) et de leurs résultats en général.

Les travaux qui examinent les associations contextuelles étudient les associations ou les interactions entre deux phénomènes ou plus dans le temps (Schiffman *et al.*, 2008). Les analyses d'associations contextuelles sont le plus souvent transversales, même quand les données sont collectées longitudinalement (Schiffman *et al.*, 2008). Dans ces analyses, le temps n'est pas explicitement représenté, il correspond davantage à une période au cours de laquelle les événements ont lieu (cf. Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone, & Delespaul, 2001). Bien que la plupart des études examine les associations entre différentes variables chez une même personne, les méthodes d'EEI permettent aussi d'étudier la façon dont un individu influence les autres au travers de leurs relations (cf. Bolger & Laurenceau, 2005).

Enfin, les données d'EEI de nature longitudinale sont utilisées pour examiner les séquences temporelles d'événements ou d'expériences, afin d'étudier les antécédents ou les conséquences d'un événement ou d'exploiter les séquences des événements. Dans ces analyses, l'ordre des événements ou des mesures est explicitement considéré et devient l'aspect central de l'analyse. Les

données issues des études d'EEI pourraient être assimilées à un film dans lequel les interactions dynamiques émergent au cours du temps alors que les mesures globales et rétrospectives représentent une simple photographie statique prise à un moment précis (Schiffman *et al.*, 2008).

2.1. Procédure EEI

Dans plusieurs cas, les mesures d'EEI peuvent être conceptualisées comme un échantillon de comportements et d'expériences d'un individu. Ainsi, la procédure d'EEI peut correspondre à celle d'échantillonnage dépendant des moments dans la vie d'un individu (Schiffman *et al.*, 2008). Il est utile de rappeler que la principale influence d'une procédure doit être les objectifs de l'étude. Il existe deux types de procédures permettant de collecter les données d'EEI : les procédures privilégiant l'échantillonnage basé sur l'évènement et celles privilégiant l'échantillonnage basé sur le temps (Shiffman, 2007; Wheeler & Reis, 1991).

La procédure d'EEI privilégiant l'échantillonnage basé sur l'évènement permet de prendre en compte le cycle du phénomène étudié en maximisant le nombre d'évènements mesurés sans qu'ils soient trop fréquents (Lukasiewics, Fareng, Benyamina, Reynaud & Falissard, 2008; Shiffman *et al.*, 2008). Les échantillons basés sur l'évènement n'ont pas pour objectif de caractériser l'expérience entière des individus mais plutôt de se focaliser sur un phénomène ou sur un épisode particulier dans la vie de l'individu. Dans ce cas précis, la collecte des données dépend de ces évènements ou des épisodes préalablement définis. Par exemple, une variable quelconque pourrait être mesurée à chaque fois qu'une patientes anorexique se pèse, mange ou jeûne, etc. Ces procédures sont utilisées quand l'objectif de l'étude est de comprendre le fonctionnement d'un phénomène ou d'un épisode particulier caractéristique d'un trouble. De tels protocoles requièrent une définition précise des évènements considérés qui peut s'avérer complexe à énoncer. En effet, si les patientes anorexiques doivent noter les moments où elles mangent, mâcher de la gomme fait-il partie de ces moments ? En plus d'établir la fréquence à laquelle l'évènement a lieu, les investigateurs souhaitent le plus souvent collecter des

données concernant l'évènement lui-même, comme sa durée, son intensité, son contexte, etc. (Schlundt, Johnson & Jarrell, 1985; Shiffman *et al.*, 1996b). Si les évènements sont trop fréquents, il serait irréaliste d'évaluer chaque évènement. Dans ce cas précis, une partie des évaluations peut s'effectuer de façon aléatoire (Shiffman *et al.* 2002). La limite principale de cette procédure à partir d'échantillons basés sur l'évènement réside dans la rigueur du participant. En effet, dans le cas d'un participant peu rigoureux qui n'enregistre pas les données quand l'évènement se produit ou les enregistre quand il ne se produit pas, il n'existe pas de moyen de vérifier ce biais ou d'enregistrer les données indépendamment du participant (Hufford, 2007).

Les échantillons basés sur le temps ont pour objectif de caractériser l'expérience de façon plus large et plus inclusive que les échantillons basés sur les évènements, sans se focaliser sur un phénomène précis et préalablement défini. Ces procédures sont menées lorsque l'intérêt du chercheur est d'étudier un phénomène (clinique) - symptômes, concept de soi, souffrance - qui varie continuellement. Il existe une variété de procédure à partir d'échantillons basés sur le temps qui diffèrent en fonction de la programmation des mesures, de la fréquence et du temps (Delespaul, 1995). Concernant la programmation des mesures, plusieurs investigateurs évaluent une variable à intervalle régulier ou irrégulier (aléatoirement ou non). Les évaluations à intervalle identique permettent de définir un « bloc de temps » qui sert d'unité d'analyse. Ces évaluations sont traitées grâce à des analyses de séries temporelles. Les évaluations à intervalles irréguliers sont souvent définis par des paramètres liés au vécu quotidien (e.g. le matin et l'après midi, Hensley *et al.*, 2003). Dans ce cas, le « bloc de temps » défini sans précision est laissé à la discrétion du participant et introduit par conséquent un biais potentiel. Une autre alternative des intervalles fixés est de conduire l'évaluation à des moments aléatoires afin de constituer un échantillon représentatif de l'état de l'individu. Une variation possible est de stratifier cet échantillonnage aléatoire par bloc de temps au cours d'une journée (Affleck *et al.*, 1998). Cette procédure garantit une répartition régulière au cours du temps et l'assurance, dans le cas de données manquantes, que chaque bloc de temps inclut une évaluation qui servira d'unité d'analyse. La procédure à partir d'échantillons

basés sur le temps de façon aléatoire nécessite des techniques de signalisation indiquant le moment de l'évaluation comme un téléavertisseur, un téléphone ou un ordinateur portable ou agenda électronique (Shiffman, 2007).

2.2. Utilisation du rappel dans EEI

Bien que les procédures d'EEI se focalisent sur le moment, certaines évaluations peuvent nécessiter un certain degré de rétrospection. Par exemple, la méthode du journal basé sur les événements nécessite une rétrospection si la rédaction du journal s'effectue après que l'évènement ait eu lieu (Reis & Wheeler 1991). L'orientation des procédures d'EEI vers l'expérience instantanée n'est pas absolue; elle pourrait prendre en compte toute expérience vécue récemment. A l'évidence certains événements ou expériences sont plus faciles à se remémorer avec précision que d'autres, particulièrement s'ils sont atypiques et/ou intenses ou récents. Toutefois, les investigateurs qui optent pour ce type de procédure d'EEI doivent considérer les biais potentiels inhérents aux méthodes rétrospectives même sur des intervalles réduits. Plusieurs techniques de rappel peuvent être utilisées telles que la stratégie de « couverture » et le journal quotidien.

Les évaluations des procédures d'EEI classiques, intermittentes et focalisées sur l'état ponctuel de l'individu ne permettent pas de saisir complètement son expérience quotidienne. Par exemple, même dans le cas où l'on prendrait 12 évaluations quotidiennes mesurant la peur intense de grossir auprès des patientes anorexiques, il se pourrait que ce symptôme caractéristique de l'anorexie mentale « disparaisse » entre les évaluations. Les auteurs reconnaissent que les stratégies d'échantillonnage d'EEI sont limitées à certains moments de mesure. Pour cette raison, les investigateurs optent quelques fois pour les « stratégies de couverture » ou *coverage strategy* dont l'objectif est justement de couvrir tous les moments de la journée. Concernant les données objectives, des mesures continues sont possibles (i.e. enregistrement au moyen d'un capteur de l'alternance repos/activité motrice) permettant ainsi de couvrir objectivement tous les moments de la journée. L'évaluation continue des données auto-rapportées n'étant pas possible, les investigateurs ont essayé de couvrir tous les moments de la journée en demandant aux individus une rétrospection ou un résumé des

périodes entre les évaluations (cf. Van den Brink, Bandell-Hoekstra & Abu-Sadd, 2001). Par ailleurs, étant vulnérable aux biais introduits par le rappel, cette stratégie nécessite une rigueur et une précision de la part du participant concernant les expériences vécues entre deux évaluations et leur ordre chronologique d'apparition.

Les journaux quotidiens (i.e. une fois par jour) sont particulièrement populaires auprès des chercheurs et des cliniciens parce qu'ils sont faciles à administrer et relativement peu contraignants pour le participant. Les journaux quotidiens sont des évaluations à intervalle fixé avec une fréquence d'évaluation quotidienne et une utilisation de la stratégie de couverture rétrospective. Bien que les journaux quotidiens dépendent d'un rappel sur la journée entière et d'une évaluation non instantanée, Schiffman *et al.*, (2008) considèrent qu'ils appartiennent à la famille des procédures d'EEI parce qu'ils sont administrés de façon répétée et induisent une approche dynamique de la variable étudiée. Ainsi, les journaux quotidiens apportent à la fois quelques avantages concernant le processus temporel et des inconvénients liés aux capacités de la mémoire autobiographique (Shiffman & Waters, 2004). En définitive, lorsque les journaux quotidiens sont utilisés avec précaution, ils peuvent être un instrument de mesure très intéressant pour élucider certaines questions et pour apporter des précisions complémentaires aux mesures basées sur la prise de mesures à intervalle prédéterminé.

2.3. Mesures auto-rapportées

Les mesures auto-rapportées sont très souvent utilisées dans les méthodes d'EEI. Il existe trois types de méthodes auto-rapportées (Wheeler & Reis, 1991) : a) l'enregistrement lié à un intervalle déclenché par le chercheur ou *signal contingent recording*, b) l'enregistrement à intervalle régulier ou *interval contingent recording*, et c) l'enregistrement lié à l'occurrence d'évènements particuliers ou *event contingent recording*. De nombreux questionnaires auto-rapportés ont été utilisés pour évaluer les états ponctuels des individus. Ces instruments sont spécifiques aux procédures d'EEI (i.e. sensibilité de réponse, formulation des items spécifiques à l'état, nombre d'items réduits). Étant donné

que le propre des méthodes d'EEI réside dans la répétition des mesures, la présentation de l'ordre des items doit changer d'une mesure à l'autre pour éviter ou tout du moins diminuer le phénomène d'effet d'ordre. La forme des instruments peut influencer la procédure. Toutefois, une méta-analyse (Gwaltney, Shields & Shiffman, 2007) montre que les questionnaires version papier ou électronique sont équivalents. Bien que la plupart des études d'EEI collecte des données quantitatives à partir d'échelles de réponse, les méthodes d'EEI peuvent également utiliser des données qualitatives issues des journaux quotidiens ou de conversations enregistrées, par exemple. Enfin, il est important de préciser que les données auto-rapportées sont des données subjectives qui peuvent être influencées par les effets de la psychopathologie du patient.

2.4. Utilisation de l'EEI dans le traitement

Au-delà de la collecte des données en recherche, il semble particulièrement indiqué d'utiliser l'EEI pour évaluer un certain nombre de variables au cours d'une intervention thérapeutique (Carter, Day, Cinciripini & Wetter, 2007; Newman, Erickson, Przeworski & Dzus, 2003). Le contexte du traitement inclut plusieurs caractéristiques auxquelles se prêtent les méthodes d'EEI : a) le patient fait preuve de motivation à l'égard de l'énergie et du temps consacrés aux évaluations; b) les comportements ou les expériences mesurés par le chercheur sont dictés par le problème du patient, la nature de la pathologie; c) les analyses idiographiques (i.e. analyses de séries temporelles) s'effectuant à partir des données issues d'un seul patient rendent compte de l'effet d'un traitement ou des progrès du patient (Delespaul 1995), d) les données d'EEI permettent une microanalyse du processus thérapeutique qui est souvent le sujet de discussions thérapeutiques entre le ou la patient(e) et le thérapeute.

D'après Schiffman *et al.* (2008), l'utilisation de l'EEI pourrait être un instrument thérapeutique à part entière pour les jeunes filles souffrant d'anorexie mentale (cf. Monthuy-Blanc *et al.*, 2008). En diminuant l'écart entre les comportements du patient ou ses expériences vécues « ici et maintenant » en milieu naturel et le contact différé et limité avec le clinicien dans le cabinet de consultation, les méthodes d'EEI pourraient répondre à ce défi dans le traitement

des psychopathologies (Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 2007; Newman, Kenardy, Herman & Taylor, 1997; Newman *et al.*, 2003). L'idée d'un traitement ponctuel, délivré immédiatement en temps réel à l'image d'un « thérapeute de poche » présente un avantage certain dans la vie du patient. L'EEI basée sur le traitement pourrait impliquer des conseils sur le comportement ou d'autres interventions (e.g. des stimuli de relaxation) aussi bien tout au long de la journée du patient qu'aux moments où il en a besoin. En apprenant à partir de l'histoire du patient, des stratégies de *coping* pourraient être appliquées dans des situations vécues comme anxiogènes par le patient (e.g. la crise de boulimie ritualisée). De plus, en observant le patient au cours du temps, des « algorithmes prédictifs » pourraient anticiper et répondre à des situations avant qu'elles ne s'amplifient (e.g. diminuer les régimes draconiens avant qu'ils ne conduisent à l'anorexie mentale). Certains auteurs s'attendent à ce que les méthodes d'EEI soient progressivement plus utilisées dans le domaine clinique et thérapeutique les dix prochaines années (Piasecki, Hufford, Solhan & Trull, 2007).

En définitive, les méthodes d'EEI utilisées auprès des populations cliniques, permettent a) aux patientes de rapporter de façon répétée leurs comportements et leurs expériences en temps réel, dans un milieu naturel, au cours d'une période de temps spécifique (i.e. avant, pendant et/ou après traitement) et de contextes différents; et b) aux cliniciens et chercheurs d'obtenir une série de mesures répétées en milieu naturel au travers d'études idiographiques afin d'analyser de façon microscopique le processus d'une psychopathologie. Au regard de cette définition, la prochaine partie propose de recenser toutes les études d'EEI qui se sont intéressées aux TCA et plus précisément à l'anorexie mentale.

3. RÉSULTATS DES TRAVAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Au cours des dix dernières années, l'application des méthodes d'EEI à la compréhension d'une variété de psychopathologies (Kessler, Wittchen, Abelson & Zhao, 2000) telles que la schizophrénie (Byerly *et al.*, 2005; Kimhy *et al.*, 2006), les addictions (Carney, Tennen, Affleck, Del Boca & Kranzler 1998; Freedman, Lester, McNamara, Milby & Schumacher, 2006; Hufford & Shields, 2002; Litt, Cooney & Morse, 2000; McCarthy *et al.*, 2006; Moghaddam &

Ferduson, 2007; Riley, Jerome, Behar & Weil, 2002; Shapiro, Jamner, Davydov & James, 2002; Shiffman, 2005), les troubles anxieux (Bolger, 1990; Newman *et al.*, 2003), les troubles paniques (Newman *et al.*, 1997), et la souffrance chronique (Stone, Broderick, Porter & Kaell, 1997) ont connu un essor rapide. De manière générale, la validité et la fiabilité des méthodes d'EEI ont été confirmées (Stone & Shiffman, 2002) pour apprécier : a) la fréquence, l'instabilité et l'évolution des états psychologiques; b) la fréquence et le changement des activités quotidiennes, des interactions sociales et des changements de lieu ; et c) la fréquence et les tendances, en évolution des pensées (Lukasiewicz *et al.*, 2008). Comme le montre le Tableau 13 (Annexe E), si certaines psychopathologies comme les addictions sont particulièrement concernées par l'essor de cette méthode, le lien entre l'EEI et les TCA en général est plus récent et fait l'objet d'un nombre limité d'études (Engel *et al.*, 2005; Engel, Boseck, Crosby, Wonderlich & Mitchell, 2007; Le Grange *et al.*, 2001; Lehoux, Steiger & Gauvin, 1998; McFerran, Baker, Patton & Sawyer, 2006; Monthuy-Blanc, 2004; Monthuy-Blanc *et al.*, 2008; Norton, Wonderlich, Myers, Mitchell & Crosby, 2003; Smyth *et al.*, 2009; Stein & Corté, 2003; Vansteelandt *et al.*, 2007; Wegner *et al.*, 2002). A fortiori, parmi ces travaux idiographiques, il existe très peu d'entre eux qui ont étudié les processus psychologiques et comportementaux de l'anorexie mentale (Engel *et al.*, 2005; Monthuy-Blanc, 2004). Par conséquent, cette partie traitera des méthodes d'EEI auprès de populations anorexiques, boulimiques et hyperphagiques boulimiques.

3.1. Troubles du comportement alimentaire, un phénomène instable

Un certain nombre d'études a montré à la fois la validité et la fiabilité des méthodes d'EEI et a exploré les variables subjectives qualitatives ou/et quantitatives (i.e. symptômes), relatives à l'état actuel du patient souffrant de TCA et à son environnement immédiat (Engel *et al.*, 2005; Greeno, Wing & Shiffman, 2000; Le Grange *et al.*, 2001; Shiffman & Stone, 1998; Stein & Corté, 2003). L'ensemble de ces études conceptualise les TCA comme un « phénomène » fluctuant caractérisé par une variabilité et une évolution de ces symptômes au cours du temps (voir Tableau 13, Annexe E). D'après Engel *et al.*

(2005), cette conceptualisation de la variabilité symptomatique viserait la prédiction/prévision des TCA.

Stein et Corte (2003) se sont intéressés à la faisabilité et plus précisément à la réactivité de la méthode d'EEI⁵ auprès de cinq patientes anorexiques et de onze patientes boulimiques. En utilisant une procédure qui privilégie l'échantillonnage basé sur l'évènement durant 28 jours, les participantes devaient répondre à des questions semi-ouvertes concernant le comportement alimentaire qui venait d'avoir lieu en utilisant un ordinateur de poche. A l'issue des 28 jours, un questionnaire portant sur leur opinion à l'égard du protocole (i.e. adhésion, réactivité, émotions...) leur était proposé. Les résultats de cette étude montrent que la méthode d'EEI est une approche faisable pour mesurer les crises boulimiques, les vomissements, l'exercice excessif et l'utilisation de laxatifs et de diurétiques.

Concernant la réactivité, bien que ces résultats aient été confirmés par d'autres auteurs (Hufford, & Shields 2002; Kazdin, 1974; Sobell, Bogardis, Schuller, Leo & Sobell, 1989; Willis & Nelson, 1982), Stein & Corte (2003) suggèrent que la méthode d'EEI cause, au moins temporairement, une augmentation des comportements positifs et une baisse des comportements négatifs ou indésirables socialement. Stein et Corte (2003) précisait que a) 88 % de l'échantillon ont fait preuve de rigueur concernant l'enregistrement de leurs comportements alimentaires; b) seulement deux patientes ont trouvé la méthode contraignante; et c) les données d'une patiente ont été perdues suite à un problème technologique. De même, Engel *et al.* (2005) qui ont inclus dix patientes anorexiques âgées en moyenne de 27,6 ans font écho à l'étude de Stein et Corte (2003). Les mesures auto-rapportées liées au signal et à l'intervalle durant 14 jours, ont démontré a) une variabilité significative de l'humeur à la fois inter- et intra-individuelle, b) une rigueur concernant le protocole d'EEI (i.e. 92 % de réponses au signal aléatoire et 78 % de ces réponses en moins de 45 min), et c) une variété de comportements et de rituels rapportés dans les journaux

⁵ C'est-à-dire à sa capacité à induire le phénomène étudié (Lukasiewicz *et al.*, 2009; Shiffman *et al.*, 1994)

quotidiens. Ainsi, Engel *et al.* (2005) ont conclu que la méthode d'EEI est une approche faisable et valide chez les patientes anorexiques.

Certains auteurs qui se sont exclusivement intéressés à la présence de l'hyperphagie boulimique chez des femmes en surpoids, ont cherché à identifier les antécédents des crises de boulimie (Greeno *et al.*, 2000; Le Grange *et al.*, 2001). Dans l'étude de Greeno *et al.* (2000), 79 participantes âgées en moyenne de 39 ans, se sont auto-évaluées six fois par jour selon la procédure liée à un signal et à l'aide d'un journal avant chaque crise de boulimie selon la procédure liée à un événement. Les principaux résultats montrent que l'envie de manger et la perte de contrôle précédent et prédisent la crise de boulimie. Le Grange *et al.* (2001) qui ont analysé les mesures auto-rapportées liées à l'évènement et au signal de 42 femmes en surpoids souffrant ou non d'hyperphagie boulimique précisent que les affects négatifs, les comportements restrictifs, le stress et l'envie de manger précèdent les crises de boulimie.

D'autres auteurs ont choisi d'étudier l'occurrence des symptômes et/ou les relations qu'ils entretiennent entre eux au cours du temps (Smyth *et al.*, 2009; Steiger, Gauvin, Jabalpurwala, Seguin & Stotland, 1999). A ce propos, quatre études ont exclusivement inclus des patientes boulimiques ou des jeunes femmes présentant une hyperphagie boulimique subclinique. L'étude de Smyth *et al.* (2009) a utilisé les trois types de mesures auto-rapportées (i.e. lié au signal, à l'intervalle-dépendant et à l'évènement) auprès de 133 patientes boulimiques : a) six fois par jours, b) lors de chaque comportement alimentaire, et c) le soir avant de se coucher. Les données issues de ces mesures indiquent une variation significative quotidienne de l'occurrence des suralimentations, des vomissements, des affects positifs et négatifs ainsi que de la sévérité et le type d'évènements stressants. De plus, l'étude de Steiger *et al.* (1999) auprès de 73 patientes boulimiques et de 31 participantes contrôles qui évaluaient leurs comportements alimentaires à chaque interaction sociale, démontre que a) les patientes boulimiques améliorent davantage leurs perceptions d'elles-mêmes après chaque interaction sociale que le groupe contrôle; et b) de mauvaises expériences sociales, un faible concept du soi, de faibles perceptions sociales et des troubles

de l'humeur précèdent les crises de boulimie. Wegner *et al.* (2009) confirment partiellement ces résultats auprès de 32 jeunes femmes présentant des symptômes d'hyperphagie boulimique âgées en moyenne de 19,4 ans. Ils soulignent que l'analyse des données issues des mesures d'auto-évaluation prises sept fois par jour suite à un signal dépendant avant et après chaque crise de boulimie révèle une augmentation des troubles de l'humeur lors des jours relatifs aux crises de boulimie et juste après ces crises. Engel *et al.* (2007) précisent que le niveau et la variabilité de la colère chez les 133 patientes boulimiques prédisent les crises de boulimie.

Trois autres études se sont intéressées à la fluctuation de symptômes anorexiques et boulimiques au cours du temps tels que l'activité physique et l'hyperactivité auprès de patientes présentant des TCA et/ou anorexiques (Pieters *et al.*, 2006; Vansteelandt *et al.*, 2004; Vansteelandt *et al.*, 2007). Vansteelandt *et al.* (2007) ont sélectionné 32 patientes présentant des TCA dont 19 anorexiques âgées en moyenne de 19,4 ans qui se sont auto-évaluées neuf fois par jour, suite à un signal, durant une semaine. Les principaux résultats indiquent que sur un plan intra-individuel, a) la relation entre le désir de minceur et l'envie de bouger est médiée par l'IMC et les affects négatifs et b) les états émotionnels positifs sont significativement associés à la pratique d'une activité physique. Sur un plan inter-individuel, la relation entre le désir de minceur et la pratique d'une activité physique n'est médiée que par l'IMC. Deux études de cas (Pieters *et al.*, 2006; Vansteelandt *et al.*, 2004) ont inclus trois patientes anorexiques âgées entre 18 et 21 ans (i.e. IMC compris entre 11,8 et 15 kg/m²) hospitalisées en long séjour qui se sont auto-évaluées neuf fois par jour suite à un signal durant une semaine selon la procédure liée au signal. D'après les résultats, la tendance des trois patientes à être hyperactives était associée positivement à leur préoccupation pondérale et à leur émotion négative et négativement à leur émotion positive ainsi qu'à l'absence de dépression, pour une d'entre-elles.

3.2. Intérêt d'une dynamique des symptômes de TCA et du concept de soi

Deux études à notre connaissance utilisant les méthodes EEI ont identifié la dynamique des facteurs comportementaux et psychologiques, afin de rapporter

le fonctionnement complexe des TCA au cours du temps (Monthuy-Blanc, 2004; Wild *et al.*, 2006). Outre leur objectif commun, les auteurs de ces études ont choisi de modéliser les séries temporelles des facteurs psychologiques et comportementaux obtenues auprès de patientes hyperphagiques b anorexiques et boulimiques selon des modes d'analyse spécifiques détaillés ultérieurement.

L'étude de Wild *et al.* (2006) explore le processus thérapeutique d'une patiente hyperphagique boulimique qui participe à un programme d'intervention ambulatoire. La patiente âgée de 51 ans (i.e. IMC = 37,8 kg/m²) s'auto-évaluait tous les soirs avant de se coucher en utilisant un journal électronique durant 128 jours. Elle indiquait le nombre de repas ainsi que la fréquence et la quantité de nourriture ingérée à chaque crise de boulimie ayant eu lieu depuis la dernière mesure. Puis elle répondait à des questions concernant la dépression, l'anxiété, l'acceptation sociale, le concept de soi, la détresse, la tranquillité et l'activité physique. La modalité des réponses était à la fois une échelle binaire et une échelle visuelle analogique de 0 à 135 mm. Par conséquent, ces auteurs, ont opté pour une procédure privilégiant l'échantillonnage basé sur le temps (i.e. au moment du couché) couplée à une stratégie de « couverture » concernant les comportements alimentaires entre chaque mesure (i.e. journal). La représentation graphique des séries temporelles a révélé une tendance linéaire à la baisse des comportements alimentaires, de la dépression et de l'anxiété, et à la hausse de l'acceptation sociale, de la tranquillité et des activités physiques au cours de l'intervention thérapeutique. Les procédures ARMA(p,q) révèlent que la série temporelle des comportements alimentaires du type boulimique est stationnaire (i.e. moyennes et variances sont constantes au cours du temps) et répond au modèle ARMA(1,0) autorégressif d'ordre 1 [dont le coefficient (ϕ) est égal à 0,30]. Les séries temporelles de la dépression et de l'anxiété ne sont pas stationnaires mais correspondent également au modèle ARMA(1,0) autorégressif d'ordre 1 [dont les coefficients (ϕ) sont respectivement égaux à 0,23 et 0,32]. Ainsi, le fonctionnement des comportements alimentaires et des variables psychosociales dépendent partiellement des jours précédents vécus la veille par la patiente. Les analyses de corrélation croisée puis de régression multiple ont révélé des associations significatives entre deux variables et des prédicteurs au cours du

temps. Les résultats indiquent a) une tendance à la baisse des comportements alimentaires, de la dépression et de la détresse et à la hausse de l'acceptation sociale, de la tranquillité et des activités physiques, b) des modèles ARMA des comportements alimentaires et des variables psychosociales qui correspondent tous, au processus autorégressif (1,0), c) des comportements alimentaires prédits par la détresse et la dépression le même jour et par l'anxiété et l'activité deux jours avant. Wild *et al.* (2006) concluent que l'anxiété de la patiente est un déclencheur des crises de boulimie. Toutefois plusieurs limites apparaissent : a) cette étude de cas ne permet pas de généraliser ces résultats, b) l'utilisation des modèles ARMA ne peut rendre compte que des processus non stationnaires, c) la patiente présentant des TCA souffre également d'obésité. D'autres études prenant en compte un plus grand nombre de patientes présentant exclusivement des TCA (sans obésité) et utilisant des modes d'analyses des séries temporelles linéaires plus élaborés (i.e. modèles ARIMA) permettraient de remédier à ces limites.

Au-delà de la conceptualisation multidimensionnelle du concept de soi, les théories de ce construit psychologique décrites précédemment montrent tout l'intérêt de définir le concept de soi comme le fruit d'un système complexe émergent de multiples interactions personnelles et sociales qui dépend à la fois de son niveau, de son instabilité et de sa dynamique. A ce propos, Jacobi *et al.* (2004) qui ont étudié le déficit du concept de soi auprès de trois populations présentant des TCA (i.e. anorexie mentale, boulimie et hyperphagie boulimique ou syndrome d'hyperphagie incontrôlée) suggèrent la pertinence de prendre en compte l'instabilité du concept de soi en plus de son niveau pour approfondir la compréhension des TCA. Ces auteurs qui prennent appui sur les travaux de Kernis (1993), recommandent l'utilisation d'études de suivi pour mettre en évidence la fluctuation du concept de soi des patientes souffrant de ces troubles, au cours du temps (Jacobi *et al.*, 2004).

L'étude de Monthuy-Blanc (2004) a tenté de répondre à ces suggestions. Cette étude longitudinale contrôlée a été menée auprès de quatre adolescentes anorexiques subcliniques et cliniques et d'une adolescente sans TCA pendant 63

jours consécutifs. Ces cinq adolescentes, âgées de 17 ans ont complété et rédigé des carnets de suivi composés a) d'un instrument multidimensionnel (i.e. Inventaire du Soi Physique à 6 items de Ninot *et al.*, 2006) permettant de mesurer l'estime globale de soi et le soi physique et b) d'une zone d'impressions personnelles permettant de relater les événements de la journée. Par conséquent, les auteurs de cette étude, ont choisi une procédure privilégiant l'échantillonnage basé sur le temps (i.e. au moment du couché) couplée à une stratégie de « couverture » par le carnet de suivi concernant les événements personnels ou sociaux, entre chaque mesure. La méthode EEI a permis d'obtenir une série temporelle pour chaque dimension du concept de soi (ie. estime globale de soi et du soi physique). En considérant le concept de soi selon une approche interactionniste, ces séries temporelles ont été analysées selon leur niveau, leur (in)stabilité et leur dynamique grâce aux modèles ARIMA(p,d,q) ou *Auto-Regressive Integrated Moving Average*.

Concernant les patientes anorexiques subcliniques et cliniques, l'auteur de cette étude a mis en évidence une estime globale de soi de niveau faible à élevé (i.e. 3,51 à 8,90/10), instable (i.e. écart type de 1,23 à 3,10 et étendue de 4,60 à 10) et relevant des modèles ARIMA obtenus chez les adolescentes anorexiques subcliniques et cliniques montrent que chaque observation est expliquée davantage par une valeur pondérée de la valeur précédente, plus un terme d'erreur. Contrairement à l'adolescente sans TCA, l'adolescente anorexique présente une dynamique intégrant difficilement les perturbations des jours précédents ou dépendante de ces jours ([i.e. ARIMA (0,1,1) à moyenne mobile avec faible coefficients θ ou ARIMA (2,0,0) d'autorégression avec des coefficients élevés ϕ]. Plus précisément, la représentation graphique des séries temporelles a révélé une fluctuation non stationnaire du concept de soi. Cette étude met donc en évidence, chez les adolescentes anorexiques, une vulnérabilité interne caractérisée non par le niveau mais par des indices d'instabilité élevés du concept de soi et une dynamique particulièrement réactive en lien avec la sévérité de l'anorexie mentale. La sévérité de l'anorexie mentale doit s'entendre comme des étapes de développement de cette psychopathologie (i.e. asymptotique-subclinique-clinique-chronique). Les résultats divergents de cette étude avec les

travaux antérieurs s'expliquent donc par des différences théoriques et méthodologiques liées à l'étude des dimensions du concept de soi et de leur dynamique dans un cadre idiographique. Plusieurs limites théoriques et méthodologiques sont néanmoins à noter. Au regard des contraintes environnementales, il aurait été intéressant d'évaluer le soi social en plus de l'estime globale de soi et du soi physique. En effet, les facteurs pronostiques de l'anorexie mentale et leurs modèles intégrés révèlent la pertinence d'étudier l'interface entre le soi et l'environnement. De plus, le nombre de participantes (i.e. une asymptomatique, deux symptomatiques et deux cliniques) ne permet pas de généraliser les résultats de cette étude. Enfin, la dynamique du concept de soi aurait pu être analysée en tant que prédicteur des symptômes anorexiques (comme variable dépendante dimensionnelle) et/ou du pronostic de l'anorexie mentale subclinique et clinique (comme variable dépendante catégorielle).

En conclusion, les travaux de recherche ayant appliqué la méthode EEI afin d'étudier l'évolution des symptômes de TCA présentent un certain nombre de limites. Premièrement, d'après les suggestions d'Engel *et al.* (2005), si la boulimie et l'hyperphagie boulimique ont été principalement étudiées par la méthode EEI, l'anorexie mentale, en revanche, n'a fait l'objet que de trois études (dont deux études de cas). De plus, les mesures EEI des symptômes de TCA sont exclusivement des mesures auto-rapportées et principalement de type aléatoire. En complément des mesures liées au signal, la stratégie de « couverture » permettant de couvrir tous les moments de la journée n'a que très peu été utilisée. Ensuite, bien que la fréquence des mesures quotidiennes soit élevée (i.e. entre 6 et 9 mesures/jour), la durée d'inclusion est relativement courte (i.e. entre 7 et 28 jours, études de cas exclues) et permet donc une compréhension des symptômes de TCA limitée dans le temps. Puis, même si les auteurs choisissent d'inclure les trois types de mesures (i.e. liées au signal, à l'intervalle et aux événements) dans leur étude, peu d'entre eux réutilisent puis associent les données quantitatives et qualitatives issues de ces mesures pour enrichir leurs résultats. Enfin, les deux études (Monthuy-Blanc, 2004; Wild *et al.*, 2006) qui traitent les données relatives aux TCA par les analyses des séries temporelles a) présentent exclusivement des études de cas, ne permettant pas de généralisation et b) ne discutent pas la

modélisation des séries temporelles en termes prévisionnels pour offrir un nouvel éclairage sur l'évolution des symptômes de TCA.

CINQUIÈME CHAPITRE

OBJECTIFS ET MÉTHODE

1. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Si la problématique de cette thèse vise à améliorer l'intervention thérapeutique de l'anorexie mentale, l'objectif central est d'étudier la puissance prévisionnelle de l'estime globale de soi et du soi physique et social sur l'évolution des symptômes anorexiques durant 140 jours consécutifs. L'hypothèse générale suppose que le niveau, l'instabilité et la dynamique de l'estime globale de soi et du soi physique et social sont des puissants prédicteurs des symptômes anorexiques (e.g. poids et score total de l'EDI-A-24). Plus précisément, un suivi initial de 70 jours a été proposé auprès de participantes sans TCA et de patientes anorexiques. Puis les patientes anorexiques ont été suivies exclusivement lors d'un suivi final de 70 jours afin d'évaluer les symptômes anorexiques durant 140 jours (i.e. durée d'hospitalisation long séjour moyenne de ces patientes).

1.1. Suivi initial de 70 jours

Un premier objectif général du suivi initial est de prévoir la sévérité des symptômes anorexiques en fonction de l'évolution de l'estime globale de soi et du soi physique et social chez des jeunes filles sans TCA et des patientes anorexiques en milieu naturel durant 70 jours consécutifs. Ce premier suivi de 70 jours comporte un volet nomothétique et idiographique.

1.1.1. Suivi initial de 70 jours : volet nomothétique

L'objectif du volet nomothétique est de vérifier si l'estime globale de soi et le soi physique et social prédisent la sévérité des symptômes anorexiques auprès de jeunes filles sans TCA et de patientes anorexiques à 70 jours. La première hypothèse suppose que l'estime globale de soi et le soi physique et social prédisent le score total de l'EDI et l'IMC, le premier jour du suivi. La seconde hypothèse suggère que l'estime globale de soi et le soi physique et social

prédisent le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC, le dernier jour du suivi. Enfin, la troisième hypothèse postule que les mesures de l'estime globale de soi et le soi physique et social lors du premier jour du suivi prédisent la mesure du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC lors du dernier jour du suivi. Ces diverses hypothèses visent à effectuer avant tout des analyses nomothétiques classiques, comparables à celles effectuées dans le cadre des études antérieures afin de se doter d'un point de comparaison à partir duquel la valeur ajoutée du volet idiographique sera évaluée.

1.1.2. Suivi initial de 70 jours : volet idiographique

Un premier objectif du volet idiographique consiste à déterminer le jour et la semaine à partir desquels les niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique et social sont des facteurs psychologiques prédicteurs des symptômes anorexiques auprès de jeunes filles sans TCA et de patientes souffrant d'anorexie mentale. La quatrième hypothèse envisage, tout d'abord, que les mesures consécutives des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique et social au cours des sept derniers jours du suivi initial prédisent la mesure du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC au dernier jour du suivi initial. La cinquième hypothèse envisage que les mesures consécutives des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique et social prises au cours des dix semaines du suivi initial prédisent la mesure du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC au dernier jour du suivi initial.

Un second objectif consiste à prédire la sévérité des symptômes anorexiques durant 70 jours consécutifs en fonction du niveau, de l'instabilité et de la dynamique de l'estime globale de soi et du soi physique et social de participantes sans TCA et de patientes anorexiques. La sixième hypothèse suppose que la sévérité des symptômes anorexiques diminue en fonction du niveau moyen des séries temporelles de l'estime globale de soi et du soi physique et social. La septième hypothèse suggère que la sévérité des symptômes anorexiques diminue en fonction des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique et social. Enfin, la huitième hypothèse postule que la sévérité des symptômes anorexiques est prédite en fonction de la dynamique de l'estime globale de soi et du soi physique et social. Des symptômes anorexiques

de plus en plus sévères seront prédits successivement par des systèmes a) s'apparentant à une évolution progressive intégrant les fluctuations des jours précédents (i.e. moyenne mobile), b) dépendant des jours précédents incluant les fluctuations aléatoires ayant affecté ces jours (i.e. autorégression), et c) correspondant à centration rigide soi (i.e. bruit blanc), qui caractérisent les séries temporelles de l'estime globale de soi et du soi physique et social.

1.2. Suivi de 140 jours

L'objectif général du suivi complet de 140 jours est de prévoir l'évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques selon le processus évolutif de l'estime globale de soi et du soi physique et social des patientes anorexiques durant 140 jours consécutifs. Le suivi complet de 140 jours est composé d'un volet quantitatif et d'un volet qualitatif.

1.2.1. Suivi complet de 140 jours : volet quantitatif

L'objectif est de déterminer la direction prédominante de l'association entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques psychologiques durant 140 jours consécutifs. La neuvième hypothèse envisage un lien entre l'évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques des patientes anorexiques et la direction des associations entre la dimension du concept de soi la plus significative lors des résultats précédents et les symptômes anorexiques psychologiques.

1.2.2. Suivi complet de 140 jours : volet qualitatif

L'objectif est de mettre en évidence un patron de l'anorexie mentale en associant la variabilité de la dimension du concept de soi la plus significative lors des résultats précédents aux événements personnels et sociaux rapportés par les patientes souffrant d'anorexie mentale durant 140 jours consécutifs pour chaque évolution de ces patientes en fin de suivi complet. La dixième hypothèse postule que la catégorie des événements personnels et sociaux rapportés dans les carnets de suivi par les patientes anorexiques diffère selon l'évolution des patientes anorexiques en fin de suivi complet (140^{ème} jour).

2. PARTICIPANTES

2.1. Participantes « contrôles »

Une phase préliminaire de recrutement a été nécessaire afin de constituer un groupe contrôle composé d'adolescentes et jeunes femmes qui ont participé à l'étude à 70 jours. Deux cent quarante-deux participantes âgées de 14 à 21 ans provenant de collèges, de lycées publics et de la faculté des sciences du sport, du département des Bouches du Rhône et des Alpes Maritimes, ont été interrogées. Après obtention de l'aval des chefs d'établissements concernés, les questionnaires de recrutement (i.e. Echelle d'Attitude Alimentaire ou *Eating Attitude Test* et le Questionnaire Diagnostique des Troubles du Comportement Alimentaire ou *Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis*) ont été présentés sous forme d'un dossier accompagné d'une feuille de consentement devant être dûment signée par les parents du mineur ou par la participante si elle a atteint sa majorité. Toutes les réponses aux questions ont été confidentielles : ni le nom, ni le prénom des adolescentes et des jeunes femmes n'ont figuré sur les questionnaires. Ainsi, chaque participante ne devait mentionner que le numéro de leur classe ou de leur groupe, les premières lettres de leur nom et prénom ainsi que leur date de naissance. La correspondance entre ce code constitué de lettres et de chiffres et l'identité des participantes n'a été révélée qu'une fois que les quarante participantes ont été sélectionnées.

La passation des questionnaires de recrutement s'est effectuée dans les institutions, durant les heures de disponibilité (i.e. entre les cours) et dans des conditions standardisées (i.e. consentement, isolement, réponse au stylo noir, aide à la lecture et à la compréhension des questions si nécessaire). Les questionnaires ont été distribués durant ces heures de disponibilité, et récupérés dès leur complétion par l'investigateur de cette étude. La passation n'a pas excédé plus de 45 minutes.

Vingt-cinq participantes dont les données démographiques (i.e. poids, taille et âge) et les questionnaires (i.e. 25 % de données manquantes dans l'un des deux questionnaires) étaient incomplets, ont été exclues des 242 participantes

initiales. Les résultats obtenus aux deux questionnaires ont permis de discriminer 103 adolescentes et jeunes femmes présentant au moins un symptôme de troubles du comportement et 109 autres sans TCA, selon les quatre critères du DSM-IV-R (APA, 2000). Concernant les 103 participantes, cette proportion de troubles subcliniques (i.e. 47 %) correspond à celle de l'étude de Whitaker, *et al.* (1989) qui compte 49 % de jeunes filles présentant des symptômes de TCA. Concernant les 109 participantes non cliniques, les critères d'exclusion de ces participantes sont les suivants : a) présence d'au moins un symptôme de TCA; b) un score supérieur ou égal au score coupure de l'Echelle d'Attitude Alimentaire (i.e. > 22); c) toute catégorie de poids différente de la catégorie « insuffisance pondérale du type 1, normale ou surpoids » selon l'algorithme de Cole *et al.* (2007). Ainsi, parmi les 109 participantes non cliniques, 20 adolescentes parmi les 28 ayant moins de 18 ans et 20 jeunes femmes parmi les 81 ayant plus de 18 ans ont été sélectionnées au hasard.

Une réunion d'information préalable auprès des participantes sans trouble du comportement alimentaire accompagnées de leurs parents (dans le cas des participantes mineures) a permis de présenter l'ensemble du suivi initial de 70 jours et de distribuer le formulaire de consentement et la lettre explicative précisant les étapes de cette étude. A l'issue de cette réunion d'information, 6 ont refusé et 34 ont accepté de participer au suivi initial de 70 jours. Toutes les jeunes filles qui ont participé à ce suivi initial de 70 jours, ont accepté de le faire sur une base volontaire sans compensation financière. Comme le montre la Figure 3, durant le suivi initial de 70 jours, 8 participantes ont été perdues de vue et une autre a abandonné. Au regard du taux de réponses omises (i.e. supérieur ou égal à 25 % de la série temporelle), deux participantes additionnelles ont été exclues. En définitive, 23 jeunes filles « saines » (groupe contrôle), ont été incluses à l'issue du suivi de 70 jours. Les adolescentes et les jeunes filles qui composent le groupe contrôle sont âgées de 16,96 ans ($\pm 2,62$), pèsent 54,02 kg ($\pm 6,85$), mesurent 1,64 m ($\pm 0,07$) et présentent un IMC de 20,03 kg/m² ($\pm 2,29$), en moyenne.

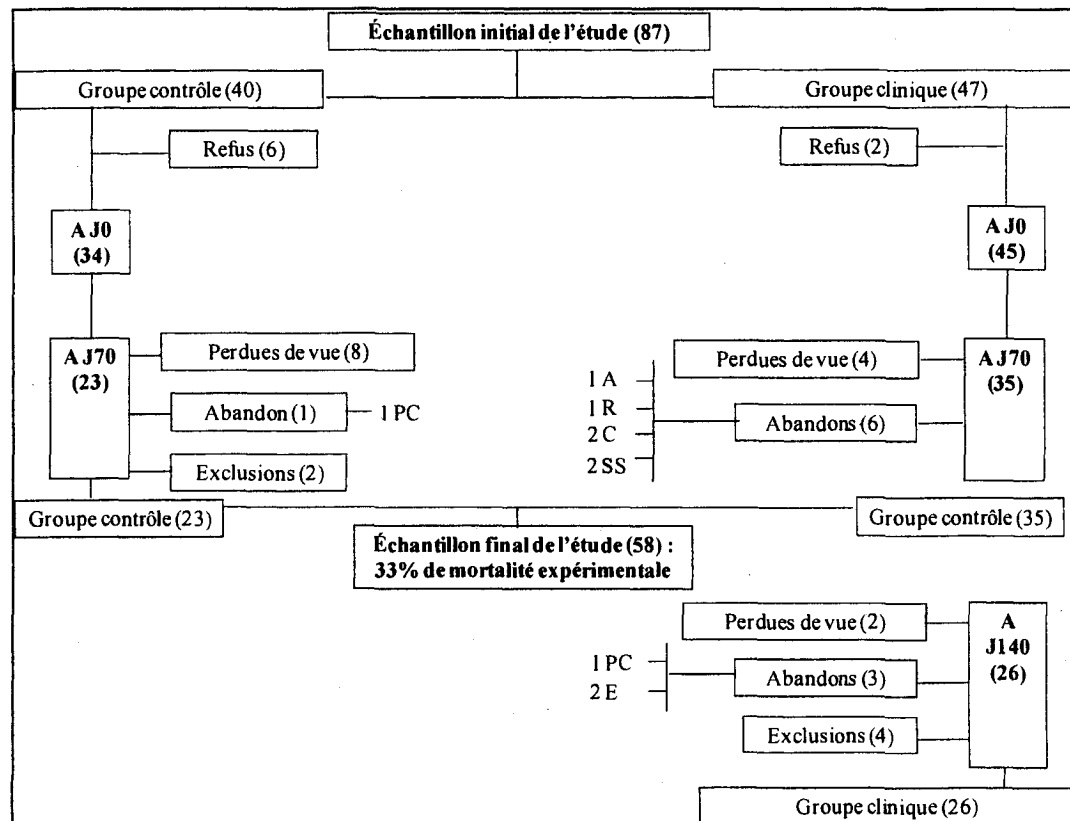
2.2. Patientes anorexiques

Sachant que de nombreuses affections psychiatriques et organiques peuvent présenter certains symptômes en commun avec l'anorexie mentale, un examen détaillé et complet des patientes a été effectué par chaque institution médicale qui a attesté du diagnostic exclusif d'anorexie mentale primaire selon les critères du DSM-IV-R (APA, 2000). Les critères de sélection de ce groupe clinique sont les suivants : a) adolescentes et jeunes femmes âgées de 14 à 21 ans, b) anorexie mentale primaire restrictive ou boulimique, c) hospitalisées en long séjour entre 0 et 3 mois (au début du suivi), et d) durée de l'anorexie mentale diagnostiquée entre 0 et 4 ans (au début du suivi). Les critères d'exclusion sont : a) tout autre trouble psychiatrique primaire selon le DSM-IV (APA, 2000), b) maladie inflammatoire du tube digestif, c) hyperthyroïdie, d) insuffisance surrénale (maladie d'Addison), e) insuffisance hypophysaire, f) anomalie rénale, g) diabète insipide, h) tumeur du système nerveux central, i) mega-œsophage, j) délire d'empoisonnement et k) phobie alimentaire. En fonction des critères d'inclusion et de non inclusion, 47 patientes anorexiques traitées en ambulatoire (n = 27) et en long séjour (n = 20), ont constitué le groupe « clinique ».

Les patientes anorexiques étaient traitées dans deux Centres Hospitaliers Universitaires (i.e. services d'endocrinologie du CHU de la Timone à Marseille et CHU Lapeyronie de Montpellier), une maison de l'adolescence (i.e. Espace Arthur au CHU St Marguerite à Marseille) et une clinique privée spécialisée dans l'intervention thérapeutique des TCA (i.e. clinique Stella à Verrargue). Il était impossible d'évaluer toutes les patientes anorexiques à la même étape de l'intervention thérapeutique à cause de leur hétérogénéité clinique. Toutefois, toutes les patientes anorexiques du groupe clinique ont reçu un traitement basé sur une consultation clinique et individuelle [avec un (pédo)psychiatre, un nutritionniste et/ou un pédiatre], hebdomadaire ou mensuelle selon la sévérité du trouble.

Une fois que le suivi complet de 140 jours ait été exposé par l'auteur de cette recherche, le formulaire de consentement et la lettre explicative ont été distribués. Deux patientes anorexiques ont refusé et 45 ont accepté d'y participer.

Toutes les patientes anorexiques qui ont participé à ce suivi initial de 70 jours, ont accepté de le faire sur la base du volontariat et sans compensation financière. Comme le montre la Figure 3, quatre patientes anorexiques ont été perdues de vue et six autres ont abandonné durant le suivi initial de 70 jours. En revanche, concernant la seconde partie du suivi initial de 70 jours seules deux patientes anorexiques ont été perdues de vue et trois autres ont abandonné. Au regard du taux de réponses omises au cours de l'ensemble des 140 jours (i.e. supérieur ou égal à 25 % de la série temporelle), quatre patientes anorexiques ont été exclues (même si les 70 premières mesures étaient complètes). En définitive, 26 patientes anorexiques ont été incluses à l'issue du suivi final de 70 jours. Les patientes qui composent le groupe clinique sont âgées de 17,27 ans (± 2.16), pesaient 42,32 kg (± 5.07), mesurent 1,65 m (± 0.06) et présentent un IMC de 15,96 kg/m² (± 1.62), en moyenne.



Notes. R : Rémission complète; C : Consigne incomprise; SS : Sortie Service; PC : Perte de carnets; E : Épuisement expérimental; A : Aggravation complète clinique.

Figure 3. Taux de participations du groupe contrôle et du groupe patiente durant les suivis de 70 et 140 jours

3. INSTRUMENTS

3.1. Mesures des symptômes anorexiques

Échelle d'Attitudes Alimentaires (EAT-26, utilisée uniquement durant la phase préliminaire). Afin d'identifier la présence de TCA tels que l'anorexie mentale et la boulimie, la version française du *Eating Attitudes Test* (EAT), de Garner et Garfinkel (1979), validée en français par Leichner *et al.* (1994) sous le nom d'Échelle d'Attitudes Alimentaires a été utilisée. Cet outil a pour objectif d'évaluer les comportements et les attitudes anorexiques et boulimiques. Garner et Bemis (1982) soulignent que l'EAT n'est qu'un instrument de dépistage et non de diagnostic. Cet instrument d'auto-évaluation réunit 26 items formant 3 sous échelles : a) la diète, qui comprend 13 items reliés à la préoccupation de la minceur, b) la boulimie, regroupant 7 items qui évaluent les comportements boulimiques, tels que les crises de suralimentation, les vomissements provoqués et les purges, et c) le contrôle oral, regroupant 6 items reliés aux phénomènes observés chez les patientes souffrant d'anorexie mentale, tels que l'autocontrôle devant la nourriture et la perception de pressions sociales encourageant un gain de poids. Les questions sont présentées sous la forme d'une échelle de Likert en 6 points : jamais (1), rarement (2), parfois (3), souvent (4), très souvent (5), toujours (6). Les scores aux réponses sont répartis tels que « toujours » reçoit un score de 3, habituellement, un score de 2, souvent, un score de 1, quelquefois, un score de 0, rarement, un score de 0 et jamais, un score de 0. La somme totale des scores obtenus permet d'avoir le score total. L'alpha de Cronbach était de .95 dans cette étude.

Questionnaire Diagnostique des Troubles du Comportement Alimentaire (QEDD-50). Afin de diagnostiquer l'intensité des TCA, le *Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis* (QEDD; 1986) de Mintz, O'Halloran & Mulholland, (1997), validé en langue française par Callahan *et al.* (2003), sous le nom de Questionnaire Diagnostique des Troubles du Comportement Alimentaire (QDTCA), a été utilisé. Cet outil a pour objectifs a) de diagnostiquer l'anorexie mentale et la boulimie et b) d'évaluer la présence de symptômes subcliniques. La validité de cet instrument est satisfaisante (Mintz

et al., 1997). Cet outil auto-évaluatif est constitué de 50 questions. Il propose des modes de réponse variés (e.g. format « oui/non », choix multiples, échelle de Likert en cinq points, ou une demande d'informations démographiques). Le QEDD étant un outil diagnostique des symptômes des TCA (sans échelle et aux modes de réponse variés), la consistance interne n'a pas pu être calculée dans la présente étude.

Inventaire des Troubles du Comportement Alimentaire-adolescent (EDI-A-24). Les symptômes des TCA ont évalués à l'aide de l'*Eating Disorder Inventory adolescent* (EDI-adolescent, voir Annexe CR) validé en version française auprès d'adolescents par Maïano, Morin, Monthuy-Blanc, Garbarino et Stephan (2009). Cet instrument évalue les caractéristiques psychologiques, comportementales et affectives majeures de l'anorexie mentale et de la boulimie. Les 24 items regroupés en 8 échelles évaluent les aspects suivants : le désir de minceur (i.e. préoccupation pour le poids, le jeûne), la boulimie (i.e. tendance à s'engager dans des comportements alimentaires non contrôlés), l'insatisfaction corporelle (i.e. insatisfaction quant à la forme générale de son corps), l'inefficacité (i.e. évaluation négative de soi), le perfectionnisme (i.e. hauts standards de performance), la méfiance interpersonnelle (i.e. répugnance à reconnaître les relations proches), la conscience intéroceptive (i.e. incertitude à avoir des émotions) et la peur de la maturité (i.e. désir de retrouver la sécurité de l'enfance). Les différents scores coupures sont : 8 pour le désir de minceur; 2 pour la boulimie; 9 pour l'insatisfaction corporelle; 6 pour l'inefficacité; 8 pour le perfectionnisme; 5 pour la méfiance interpersonnelle; 9 pour la conscience intéroceptive; 7 pour la peur de la maturité et 54 pour l'échelle totale. Comme recommandé par Thurjfell *et al.* (2003), deux autres scores coupures peuvent être calculés : 19 pour l'index de symptômes regroupant le désir de minceur, la boulimie et l'insatisfaction corporelle et 35 pour l'index de personnalité regroupant toutes les autres échelles. L'index de symptômes sera utilisé lors de la neuvième hypothèse. Les 24 réponses aux items sont présentées sous forme d'une échelle de Likert en 6 points échelle de Likert à 6 degrés décroissants : jamais (1), rarement (2), quelquefois (3), souvent (4), habituellement (5), toujours (6). L'alpha de Cronbach était de .91 dans cette étude.

Il est important de souligner que deux instruments ont été nécessaires à la mesure des symptômes anorexiques pour deux raisons. D'une part, le QEDD permet de discriminer les symptômes anorexiques des symptômes boulimiques alors que l'EDI-adolescent fournit des caractéristiques psychologiques et comportementales majeures de l'anorexie mentale et la boulimie, en général. D'autre part, compte tenu des éventuelles difficultés de compréhension des questions inhérentes au jeune âge des participantes (i.e. 14 ans pour les plus jeunes), la complétion des deux questionnaires a permis de vérifier précisément la cohérence des réponses; en complément de l'alpha de Cronbach).

Inventaire des Troubles du Comportement Alimentaire-court (EDI-C, trois échelles utilisées). Afin de mesurer l'intensité des symptômes des TCA, de manière répétée et rapide, l'*Eating Disorder Inventory-court* (EDI-C) a été utilisé (voir Annexe CS). Cet outil de 8 items, qui est en cours de validation par Maïano, Morin, Monthuy-Blanc, Garbarino, Ninot et Stephan (sous presse), mesure l'intensité de l'anorexie mentale par Echelle Visuelle Analogique. La participante répond aux items en traçant un trait, correspondant à l'intensité de la réponse choisie, sur une ligne horizontale de 100 mm. La distance entre la position du trait de l'extrémité gauche « pas du tout » à l'extrémité droite « tout à fait » sert d'indice de mesure. Un item demandant à la participante de placer un trait au centre de la zone de réponse permet d'estimer l'erreur de mesure. L'EDI-C mesure les mêmes symptômes que l'EDI-A-24. L'intérêt premier de cet instrument étant de mesurer l'évolution intra-individuelle des symptômes anorexiques, l'alpha de Cronbach n'a pas été calculé pour la présente étude.

3.2. Mesures du concept de soi

Inventaire du Soi Physique (ISP-25, trois échelles utilisées). Afin de mesurer l'estime globale de soi et le soi physique, l'Inventaire du Soi Physique (ISP-25) de Ninot, Delignières et Fortes (2000), une adaptation du *Physical Self Perception Profile* de Fox et Corbin (1989), a été utilisé. Cet outil est composé de 6 échelles. La première évalue l'estime globale de soi (EGS) avec 5 items. Les 5 autres mesurent la valeur physique perçue (VPP) avec 5 items (i.e. sentiment de

fierté, respect de soi, satisfaction et confiance dans le soi physique), et quatre sous domaines : l'apparence physique (APP) avec 3 items (i.e. attrait du physique et capacité à maintenir un corps séduisant), la compétence sportive (CS) avec 4 items (i.e. perception de ses aptitudes sportives, capacité à apprendre de nouvelles habiletés sportives, confiance dans l'environnement sportif), la condition physique (CP) à partir de 5 items (i.e. perception de son niveau de condition physique, d'endurance (E) et de forme et de sa capacité à maintenir un effort) et la force (F) à partir de 3 items (i.e. perception de la force physique, du développement musculaire et de la confiance dans les situations exigeant de la force). La consistance interne de cet instrument indique des coefficients de Cronbach compris entre .76 et .90 (i.e. $\alpha_{EGS} = .77$, $\alpha_{VPP} = .85$, $\alpha_{CS} = .90$, $\alpha_{CP} = .89$, $\alpha_{APP} = .76$, $\alpha_F = .86$). Les 25 questions sont présentées sous forme d'une échelle de Likert en 6 points [cela me ressemble : pas du tout (1), très peu (2), un peu (3), assez (4), beaucoup (5), tout à fait (6)]. Pour les trois échelles relatives à l'ISP, l'alpha de Cronbach est de : .82 pour l'estime globale de soi, .90 pour la valeur physique perçue, .88 pour l'apparence physique perçue dans la présente étude.

Questionnaire de la Description de Soi II (SDQ-II, trois échelles utilisées). Le soi social a été mesuré par la version française du *Self-Description Questionnaire II* de Marsh (1990b), validée par Guérin, Marsh et Famose (2003). Il est composé de 102 items répartis sur onze échelles (entre 8-10 items par échelle) : habiletés physiques, apparence physique, relations avec le sexe opposé, relations du même sexe, relations avec les parents, honnêteté et loyauté, stabilité émotionnelle, mathématiques, maîtrise de la langue, activités scolaires globales, estime de soi globale. Concernant la présente étude, seules les échelles de relations avec le sexe opposé (8 items), relations du même sexe (10 items), relations avec les parents (8 items) ont été utilisées. La consistance interne du score total du concept de soi est de .94. Les coefficients de Cronbach des 11 échelles sont compris entre .85 (pour l'échelle d'honnêteté et loyauté) et .91 (pour l'échelle de mathématiques). Les 26 questions sont présentées sous forme d'une échelle de Likert en 6 points [Faux (1), Globalement faux (2), Plus faux que vrai (3), Plus vrai que faux (4), Globalement vrai (5), Vrai (6)]. L'alpha de Cronbach pour le soi social est de .88 dans cette étude. Pour les trois échelles

relatives au SDQ, l'alpha de Cronbach est de : .85 pour les amis, .87 pour les amies et .87 pour les parents dans cette étude.

Inventaire du Soi Physique (ISP-6b, trois échelles utilisées). Afin de mesurer l'estime globale de soi et le soi physique, de manière répétée et rapide, l'ISP à six items (ISP-6b), a été utilisé (voir Annexe CT). Cet outil a été validé par Ninot *et al.* (2006). Il mesure les mêmes dimensions auto-évaluatives que l'ISP-25. Tout comme l'EDI-C, la participante répond aux items en traçant un trait, correspondant à l'intensité de la réponse choisie, sur une ligne horizontale de 100 mm nommée échelle visuelle analogique. La distance entre la position du trait de l'extrémité gauche « pas du tout » à l'extrémité droite « tout à fait » sert d'indice de mesure. Un item demandant à la participante de placer un trait au centre de la zone de réponse permet d'estimer l'erreur de mesure. L'intérêt premier de cet instrument étant de mesurer l'évolution intra-individuelle de l'estime globale de soi et le soi physique, l'alpha de Cronbach n'a pas été calculé pour la présente étude.

Soi Social (SS-3). Une mesure courte (3 items, dont deux sont tirés du SDQ-II) du soi social (en cours de validation) a été utilisée dans cette étude (voir Annexe CU). Cet outil développé dans l'objectif de réaliser la présente étude qui a fait l'objet d'une version de validation préliminaire, mesure le soi lié aux ami(e)s, le soi lié à la famille (autres que les parents) et le soi lié aux parents. Tout comme l'EDI-C, la participante répond aux items en traçant un trait, correspondant à l'intensité de la réponse choisie, sur une ligne horizontale de 100 mm. La distance entre la position du trait de l'extrémité gauche « pas du tout » à l'extrémité droite « tout à fait » sert d'indice de mesure. Un item demandant à la participante de placer un trait au centre de la zone de réponse permet d'estimer l'erreur de mesure. L'intérêt premier de cet instrument étant de mesurer l'évolution intra-individuelle du soi social, l'alpha de Cronbach n'a pas été calculé pour la présente étude.

3.3. Autres mesures

Echelle Multidimensionnelle du Perfectionnisme (MPS-45). Afin de mesurer le perfectionnisme, la version québécoise du *Multidimensional Perfectionism Scale* de Hewitt et Flett (1991), validée par Labrecque, Stephenson, Boivin et Marchand (1998) sous le nom d'Echelle Multidimensionnelle du Perfectionnisme (EMP) a été utilisée. Cet outil permet d'évaluer le perfectionnisme orienté vers soi, vers les autres ou prescrit par autrui. Cet instrument d'auto-évaluation se compose de 45 items divisés en trois sous-échelles (composées de trois items chacune), a) le Perfectionnisme orienté vers soi, b) le Perfectionnisme orienté vers autrui et c) le Perfectionnisme prescrit par autrui qui regroupe les items évaluant les préoccupations inadaptées face à l'évaluation. Concernant la consistance interne de cet instrument, les coefficients de Cronbach du Perfectionnisme orienté vers soi, du Perfectionnisme orienté vers autrui et du Perfectionnisme prescrit par autrui sont respectivement égaux à .90; .83 et .88. Les questions sont présentées sous la forme d'une échelle de Likert en sept points: Totalement en désaccord (1), Fortement en désaccord (2), Plutôt en désaccord (3), Indécis (4), Plutôt en accord (5), Fortement en accord (6), Totalement en accord (7). L'alpha de Cronbach était de .92 dans la présente étude.

Échelle d'Anxiété Physique Sociale (SPAS-7). Afin d'évaluer l'anxiété physique sociale, la *Social Physique Anxiety Scale* (SPAS) de Hart, Leary et Rejeski (1989), en cours de validation en langue française par Maïano, Eklund, Morin, Monthuy-Blanc, Garbarino et Ninot (sous presse), sous le nom d'Echelle d'Anxiété Physique Sociale (APS), a été utilisée (voir Annexe CV). L'anxiété physique sociale reflète la combinaison de la peur d'évaluations sociales négatives et des inquiétudes relatives au corps. La consistance interne de cet instrument indique un coefficient de Cronbach égal à .87. Les sept questions de cet outil sont présentées sous forme d'une échelle de Likert en cinq points : Pas du tout (1), Un peu (2), Moyennement (3), Vraiment (5), Extrêmement (6). L'alpha de Cronbach était de .88 dans cette étude.

Center for Epidemilogic Studies - Depression scale (CES-D). Les symptômes dépressifs ont été mesurés par la version française du *Center for*

Epidemiologic Studies - Depression scale (CES-D) de Radloff (1977), validée par Fuhrer et Rouillon (1989). Les 20 items de l'outil évaluent différents aspects de la symptomatologie dépressive: humeur dépressive, sentiments de culpabilité, désespoir, ralentissement psychomoteur, anorexie et troubles du sommeil auprès de patients hospitalisés et de la population générale. Le participant se réfère à ce qui s'est déroulé au cours de la dernière semaine. La consistance interne de cet instrument indique un coefficient de Cronbach égal à 0,76. Chaque réponse est cotée de 0 [jamais; très rarement - moins d'un jour] à 3 [fréquemment; tout le temps - 5 à 7 jours] selon la fréquence des symptômes]. Le seuil clinique de l'instrument est de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes. L'alpha de Cronbach était de .91 dans cette étude.

MINI International Neuropsychiatry Interview (MINI-FU). Afin de diagnostiquer les principaux troubles psychiatriques, la version française du *MINI International Neuropsychiatry Interview follow up* (MINI-FU) de Sheedan et al (1998), validée par Lecrubier *et al.* (1997), a été utilisée. Le MINI est un guide d'entretien clinique qui permet de diagnostiquer de manière standardisée les troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (APA, 2000). Ce guide d'entretien structuré est composé de 14 modules principaux (épisode dépressif majeur, dysthymie, épisode (hypo-)maniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété généralisée, alcool (dépendance/abus), drogue (dépendance/abus), troubles psychotiques, anorexie mentale, boulimie et risques suicidaires) et de trois modules optionnels (épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques, état de stress post-traumatique et trouble de la personnalité antisociale). La durée de passation est brève (moyenne 18,7 min. \pm 11,6). Le clinicien qui dirige l'entretien doit poser les questions puis les coter (i.e. réponse binaire « Oui » ou « Non »).

Fiche de renseignements généraux (IMC) et histoire médicale. Une série de questions a permis d'obtenir des renseignements démographiques (i.e. âge, poids, taille), socioéconomiques (i.e. situation, profession des parents) et plus spécifiques (i.e. historique pondéral, type d'activité physique pratiquée, fréquence et durée des entraînements). Dans le cas des patientes anorexiques hospitalisées

(en ambulatoire ou long séjour), l'histoire médicale viendra compléter les renseignements généraux (i.e. date de l'anorexie mentale diagnostiquée, hospitalisations, posologie médicamenteuse).

Entretien clinique semi-directif. L'objectif de l'entretien clinique est triple. Premièrement, retracer l'histoire personnelle récente de la patiente. Deuxièmement, traduire cliniquement les changements des symptômes anorexiques et du concept de soi. Enfin, préciser certains facteurs personnels (e.g. ressentis, perception) et sociaux (e.g. événements) relatés par les commentaires écrits et/ou d'ajouter des facteurs qui n'ont pas été écrits. Les entretiens cliniques sont détaillés ultérieurement dans le quatrième chapitre. Lors de l'entretien clinique semi-directif (au jour J140) enregistré et dirigé par l'investigateur, les 13 séries temporelles du concept de soi et de symptômes anorexiques obtenues par les carnets de suivi servaient d'appui à l'entretien (voir Figure 4).

En premier lieu, l'investigateur expliquait la façon dont il avait obtenu les séries temporelles grâce aux carnets et le déroulement de l'entretien semi directif. Il demandait ensuite à la patiente de lui livrer les événements les plus marquants des 140 derniers jours. Puis, pour chaque série temporelle, il demandait à la patiente de lui décrire, intuitivement et sans connaître les résultats, le profil anticipé de la série temporelle. La série était ensuite présentée à la patiente qui devait la commenter. Au besoin, l'investigateur lisait les commentaires écrits. A la vue des séries temporelles retraçant symboliquement son histoire, la patiente verbalisait son vécu, approfondissait son histoire, expliquait ses moments de crise et précisait ses commentaires. Enfin, l'investigateur demandait à la patiente de lui énoncer les avantages et les inconvénients concernant les carnets de suivi et l'entretien semi-directif. Il évoquait ensuite la possibilité de poursuivre ce suivi (i.e. carnets et entretien) sur une période choisie. Dans le cadre de cette thèse, cet entretien a permis exclusivement d'explicitier ou de compléter certains commentaires.

GUIDE D'ENTRETIEN CLINIQUE	
Date :	
Nom du thérapeute :	
Nom de la patiente :	
CONSIGNES	
<i>Voici les questions qui doivent être posées durant l'entretien pour chaque série temporelle présentée. Il est important de noter que la première question doit être posée avant que la série temporelle soit présentée. Cet entretien clinique est enregistré, aucune réponse n'est à écrire.</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous me donner quelques événements qui vous ont marqué durant ces deux derniers mois ? 2. [Pour chaque dimension psychologique] Pourriez-vous me décrire, intuitivement, le profil de la courbe (i.e., augmentation, baisse, fluctuations...)... 	
----- Exemple de série temporelle ¹ -----	
Image du corps	
<ol style="list-style-type: none"> 3. [Présentation de la série temporelle²] Que représente cette courbe pour vous ? Au besoin, l'expérimentateur peut lire les commentaires écrits par la patiente et correspondants aux fluctuations de la série temporelle. 4. Pourriez-vous me donner les avantages et les inconvénients tant au niveau du remplissage des carnets et lors de cet entretien. 5. Je vous remercie d'avoir répondu aux questions. Si vous souhaitez, nous pouvons continuer cette expérience. [Si tel est le cas] Combien de temps souhaiteriez-vous la poursuivre ? 	
<small>¹ Les séries temporelles seront présentées de manière aléatoire pour chaque patiente.</small>	
<small>² Les séries temporelles seront présentées de manière aléatoire pour chaque patiente.</small>	

Figure 4. Étapes de l'entretien semi-directif

4. PROCÉDURE

Ce protocole longitudinal, phase préliminaire de recrutement exclue, a nécessité 20 mois d'inclusion à compter d'avril 2007, après approbation du comité d'éthique des Universités de Sherbrooke et de Montpellier I. Il fait l'objet d'un suivi initial de 70 jours et d'un suivi final de 70 jours. Dans un souci de clarté, le protocole sera présenté selon un premier suivi de 70 jours et un second de 140 jours. Les procédures employées dans chacun de ces suivis sont résumées au Tableau 14.

4.1. Suivi initial de 70 jours : volet nomothétique

Le premier jour du suivi initial de 70 jours J1 et le 70^{ième} jour J70, les 26 patientes anorexiques ainsi que les 23 participantes sans TCA ont complété plusieurs instruments, selon quatre conditions standardisées de participation (i.e. consentement, isolement des participantes pour éviter toute communication, réponse au stylo noir fourni, aide à la lecture et à la compréhension des questions si nécessaire), par l'intermédiaire de l'investigateur : QEDD; EDI-A-24; ISP; SDQ; MPS; SPAS; CES-D et MINI-lifetime.

4.2. Suivi initial de 70 jours : volet idiographique

Durant 10 semaines consécutives, les 23 patientes anorexiques ainsi que les 26 participantes sans TCA ont complété en cinq min (en moyenne), quotidiennement entre 19h00 et 22h00 : EDI-C-3; ISP-6b et SS-3.

L'EDI-C-3, l'ISP-6b et le SS-3 ont été compilés sous forme d'un carnet de suivi quotidien contenant sept jours consécutifs (i.e. 1 semaine). Afin d'éviter la relecture des réponses et de s'assurer du suivi du protocole, ce carnet a été récupéré toutes les cinq semaines chez les participantes sans TCA et les patientes anorexiques en hospitalisation ambulatoire et toutes les deux semaines chez les patientes anorexiques hospitalisées en long séjour. Ce carnet de suivi contient également une zone qui s'apparente à une zone d'impression personnelle intitulée « les événements qui m'ont touchée aujourd'hui ». Ces écrits rapportés par la patiente permettent d'obtenir des données qualitatives concernant les événements personnels et sociaux, qui sont venues compléter les données quantitatives obtenues par l'indice de mesure des instruments brefs en EVA (cf. Figure 5).

4.3. Suivi complet de 140 jours : volet quantitatif et volet qualitatif

Durant 140 jours, les 26 patientes anorexiques, exclusivement, ont complété en dix minutes, quotidiennement, entre 19h00 et 22h00 les mêmes questionnaires brefs que lors des premiers 70 jours. A la vingtième semaine J140, les mêmes instruments de mesure qu'au 70^{ième} jour J70 ont été complétés par les patientes anorexiques. Trois semaines plus tard, l'entretien clinique semi-directif leurs a été proposé.

Tableau 14.
Synthèse générale des suivis à 70 jours et 140 jours
Étude de suivi complète de 140 jours (n = 26)

Suivi initial de 70 jours (n = 49)		Suivi final de 70 jours		
Premier jour		Au 70 ^{ième} jour		Au 140 ^{ième} jour
J0	70 jours consécutifs	J70	70 jours consécutifs	J140
QEDD EDI-A-24 PSPP-25 SDQ PMS SPAS-7 CES-D Fiche de renseignements généraux (IMC)	EDI-C-3 ISP-6b SS-3 (pesée hebdomadaire)	QEDD EDI-A-24 PSPP-25 SDQ PMS SPAS-7 CES-D MINI	EDI-C-3 ISP-6b EEIC-3 (pesée hebdomadaire)	EDI-C PSPP-25 SDQ PMS SPAS-7 CES-D MINI Entretien clinique
23 participantes sans TCA en milieu scolaire et universitaire (groupe contrôle) 26 patientes anorexiques traitées en ambulatoire et en long séjour (groupe clinique)			26 patientes anorexiques traitées en ambulatoire et en long séjour uniquement (groupe clinique)	

5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Les adolescentes et les jeunes femmes sans TCA et les patientes anorexiques ont été informées du déroulement de l'étude par un document qui leur a été remis par l'investigateur. Après avoir pris connaissance de la lettre d'information, les adolescentes et les jeunes femmes qui ont accepté de participer à l'étude ainsi que l'un des parents de la participante mineure ont signé le feuillet de consentement en deux exemplaires minimum (i.e. l'un pour la participante et l'autre pour l'investigateur de l'étude), conformément à la loi 88-1138 du 20

décembre 1988 modifiée du code de la Santé Publique dite Loi Huriet. Les consentements éclairés signés sont conservés par l'investigateur de l'étude durant 15 ans après la fin de l'étude.

L'investigateur de l'étude, les directeurs de thèse et les autres personnes associées à ce travail de recherche se sont engagés à maintenir confidentielles les informations qui leur ont été fournies par les sites participants. Ces informations ont été divulguées par l'équipe de recherche qu'après accord de l'équipe médicale et de la participante; néanmoins l'anonymat de chaque participante a été préservé comme susdit. La participation à cette étude étant basée sur le volontariat des participantes, ces dernières pouvaient, à tout moment et librement (i.e. sans pression financière ou intellectuelle) se retirer de l'étude sans avoir à justifier cette décision. A cause de complications médicales dues à l'aggravation complète de l'anorexie mentale, une patiente anorexique a été retirée de l'étude.

6. ANALYSES DES DONNÉES

Cette sixième partie sera présentée selon le même modèle que la partie précédente (i.e. suivi initial de 70 jours et suivi de 140 jours) et en fonction des hypothèses énoncées précédemment. Après avoir expliqué le remplacement des données manquantes, les analyses des données seront détaillées sous forme d'« analyses préliminaires » et d'« analyses principales » pour chaque suivi et chaque hypothèse. Les analyses relatives au suivi initial de 70 jours (i.e. volets nomothétiques et idiographiques) ont été réalisées sur l'échantillon total ($n = 49$) constitué des 23 participantes sans TCA et des 26 patientes anorexiques. En revanche, les analyses du suivi de 140 jours ont été menées auprès des 26 patientes anorexiques concernant le volet quantitatif. Le traitement qualitatif s'est quant à lui limité à 6 patientes anorexiques. Toutes les données de cette thèse ont été traitées en utilisant deux logiciels: SPSS 11.0 et Statistica 6.

6.1. Remplacement des données manquantes

Afin de réduire la quantité de données manquantes, deux stratégies complémentaires ont été utilisées. Premièrement, concernant les mesures nomothétiques des suivis de 70 et 140 jours, les données recueillies auprès des 49 adolescentes et jeunes femmes n'ont pas été reconnues valides si le taux de réponses manquantes dépassait 25 % des réponses totales. Une fois, cette première stratégie appliquée, 23 participantes sans TCA et 26 patientes anorexiques ont été retenues pour les analyses. Seules les 26 patientes anorexiques ont toujours présenté 3 données manquantes concernant les variables étudiées de façon nomothétique au jour J70 et 3 autres au jour J140. Ces données manquantes ont été remplacées par la moyenne des valeurs existantes pour chaque variable, selon la fonction SPSS 11.0 « Valeurs manquantes : Moyenne de la série »

Concernant uniquement les mesures idiographiques des suivis de 70 et 140 jours, les séries temporelles de l'estime globale de soi et du soi physique et social ainsi que celles des symptômes anorexiques n'ont pas été reconnues valides si plus de 7 observations consécutives ou plus de 25 % des observations de la série temporelle étaient manquantes. À l'issue de cette première stratégie, 11 participantes sans TCA et 21 patientes anorexiques ont présenté des données manquantes relatives aux variables étudiées de façon idiographique [participantes sans TCA : $M = 5.73$ ($EC = 4.71$); patientes : $M = 10.90$ ($EC = 9.14$)]. Ces données manquantes ont été remplacées par la moyenne des valeurs existantes pour chaque variable étudiée, selon la fonction Statistica 6 « Valeur manquante : Interpolation des points adjacents » concernant les données idiographiques. Le seuil de significativité des différents tests statistiques a été fixé à $p < .05$.

6.2. Suivi initial de 70 jours : volet nomothétique

6.2.1. Analyses préliminaires : t de Student et matrice de corrélation

Avant de vérifier les trois premières hypothèses, les résultats obtenus au score total de l'EDI-A-24 par les participantes ont été comparés par un test t de Student. Cette analyse statistique a permis de vérifier si le score total de l'EDI-A-

24 était significativement plus élevé chez les patientes anorexiques que chez les participantes sans TCA.

Une matrice de corrélation établie entre les variables indépendantes mesurées auprès des participantes sans TCA et des patientes anorexiques a permis de vérifier si le niveau de multicollinéarité présent dans les données était acceptable (voir Tableau 17, Annexe F). Tout coefficient de corrélation significatif dont le r de Pearson est supérieur à 0.700 entre deux variables indépendantes a indiqué une colinéarité potentiellement trop élevée entre celles-ci et a indiqué que ces deux variables devraient être traitées dans le cadre de modèles de régressions séparés.

6.2.2. Analyses principales : régression linéaire et curvilinéaire

Les trois premières hypothèses, supposant que l'estime globale de soi et le soi physique et social prédisent le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC le premier jour du suivi initial (H1), le dernier jour du suivi final (H2) et 70 jours plus tard (H3), ont été vérifiées par les mêmes analyses statistiques : des régressions linéaires et curvilinéaires multiples. En d'autres termes, chaque variable indépendante a séparément fait l'objet d'un modèle de régression (linéaire et curvilinéaire successivement) puis toutes les variables indépendantes significatives ont été incluses dans un modèle final de régression multiple (linéaire et curvilinéaire successivement). Dans toutes ces analyses statistiques, les variables indépendantes étaient : l'estime globale de soi, la valeur physique perçue, l'apparence physique perçue et le soi social (le score total des trois échelles du SDQ). Les variables dépendantes étaient : le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC. La décision de vérifier les effets curvilinéaires (testés par l'entrée dans la régression du prédicteur mis au carré au-delà de son effet principal) de chacune des variables repose sur le fait que la linéarité des relations observées est un postulat essentiel, et rarement vérifié, des analyses de régression de base.

Concernant les première et seconde hypothèses (H1 et H2), lorsque la variable dépendante était le score total de l'EDI-A-24, l'IMC a été contrôlé. A l'inverse, lorsque la variable dépendante était l'IMC, le score total de l'EDI-A-24

a été contrôlé. Concernant la troisième hypothèse (H3), deux types d'analyses de régression ont été menés en fonction des variables de contrôle. Tout d'abord, lorsque la variable dépendante était le score total de l'EDI-A-24 à J70, seul l'IMC à J0 a été contrôlé. A l'inverse lorsque la variable dépendante était l'IMC à J70, seul le score total de l'EDI-A-24 à J0 a été contrôlé. Puis ces analyses ont été reproduites en contrôlant à la fois l'IMC et l'EDI-A-24 à J0.

Afin de vérifier si les effets de chaque dimension du concept de soi sur le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC entraînent en interaction avec le statut des participantes (i.e. participantes sans TCA versus patientes anorexiques), l'interaction (i.e. variable indépendante * statut) a été testée dans un modèle de régression linéaire additionnel, séparément pour chacune des variables dépendantes (compte tenu du faible nombre de participantes). Comme l'interaction est obtenue par le produit de deux variables (i.e. variable indépendante * statut) entré dans une équation de régression dans laquelle ces deux mêmes variables doivent préalablement être entrées, des problèmes de multicolinéarité peuvent résulter de cette procédure. Pour se prémunir de cette éventualité statistique, toutes les variables indépendantes (i.e. prédicteurs et variables de contrôle) ont été centrées à la moyenne (ou convertie en *deviation score*) en soustrayant la moyenne de la variable indépendante à chaque score individuel brut.

En définitive, le(s) prédicteur(s) le(s) plus robuste(s) du score total de l'EDI-A-24 ou de l'IMC a ou ont été finalement identifié(s) dans cinq types de modèles de régression incluant chacun le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC comme variable(s) de contrôle et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC comme variable dépendante. En l'occurrence, les variables indépendantes diffèrent d'un modèle de régression à l'autre : le modèle 1 inclut l'estime globale de soi; le modèle 2 inclut la valeur physique perçue; le modèle 3 inclut l'apparence physique perçue et le modèle 4 inclut le soi social; et enfin le modèle final inclut tous les prédicteurs significatifs des modèles 1 à 4. Ces modèles finaux ont permis d'estimer la contribution totale des dimensions du concept de soi (i.e. variables indépendantes) et des symptômes anorexiques (i.e.

score total de l'EDI-A-24 et IMC). Il convient de noter que les modèles 1 à 4 ont eux-mêmes été reproduits afin de vérifier l'interaction possible entre le prédicteur et le statut, de même que l'effet curvilinéaire possible du prédicteur, avant l'estimation du modèle final.

6.3. Suivi initial de 70 jours : volet idiographique

6.3.1. Quatrième et cinquième hypothèses

6.3.1.1. Analyses préliminaires : base de données et matrice de corrélation

Avant de vérifier les quatrième et cinquième hypothèses (H4 et H5), une base de données a été constituée a) de toutes les observations des séries temporelles⁶ obtenues aux variables indépendantes lors des sept derniers jours du suivi initial de 70 jours ainsi que b) de la moyenne hebdomadaire des observations des séries temporelles obtenues à ces variables indépendantes, pour chaque participante sans TCA et patiente anorexique.

A partir de cette base de données, une première série de matrices de corrélations établies entre les variables indépendantes à chaque jour (voir Tableau 27, Annexe P) puis une deuxième série de matrices de corrélations entre les variables indépendantes à chaque semaine ont permis de vérifier si le niveau de multicollinéarité présent dans les données était acceptable (i.e. à partir d'un r de Pearson < 0.700).

6.3.1.2. Analyses principales : régression linéaire et curvilinéaire

Les quatrième et cinquième hypothèses (H4 et H5) qui postulent que la mesure des niveaux de l'estime globale de soi et le soi physique et social lors des sept derniers jours (H4) et à partir des quinze derniers jours (H5) du suivi initial de 70 jours prédit le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC ont été vérifiées par les mêmes analyses statistiques précitées : des régressions linéaires et curvilinéaires

⁶ Sur le versant mathématique, une série temporelle est « une suite d'observations ($y_t \in T$) d'une variable y à différentes dates (t). Habituellement T est dénombrable, de sorte que $t=1...T$ ». En pratique, « une série temporelle est tout ce qui est chiffrable et varie en fonction du temps » (Chevillon, 2004, p.7). Une série temporelle est donc toute suite d'observations répétées correspondant à la même variable y (Makridakis, Wheelwright et Hyndman, 1998).

multiples. Dans ces analyses statistiques, les variables indépendantes étaient : les observations des séries temporelles quotidiennes au jour J70, J69, ... J64 (H4) ou la moyenne hebdomadaire des observations des séries temporelles à la semaine S10, S9, ... S1 (H5), obtenues pour chaque dimension du concept de soi (e.g. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, le soi social lié à la famille autre que les parents, le soi social lié aux ami(e)s et le soi social lié aux parents). Les variables dépendantes étaient le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70.

De même que pour la troisième hypothèse (H3) précitée, deux types d'analyses de régression ont été menés en fonction des variables de contrôle liées à H4 et H5. Tout d'abord, lorsque la variable dépendante était le score total de l'EDI-A-24 à J70, seul l'IMC à J0 a été contrôlé. A l'inverse lorsque la variable dépendante était l'IMC à J70, seul le score total de l'EDI-A-24 à J0 a été contrôlé. Puis ces analyses ont été reproduites en contrôlant à la fois l'IMC et l'EDI-A-24 à J0. Les effets d'interaction (i.e. entre chaque variable indépendante et le statut des participantes) ont également été vérifiés d'une manière identique à celle utilisée pour les hypothèses précédentes (H1, H2 et H3).

En définitive, le(s) prédicteur(s) les plus robuste(s) du score total de l'EDI-A-24 ou de l'IMC a ou ont été finalement identifié(s) dans sept modèles de régression incluant chacun le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC comme variables de contrôle et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC comme variable dépendante. En l'occurrence, les variables indépendantes diffèrent d'un modèle de régression à l'autre: a) le modèle 1 inclut l'estime globale de soi; b) le modèle 2 inclut la valeur physique perçue; c) le modèle 3 inclut l'apparence physique perçue; d) le modèle 4 inclut le soi social lié à la famille autre que les parents; e) le modèle 5 inclut le soi social lié aux ami(e)s; f) le modèle 6 inclut le soi social lié aux parents; et g) le modèle final inclut tous les prédicteurs significatifs des modèles 1 à 6. Une fois de plus, les modèles 1 à 5 ont été reproduits afin de vérifier l'interaction possible entre le prédicteur et le statut, de même que l'effet curvilinéaire possible du prédicteur, avant l'estimation du modèle final.

6.3.2. Sixième et septième hypothèses

6.3.2.1. Analyses préliminaires : analyses descriptives, comparaison et matrice de corrélation

Chaque variable indépendante des sixième et septième hypothèses (H6 et H7) a fait l'objet d'analyses descriptives préliminaires. Concernant la sixième hypothèse (H6), le niveau des séries temporelles de chaque dimension du concept de soi (e.g. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, soi social lié à la famille autre que les parents, soi social lié aux ami(e)s et soi social lié aux parents) a été calculé en effectuant la moyenne des 70 observations de la série temporelle relative à chacune des six dimensions du concept de soi de chaque participante. Concernant la septième hypothèse (H7), les indices d'instabilité des séries temporelles de chaque dimension du concept de soi ont été calculés en effectuant l'écart type, l'étendue et la moyenne des séries différenciées des 70 observations de la série temporelle relative à chacune des six dimensions du concept de soi pour chaque participante. La moyenne des séries différenciées correspond à la moyenne de chaque différence entre deux observations consécutives de la série temporelle brute. Cette différence (i.e. en valeur absolue) est obtenue en soustrayant la valeur actuelle x_t à la valeur précédente x_{t-1} de la série temporelle. Dans le cas de la moyenne des séries différenciées, les observations manquantes des séries temporelles n'ont pas pu être remplacées par l'interpolation des points adjacents du logiciel Statistica 6. Les observations de la série brute ont été remplacées par le terme « valeur manquante » afin que la nouvelle série différenciée ne prenne pas en compte dans son calcul les observations manquantes de la série brute.

Les moyennes de la moyenne, de l'écart type, de l'étendue et de la moyenne des séries différenciées des séries temporelles des participantes sans TCA et des patientes anorexiques ont été comparées à l'aide d'un t de Student en appliquant une correction de Bonferroni (permettant de corriger la multiplicité des comparaisons impliquant les mêmes moyennes).

Une matrice de corrélation établie entre les niveaux, les écart types, les étendues et les moyennes des séries différenciées des séries temporelles de chaque dimension du concept de soi des participantes (voir Tableau 79, Annexe BK), a également permis de vérifier si le postulat de multicolinéarité présent dans les données était acceptable (i.e. à partir d'un r de Pearson < 0.700).

6.3.2.2. Analyses principales : régression simple et multiple

Les sixième et septième hypothèses (H7 et H8) proposant que la sévérité des symptômes anorexiques (i.e. EDI-A-24 et l'IMC) diminue avec le niveau et les indices d'instabilité de l'estime globale de soi et le soi physique et social ont été vérifiées par des analyses statistiques identiques aux précédentes : des régressions linéaires et curvilinéaires multiples. Dans les analyses statistiques, les variables indépendantes étaient : le niveau (H6) et les indices d'instabilité (H7) des séries temporelles obtenues pour chaque dimension du concept de soi précitée. Les variables dépendantes étaient : le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC au jour J70. Les effets d'interaction (i.e. entre chaque variable indépendante et le statut des participantes) ont également été testés.

En définitive, le(s) prédicteur(s) le(s) plus robuste(s) du score total de l'EDI-A-24 ou de l'IMC a ou ont été finalement identifié(s) dans cinq modèles de régression incluant chacun le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC comme variables de contrôle et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC comme variable dépendante. En l'occurrence, les variables indépendantes diffèrent d'un modèle de régression à l'autre : a) le modèle 1 inclut la moyenne d'une dimension du concept de soi, b) le modèle 2 inclut la moyenne et l'écart type d'une dimension; c) le modèle 3 inclut la moyenne et l'étendue d'une dimension; d) le modèle 4 inclut la moyenne et la moyenne des séries différenciées d'une dimension du concept de soi; et enfin(e) le modèle final inclut la moyenne d'une dimension du concept de soi et tous les prédicteurs significatifs des modèles 1 à 4. Une fois de plus, les modèles 1 à 4 ont été reproduits afin de vérifier les effets curvilinéaires et d'interactions possibles.

6.3.3. Huitième hypothèse

6.3.3.1. Analyses préliminaires : ARIMA

La huitième et dernière hypothèse de ce volet idiographique à 70 jours a nécessité le recours à des analyses préliminaires de modèles autorégressifs intégrés à moyenne mobile ou *Auto Regressive Integrated Moving Average* (ARIMA de Box et Jenkins, 1976; Granger et Joyeux, 1980; Hoskins, 1981). Au regard de l'exhaustivité et de l'utilisation peu commune de ces analyses dans le champ des sciences humaines, les paragraphes suivants s'attarderont à définir les modèles ARIMA et à préciser les étapes de leur modélisation.

L'objectif des procédures ARIMA est de déterminer la façon dont chaque valeur de la série temporelle dépend de la valeur précédente puis de tenter d'inférer le processus psychologique soulignant l'évolution temporelle de la série (Delcor *et al.* 2003 ; Spray & Newell, 1986) Ainsi, les modèles ARIMA permettent a) de décrire, b) d'expliquer et c) de prévoir une série temporelle mesurant un construit (psychologique dans le cas présent) au cours du temps (Makridakis, Wheelwright & Hyndman, 1998). Tout d'abord, la perspective descriptive identifie le profil d'une série temporelle en décomposant la part déterministe (i.e. ensemble de composantes régulières, identifiables et donc prévisibles avec exactitude) de la part stochastique (i.e. part aléatoire qui incombe au « bruit », c'est-à-dire à l'erreur de mesure ou au hasard). Ensuite, la perspective explicative met en lumière le fonctionnement dynamique des données ou observations dans le temps. Et enfin, la perspective prévisionnelle extrapole les données passées dans le futur. Les modèles ARIMA reposent sur un processus a) non stationnaire, b) linéaire et c) à mémoire courte. Premièrement, l'analyse ARIMA modélise des séries temporelles dont une des principales caractéristiques est d'être non stationnaire. Une série temporelle se définit comme non stationnaire si ses observations ne sont pas stables autour de sa moyenne. Par exemple, une série temporelle qui croît sur l'ensemble des observations mettant en exergue une « tendance » ou qui présente un comportement relativement « saisonnier » est non stationnaire. Deuxièmement, un processus linéaire sous entend que les ARIMA modélisent des séries temporelles dont la partie stochastique (ou aléatoire) suit

une distribution normale. Cette caractéristique se traduit mathématiquement par le fait que les termes relatifs aux trois processus (p,d,q) décrits ultérieurement, prennent des valeurs entières. Troisièmement, les modèles ARIMA sont à mémoire courte, ce qui sous tend l'idée que l'effet d'un choc sur la série temporelle à un instant donné n'est pas durable et n'affecte donc pas son évolution future. Les modèles ARIMA incluent trois types de processus mathématiques indiqués sous la forme (p,d,q). L'autorégression d'ordre p, notée AR(p) suppose que chaque observation est prédite par la somme pondérée d'un ensemble d'observations précédentes plus un terme d'erreur aléatoire selon l'équation $y_t = \mu + \phi y_{(t-1)} + \varepsilon_t$ où y_t est l'observation au temps t , μ la moyenne de la série temporelle, ϕ le coefficient d'autorégression, $y_{(t-1)}$ la valeur de l'observation au temps $t-1$ et ε_t , l'erreur de l'observation au temps t . La différenciation d'ordre d, notée I(q) suppose que chaque observation présente une différence constante avec l'observation précédente selon l'équation $y_t = \mu + y_{(t-1)} + \varepsilon_t$ où y_t est l'observation au temps t , μ est cette différence constante entre chaque observation (i.e. la pente de la série temporelle ou encore sa moyenne en évolution), $y_{(t-1)}$ la valeur de l'observation au temps $t-1$ et ε_t , l'erreur de l'observation au temps t . La moyenne mobile d'ordre q, notée MA(q) suppose que chaque observation est fonction des erreurs entachant les observations précédentes plus sa propre erreur selon l'équation $y_t = \mu - \theta \varepsilon_{(t-1)} + \varepsilon_t$ où y_t est l'observation au temps t , μ la moyenne (stable ou en évolution dans le cas d'un modèle avec différenciation) de la série temporelle, θ le coefficient de la moyenne mobile, $\varepsilon_{(t-1)}$, l'erreur de l'observation au temps $t-1$ et ε_t , l'erreur de l'observation au temps t . En d'autres termes, un processus comportant une moyenne mobile (q) signifie que les fluctuations de la série temporelle autour de sa moyenne qui peut évoluer ou non dans le temps (selon la présence ou l'absence d'un processus de différenciation d'ordre (d) sont elles-mêmes intégrées au modèle. En ce qui concerne le coefficient de la moyenne mobile θ , il indique à quel point ces erreurs de mesure antérieures sont incorporées au modèle (i.e. à quel point les fluctuations ou « chocs » antérieurs laissent des traces au niveau du modèle) et laisse aussi présager de l'amplitude de ces fluctuations (i.e. un coefficient plus élevé indique une meilleure intégration et donc des fluctuations moins importantes).

Les valeurs que peuvent prendre les termes (p,d,q) indiquent le processus mathématique illustrant le type de fonctionnement de la série temporelle. Les modèles ARIMA peuvent ne rendre compte d'aucun des trois processus mathématiques précités. Dans ce cas précis, les termes (p,d,q) prennent la valeur de 0 (0,0,0) et le modèle ARIMA sous jacent correspond à une valeur de référence stable qui est la moyenne de la série temporelle, associée à des erreurs aléatoires d'amplitudes variées ou « bruit » selon l'équation $y_t = \mu + \varepsilon_t$ où μ est la constante et ε_t , l'erreur de l'observation au temps t . Les modèles de type (0,0,0) sont nommés des modèles de type « bruit blanc » et sont les seuls modèles ARIMA dans lesquels la série temporelle se comporte indépendamment de ses valeurs précédentes. Plus précisément, ce modèle est un système à l'état stationnaire où les mesures consécutives sont indépendantes les unes des autres et dont la moyenne de la série temporelle n'évolue pas dans le temps. A l'inverse, les modèles ARIMA peuvent rendre compte d'un type de processus mathématique précité comme a) le processus autorégressif (1,0,0) dont chaque observation est prédite par l'observation précédente pondérée plus un terme d'erreur aléatoire, b) le processus différencié (0,1,0) dont chaque observation présente une différence constante avec l'observation précédente plus un terme d'erreur aléatoire, et c) le processus à moyenne mobile (0,0,1) dont chaque observation est fonction de l'erreur entachant l'observation précédente plus sa propre erreur. Plusieurs processus mathématiques du même type [e.g. autorégressif de deuxième ordre (2,0,0)] ou une association de plusieurs types de processus mathématiques [e.g. à moyenne mobile avec une différenciation (0,1,1)] peuvent également être possible. Par exemple, le processus autorégressif de deuxième ordre (2,0,0) s'écrit selon l'équation $y_t = \mu + \phi_1 y_{(t-1)} + \phi_2 y_{(t-2)} + \varepsilon_t$. Ce modèle indique que chaque observation est prédite par une fraction de la somme des deux observations précédentes pondérées plus un terme d'erreur aléatoire. Plus rarement, a) le processus de différenciation de deuxième ordre (0,2,0) s'écrit selon l'équation $y_t = \mu + 2y_{(t-1)} - y_{(t-2)} + \varepsilon_t$ (indiquant que chaque observation est liée à une différence constante de la combinaison des deux observations précédentes pondérées plus un terme d'erreur aléatoire) et b) le processus de moyenne mobile de deuxième ordre (0,0,2) s'écrit selon l'équation $y_t = \mu - \theta_1 \varepsilon_{(t-1)} - \theta_2 \varepsilon_{(t-2)} + \varepsilon_t$ (indiquant que chaque

observation est prédite par une fraction des erreurs de mesure des deux observations précédentes pondérées plus un terme d'erreur aléatoire). Le processus à moyenne mobile avec une différenciation (0,1,1) s'illustre mathématiquement par l'équation $y_t = \mu + y_{(t-1)} - \theta \varepsilon_{(t-1)} + \varepsilon_t$. Ce modèle indique que chaque observation présente une différence constante avec l'observation précédente mais conserve aussi une « mémoire » de l'erreur de mesure liée à cette observation précédente plus sa propre erreur. Outre l'infinitude des possibles concernant les types et le nombre de processus mathématiques, les modèles ARIMA sont basés sur le concept de parcimonie [i.e. diminution du nombre de termes ou paramètres (p,d,q)]. Autrement dit, plus il y a de termes [e.g. (2,1,2)], plus les chances de se tromper dans la constitution du modèle sont nombreuses.

En pratique, la modélisation d'une série temporelle par l'analyse ARIMA, qui comprend trois étapes, est basée sur l'étude des fonctions d'autocorrélation (FAC) et des fonctions d'autocorrélation partielles. La fonction d'autocorrélation partielle est constituée par l'ensemble des coefficients d'autocorrélation. En effet, le calcul du coefficient d'autocorrélation rend compte du degré d'historicité entre une série temporelle et cette même série décalée k fois (*lag k*). Ce coefficient de corrélation de Bravais-Pearson (Kotz & Johnson, 1982) analyse les couples successifs de valeurs (x_t et x_{t+k}) pour un décalage d'ordre k . Les coefficients d'autocorrélation sont calculés pour des ordres allant de 0 à K , K étant le décalage maximum admissible (i.e. $K = n$ (nombre d'observations)/5, avec $n = 150$).

La première étape des procédures ARIMA est la détermination du nombre de différenciations à inclure dans le modèle afin d'évaluer la tendance générale de la série. La détermination du nombre de différenciations à inclure est basée sur l'examen graphique (i.e. nommés corrélogrammes) de la FAC de la série originale. Toutefois, il est rare d'utiliser une différenciation de second ordre (Box et Jenkins, 1976). Comme le montre la Figure 6, la présence d'autocorrélations significatives, positives et persistantes (supérieur à 10 décalages ou lag) implique la nécessité d'introduire au moins un terme de différenciation dans le modèle. Pour information, le corrélogramme met en évidence les coefficients d'autocorrélation significatifs de la fonction d'autocorrélation. Les lignes

verticales situées de chaque côté du zéro du corrélogramme indiquent le seuil de significativité à $p < .05$. Inversement, la présence d'une autocorrélation significative et négative au premier décalage suggère que la série temporelle a été sur-différenciée (i.e. le nombre de terme de différenciation inclus dans le modèle est trop élevé). Cette première étape permet l'estimation du paramètre d du modèle ARIMA. Si la série temporelle originale est stationnaire (i.e. présente une moyenne constante au cours du temps), aucune différenciation n'est nécessaire [cf. le modèle (0,0,0)]. Dans les autres cas, la série temporelle différenciée résultant de cette première étape est stationnaire; condition nécessaire pour l'étape suivante.

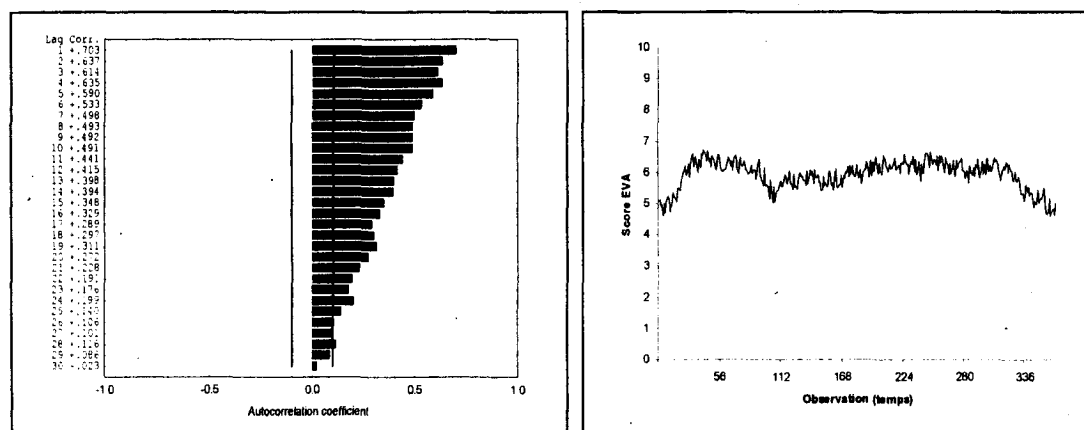


Figure 6. Corrélogramme d'auto corrélation d'une série temporelle non stationnaire et non différenciée

Le but de la seconde étape, à partir du corrélogramme de la FAC et FACP de la série temporelle (stationnarisée) permet d'identifier les termes d'autorégression et de moyenne mobile à inclure dans le modèle ARIMA. La signature typique d'un processus d'autorégression est une baisse progressive des décalages d'autocorrélation et une chute brutale des décalages d'autocorrélation partielle, qui présentent aussi un nombre limité de pics (i.e. coefficient d'autocorrélation) significatifs. Le nombre de pics significatifs d'autocorrélation partielle suggère le nombre de termes d'autorégression à intégrer dans le modèle. A l'inverse du processus d'autorégression, la signature typique d'un processus à moyenne mobile est une chute brutale des décalages d'autocorrélation présentant aussi un nombre limité de pics significatifs et une baisse progressive des

décalages d'autocorrélation partielle. Le nombre de pics significatifs d'autocorrélation, dans le cas présent, suggère le nombre de termes de moyenne mobile à intégrer dans le modèle.

Lors de la dernière étape, la validation des modèles obtenus son soumis à une évaluation aux critères multiples : a) chaque coefficient dans le modèle (e.g. θ et f) doit être significatif statistiquement, b) les résidus doivent représenter un processus à bruit blanc sans dépendance temporelle, et c) l'écart type des résidus doit être plus faible que celui de la série original (Box et Jenkins, 1976). Il convient de noter que comparés à d'autres modes d'analyse de séries temporelles nécessitant cependant plus de mesures répétées (e.g. analyses fractales), les ARIMAs ont l'inconvénient de ne rendre compte que de dépendances à court terme et de processus linéaires mais ont l'avantage de ne nécessiter qu'un nombre limité d'observations (i.e. 50 et 500 mesures). Dans le cadre de cette thèse, les séries temporelles des six dimensions du concept de soi (e.g. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, soi lié à la famille autre que les parents, soi lié aux ami(e)s et soi lié aux parents) au cours des 70 jours de chaque patiente anorexique ont été modélisées par l'analyse ARIMA.

6.3.3.2. Analyses principales : régression linéaire et prédicteur catégoriel

La huitième hypothèse supposant que la sévérité des symptômes anorexiques est prédite en fonction de la dynamique du concept de soi, a été vérifiée par des analyses de régression linéaire incluant des variables catégorielles comme prédicteurs. A l'issue des modèles ARIMA obtenus, deux nouvelles variables indépendantes ont été créées afin de décrire la dynamique spécifique des séries temporelles de chaque participante. Ces variables sont représentées dans une équation de régression utilisant les variables dichotomiques ou *dummy*. Dans toutes ces analyses statistiques, la première variable dichotomique (D1) relative au type de dynamique d'une dimension du concept de soi a été conçue tel que le modèle ARIMA (0,0,0) soit codé 1 et les modèles ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) soient codés 0. La seconde variable dichotomique (D2) a été conçue tel que le modèle

ARIMA (x,0,0) soit codé 1 et les modèles ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) soient codés 0. Concrètement, la procédure de cotation utilisée positionne le modèle ARIMA (0,1,x) comme modèle de référence d'un point de vue statistique. Au-delà du coefficient de régression standardisé (β), le coefficient non standardisé (b) associé à chaque variable dichotomique reflète alors la différence de moyenne obtenue entre ce groupe et le groupe codé 1 (Jaccard & Turrisi, 2003). Par exemple, si le coefficient de la première variable dichotomique (D1) est égal à -1.00, cela signifie que les participantes présentant un modèle ARIMA (0,0,0), ont en moyenne, un score plus faible d'1 unité sur la variable dépendante que celui des participantes présentant un modèle ARIMA (0,1,x). Notons que les analyses préliminaires (abordées ultérieurement), n'ont identifié que trois types de dynamiques [i.e. modèles ARIMA (0,0,0), (0,1,x) et (x,0,0)] sans quoi il eut été nécessaire de créer davantage de variables dichotomiques.

Ainsi, dans les modèles de régression, les variables indépendantes sont : les variables dichotomiques relatives au type de dynamique du concept de soi (i.e. -estime globale de soi, -valeur physique perçue, -apparence physique perçue, -soi social lié aux membres de la famille autres que les parents, - soi social lié aux ami(e)s et - soi social lié aux parents). Les variables dépendantes sont : le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC. Les variables de contrôle sont le score de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0. De plus, les interactions entre les variables indépendantes et le statut des adolescentes et des jeunes filles (participantes sans TCA versus patientes anorexiques) ont également été testées.

6.4. Suivi complet de 140 jours

6.4.1. Suivi complet de 140 jours : volet quantitatif

6.4.1.1. Analyses préliminaires 1: évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi

Avant de vérifier la neuvième hypothèse, l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet (140^{ème} jour) a été établie à partir de deux critères d'évolution: l'index de symptômes de l'EDI-A-24 (i.e. regroupant les échelles de désir de minceur, de boulimie et d'insatisfaction corporelle) et le poids. Concernant l'index de symptômes de l'EDI-A-24, l'index de changement

significatif (ou *Reliable Change Index*, *RCI*, Jacobson et Truax, 1991) a été calculé auprès des 26 patientes anorexiques lors du 70^{ième} jour J70 selon la formule :

$$RCI = S_t \times 1.96 \times \sqrt{2}$$

$$\text{avec } S_t = \sigma \times \sqrt{1-r}$$

où S_t , l'erreur standard de mesure; σ , l'écart-type de l'index de symptômes; r : l'alpha de Cronbach. Le RCI obtenu était de 10,71. En d'autres termes, concernant le premier critère d'évolution psychologique et comportemental, l'index de symptômes de l'EDI-A-24 a été caractérisé selon trois modalités: inférieur à -10,71 (i.e. amélioration complète), compris dans l'intervalle [-10,71; +10,71] (i.e. stabilisation) et supérieur à +10,71 (i.e. aggravation complète). Le second critère d'évolution somatique a été établi à partir des recommandations de l'APA (2006) qui préconisent de fixer un gain de poids hebdomadaire compris entre 0,9 kg et 1,4 kg lors de l'intervention thérapeutique de l'anorexie mentale. Afin que ce second critère soit le plus restrictif possible, l'indice pondéral a été fixé à 1,4 kg dans le cadre de cette thèse. En d'autres termes, le poids a été caractérisé selon trois modalités : inférieur à -1,4 kg (i.e. aggravation complète), compris dans l'intervalle [-1,4 kg; +1,4 kg] (i.e. stabilisation) et supérieur à +1,4 kg (i.e. amélioration complète). Les scores obtenus aux index de symptômes de l'EDI-A-24 et le poids au dernier jour J140 ont été soustraits des valeurs notées au premier J1 du suivi complet de 140 jours pour chaque patiente anorexique afin de les comparer, pour la durée de ce suivi, à ces points de coupures. Les résultats aux deux critères d'évolution étaient ensuite associés pour former les types de l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet présentés dans le Tableau 15. Ainsi, l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet, communément trichotomique (i.e. favorable, intermédiaire et défavorable), comprenait jusqu'à six types d'évolution différents (i.e. amélioration complète, amélioration partielle, stabilisation, discordance, aggravation partielle, aggravation complète).

Tableau 15.

Types de l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet selon les résultats des deux critères d'évolution

Évolution du critère 1 \ Évolution du critère 2	Amélioration complète	Stabilisation	Aggravation complète
Amélioration complète	Amélioration complète	Amélioration partielle	Discordance
Stabilisation	Amélioration partielle	Stabilisation	Aggravation partielle
Aggravation complète	Discordance	Aggravation partielle	Aggravation complète

6.4.1.2. Analyses préliminaires 2 : corrélations croisées

Les corrélations croisées ont été appliquées pour tester l'association entre la série temporelle de l'apparence physique perçue (dont le choix, inhérent à l'ensemble des résultats de cette thèse, sera discuté ultérieurement) et celles des symptômes anorexiques de chaque patiente anorexique. Les corrélations croisées ou *cross-correlations* sont basées sur les mêmes procédés statistiques que les autocorrélations, à l'exception du fait que les corrélations croisées concernent deux séries temporelles différentes et non pas la même série temporelle. Le coefficient de corrélation croisée rend compte du degré de l'historicité entre deux séries temporelles. La valeur de ce coefficient traduit dans ce cas le degré ou la force d'association entre deux séries temporelles X_t et Y_t , où X_t est décalé de k observations (*lag k*). Le signe du coefficient de corrélation croisée indique le sens de cette association. Si le coefficient de corrélation croisée est positif, la série X_t évolue dans le même sens que la série Y_t ou inversement, si le coefficient de corrélation croisée est négatif. De la même façon, le signe du décalage k (*lag k*) indique la direction de cette association. Si le décalage k est positif, lorsque que la série X_t et la série Y_t sont respectivement les variables indépendantes et dépendantes, alors la série X_t précède la série Y_t ou inversement si le décalage k est négatif. En définitive, les coefficients de corrélation croisée (positifs ou négatifs) peuvent être calculés pour un nombre de décalages positifs ou négatifs (selon le nombre d'observations de la série temporelle). L'ensemble des coefficients de corrélation croisée représente une fonction de corrélation croisée. A l'image du sens, de la direction et de la longueur d'un vecteur (\overline{AB}), la fonction de corrélation croisée permet ainsi d'estimer le sens (i.e. le signe du coefficient de corrélation croisée), la direction (i.e. le signe du décalage) et la force (i.e. la valeur du coefficient de corrélation croisée) des relations observées. Tout comme la

fonction d'autocorrélation, une fonction de corrélation croisée est également interprétée au travers d'un corrélogramme qui met en évidence la significativité des coefficients de corrélation croisée. Les lignes verticales placées de chaque côté du zéro indiquent le seuil de significativité à $p < .05$. Même si la fonction de corrélation croisée ne peut être interprétée comme une influence au sens statistique du terme, elle a l'avantage de déterminer l'association d'une série sur l'autre s'exerçant selon un certain délai temporel (Fortes, 2003).

Dans le cadre de cette thèse, les analyses de corrélation croisée ont permis d'associer la série temporelle de l'apparence physique de chaque patiente anorexique à leurs trois séries temporelles de l'échelle constituant l'index de symptômes de l'EDI-A-24 (i.e. désir de minceur, boulimie et insatisfaction corporelle) au cours des 140 jours successifs.

6.4.1.3. Analyses principales : test d'association (χ^2)

La neuvième hypothèse, qui envisage un lien entre l'évolution des patientes anorexiques en fin de suivi complet et la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques, a été vérifiée par un test d'association du Chi-Carré (χ^2). En effet, à l'issue des analyses de corrélations croisées, un coefficient maximal significatif et son décalage k respectif ont été obtenus pour chaque patiente et pour chaque type d'association des séries temporelles (i.e. apparence physique perçue et désir de minceur; apparence physique perçue et boulimie et apparence physique perçue et insatisfaction corporelle). Tous les coefficients de corrélation croisée d'une même association ont été répartis en fonction de leur significativité, du signe du décalage k (i.e. lag positif, lag 0, lag négatif) et des types d'évolutions en fin de suivi représentés (e.g. aggravation complète, aggravation partielle, stabilisation, discordance, amélioration complète et amélioration partielle). En définitive, trois tests d'association du χ^2 auront été effectués afin d'associer la classification des patientes obtenue par les points de coupure à celle obtenue par les résultats des analyses de corrélation croisée (un par type de symptôme soit désir de minceur, boulimie, et insatisfaction corporelle)

6.4.2. Suivi complet de 140 jours : volet qualitatif

6.4.2.1. Analyse préliminaire : variabilité de la série temporelle

Concernent le volet qualitatif, une patiente anorexique par type d'évolution en fin de suivi a été choisie aléatoirement. Pour chaque patiente anorexique sélectionnée, la moyenne des séries différenciées de l'apparence physique perçue respective est utilisée comme le seuil correspondant aux variabilités significatives de la série temporelle brute. Tous les numéros des jours relatifs aux différences entre la valeur actuelle x_t à la valeur précédente x_{t-1} de la série temporelle brute supérieure à la moyenne des séries différenciées, ont été relevés. Puis les zones d'impressions personnelles des carnets de suivi correspondant à ces jours ont été retranscrites et ont servi de contenu à l'analyse qualitative.

6.4.2.2. Analyse principale qualitative : cinq cas cliniques

La dixième hypothèse suggérant que la catégorie des événements personnels et sociaux rapportés dans le carnet de suivi par les patientes anorexiques diffère en fonction de l'évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques de ces patientes au jour J140, a été vérifiée par une analyse de type thématique « mixte⁷ ». Au cours d'une première étape (ou pré-analyse), une liste de thèmes et de sous-thèmes correspondant à tous les facteurs pronostiques de l'anorexie mentale issus de la littérature scientifique a été établie selon une démarche déductive. Ensuite, une lecture « flottante » de toutes les zones d'impressions personnelles rapportées par les patientes anorexiques retenues a permis l'élaboration de thèmes et de sous-thèmes naissants et complémentaires à ceux déduits de la littérature scientifique, selon une démarche inductive. Une seconde étape (ou exploitation du matériel) consiste à appliquer la grille des thèmes et des sous-thèmes au corpus selon la sémantique de phrases ou de portions de phrase. Chaque phrase ou portion de phrase doit correspondre à un et un seul sous-thème puis être rapporté(e) dans la grille sous forme d'un tiret. La seconde étape a été assurée par deux analystes indépendamment l'un de l'autre afin d'enrichir la crédibilité et la validité de l'analyse. Ils avaient pour consigne de

⁷ Le terme mixte caractérise une approche déductive et inductive

ne pas rajouter d'autres thèmes ou sous-thèmes à la liste et de ne coder qu'un sous-thème par unité sémantique. A l'issue de cette étape, une session récapitulative avec un superviseur avait pour objectif de traiter et d'intégrer les divergences de résultats entre les deux analystes.

L'analyse qualitative a permis d'identifier deux catégories d'évènements : les évènements personnels et les évènements sociaux. Pour chaque cas clinique, le nombre d'évènements dans chaque catégorie a été comptabilisé afin de déterminer la fréquence et le pourcentage d'apparition pour chacun d'entre eux.

SIXIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS NOMOTHÉTIQUES DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS

1. PRÉALABLE : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PARTICIPANTES

1.1. Données liées à la taille et au poids

Les données liées à la taille et au poids des participantes ont été mesurées au jour J0 et au jour J70. Concernant les données liées à la taille et au poids au jour J0, les résultats obtenus au *t* de Student ne mettent en évidence aucune différence significative relatives à la taille moyenne entre le groupe contrôle et le groupe clinique [contrôle : $M = 1,65$ m (é.-t. = 0.06), clinique : $M = 1,64$ m (é.-t. = .07); $t = -0.53$, $df = 47$, $p = .600$]. En revanche, les patientes anorexiques présentent un poids moyen plus faible que celui des participantes sans TCA [patientes : $M = 42,32$ kg (é.-t. = 5.07) et participantes sans TCA : $M = 54,02$ kg (é.-t. = 6.85); $t = 6.85$, $df = 47$, $p < .001$]. De même, concernant les données liées à la taille et au poids au jour J70, les résultats obtenus au *t* de Student ne mettent en évidence aucune différence significative relative à la taille moyenne entre le groupe contrôle et le groupe clinique [contrôle : $M = 1,65$ m (é.-t. = .06), clinique : $M = 1,64$ m (é.-t. = .08); $t = -0.43$, $df = 47$, $p = .670$], mais révèlent une fois de plus que les patientes anorexiques présentent un poids moyen plus faible que celui des participantes sans TCA [patientes : $M = 43,58$ kg (é.-t. = 5.17) et participantes sans TCA : $M = 54,01$ kg (é.-t. = 6.21); $t = 6.41$, $df = 47$, $p < .001$].

De plus, concernant les participantes sans TCA, le *t* de Student montre que les poids moyens au jour J0 et au jour J70 ($\text{poids}_{J0} = 54,02$ kg et $\text{poids}_{J70} = 54,01$ kg) ne sont pas significativement différentes ($t = 0.20$, $df = 22$, $p = .984$). En contrepartie, concernant les patientes anorexiques, le *t* de Student montre que le poids moyen a significativement augmenté ($t = -0.59$, $df = 25$, $p = .016$) entre le jour J0 et le jour J70 ($\text{poids}_{J0} = 42,32$ kg et $\text{poids}_{J70} = 43,58$ kg). Quant à elles, les tailles moyennes des participantes sans TCA ($\text{taille}_{J0/J70} = 1,64$) et des patientes anorexiques ($\text{taille}_{J0/J70} = 1,65$) n'ont pas changé significativement entre J0 et J70

(participantes sans TCA : $t = -1,14$, $df = 22$, $p = .266$ et anorexiques : $t = 1.00$, $df = 25$, $p = .327$).

1.2. Diagnostic clinique

Le diagnostic d'anorexie mentale a été mesuré (cf. QEDD) au jour J0 et au jour J70 auprès des patientes anorexiques. La comorbidité psychiatrique des participantes anorexiques a été évaluée au jour J70 exclusivement (cf. MINI-FU). Au regard des critères d'inclusion des participantes décrits dans le chapitre « Méthode », le diagnostic d'anorexie mentale et la comorbidité psychiatrique actuelle ne concernent que les patientes anorexiques. Ainsi, la comorbidité psychiatrique passée sera exclusivement présentée pour des participantes sans TCA à l'inverse des patientes anorexiques.

Concernant les participantes sans TCA, les instruments de mesure ont révélé cinq types de troubles psychiatriques passés (i.e. trois mois avant le début de l'étude), soit : a) un épisode dépressif majeur ($n = 2$), b) une agoraphobie ($n = 2$), c) une phobie sociale ($n = 1$), (d) un syndrome de stress post-traumatique ($n = 1$) et (e) un abus de drogue ($n = 1$).

Lors du jour J0, les patientes anorexiques présentent toutes le diagnostic d'anorexie mentale; excepté trois d'entre elles qui ne répondent pas au premier critère du DSM-IV puisque leur perte de poids était supérieure ou égale à 10 % du poids total mais inférieure à 15 %. Ces trois patientes ont été incluses dans cette étude car elles présentaient des scores très élevés à l'EDI-A-24 et au QEDD et ont été reconnues anorexiques cliniquement. L'anorexie mentale du type restrictif concerne 22 patientes et l'anorexie mentale du type boulimique avec purge concerne 4 patientes (voir Tableau 16). Lors du jour J70, les patientes anorexiques présentent toutes le diagnostic d'anorexie mentale; excepté pour une d'entre elles qui ne répond pas au premier critère puisque sa perte de poids était située entre 10 % et 15 % du poids total. L'anorexie mentale du type restrictif concerne 21 patientes et l'anorexie mentale du type boulimique avec purge concerne 5 patientes (voir Tableau 16). Comme le montre le Tableau 16, les principaux troubles issus de la comorbidité psychiatrique actuels qui ont été identifiés, sont

des épisodes dépressifs majeurs, un risque suicidaire de niveau léger, moyen et élevé, et des troubles anxieux.

Tableau 16.
Diagnostic clinique chez les 26 patientes anorexiques aux
jours J0 et J70

Trouble psychiatrique		N	
		J0	J70
TCA	Anorexie mentale Restrictif	22	21
	Boulimique-Purge	4	5
	Boulimie	0	0
Épisode dépressif majeur (avec mélancolie)		6	
Dysthymie		1	
Risque suicidaire		10	
Épisode (hypo)maniaque		2	
Troubles paniques		2	
Agoraphobie		2	
Phobie sociale		4	
Trouble obsessionnel-compulsif		3	
Stress post-traumatique		1	
Psychose		0	
Troubles anxieux		8	

Note : TCA : troubles du comportement alimentaire; N J0 : Nombre de patientes au jour J0; N J70 : Nombre de patientes au jour J70

2. SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : VOLET NOMOTHETIQUE

2.1. Normalité des données

L'analyse de l'asymétrie (*skewness*) et de l'aplatissement (*kurtosis*) des variables révèle qu'aux jours (J0 et J10), l'IMC (asymétrie_{J0} = 0.432, aplatissement_{J0} = -0.407; asymétrie_{J10} = 0.588, aplatissement_{J10} = -0.353), l'EDI (asymétrie_{J0} = 0.596, aplatissement_{J0} = -0.331; asymétrie_{J10} = 0.436, aplatissement_{J10} = -0.712), l'estime globale de soi (asymétrie_{J0} = 0.070, aplatissement_{J0} = -0.737; asymétrie_{J10} = -0.058, aplatissement_{J10} = -1.004), la valeur physique perçue (asymétrie_{J0} = 0.128, aplatissement_{J0} = -0.756; asymétrie_{J10} = 0.151, aplatissement_{J10} = -0.721), l'apparence physique perçue (asymétrie_{J0} = -0.232, aplatissement_{J0} = -0.921; asymétrie_{J10} = -0.083, aplatissement_{J10} = -1.262) et le soi social (asymétrie_{J0} = -0.276, aplatissement_{J0} = -0.690; asymétrie_{J10} = -0.239, aplatissement_{J10} = -0.710), montrent une distribution normale.

2.2. Comparaison EDI-A-24 et corrélation des variables indépendantes

Les résultats issus du test *t* de Student pour « échantillons indépendants » montrent que les variables dépendantes diffèrent significativement entre les participantes sans TCA et les patientes anorexiques. En effet, les patientes anorexiques présentent en moyenne des scores totaux de l'EDI-A-24 aux jours (J0 et J70) significativement plus élevés que les participantes sans TCA (EDI-A-24_{J0} = 63.81 vs EDI-A-24_{J0} = 32.65, $t = -6.81$, $df = 47$, $p = 0.000$; EDI-A-24_{J70} = 57.15 vs EDI-A-24_{J70} = 25.87, $t = -5.77$, $df = 47$, $p = 0.000$). A l'inverse, les patientes anorexiques présentent des IMC au jour (J0 et J10) significativement plus faibles que les participantes sans TCA (EDI-A-24_{J0} = 15.49 vs IMC_{J0} = 20.03, $t = 8.00$, $df = 47$, $p < .001$; IMC_{J70} = 15.96 vs IMC_{J70} = 20.17, $t = 4.57$, $df = 47$, $p < .001$).

Les corrélations entre les variables indépendantes utilisées comme prédicteurs (i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue et soi social) ou comme variables de contrôle (i.e. IMC et/ou score total de l'EDI-A-24 au jour J0 ou J10) relatives aux trois premières hypothèses du suivi initial de 70 jours sont rapportées dans le Tableau 17 (Annexe F). Une analyse de ces corrélations confirme la pertinence des variables de contrôle sélectionnées. Par ailleurs, le caractère fortement interrelié de l'estime globale de soi, de la valeur physique perçue et de l'apparence physique perçue au jour J0 comme au jour J70 justifie de les considérer dans des modèles d'analyse séparés. En effet, les coefficients supérieurs à 0.700 indiqueraient un problème de multicolinéarité potentiel, probablement intensifié par la faible taille de l'échantillon. Ainsi pour chaque hypothèse, les analyses de régression linéaire et curvilinéaire se décomposent en cinq modèles de régression par variable dépendante incluant chacun le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC comme variable(s) de contrôle, l'une des dimensions du concept de soi, et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC comme variable dépendante. Pour chacune des variables dépendantes, un modèle final inclut tous les prédicteurs significatifs des modèles précédents⁸. A titre informationnel, l'ensemble de ces

⁸ Il convient de noter que l'ensemble de ces modèles de régressions ont été testés en incluant les scores totaux de l'anxiété physique sociale et du perfectionnisme comme variables de

modèles de régression linéaire et curvilinéaire a été testé en incluant les scores totaux de l'anxiété physique sociale et du perfectionnisme comme variables de contrôle. Les résultats généraux montrent que toutes les dimensions du concept de soi (i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue et soi social) prédisent le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au-delà des scores totaux de l'anxiété physique sociale et du perfectionnisme.

Pour chaque hypothèse, les résultats des régressions linéaires, curvilinéaires et des effets d'interactions relatifs au score total de l'EDI-A-24 puis à l'IMC seront présentés.

2.3. Première hypothèse : prédiction au jour J0

Les résultats des régressions linéaires et curvilinéaires évaluant la relation entre le concept de soi et les symptômes anorexiques au jour J0 sont respectivement rapportés dans les Tableaux 18 et 19 (Annexes G et H).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'une seule variable indépendante indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.70$; $t = -6.52$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.59$; $t = -4.41$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.52$; $t = -3.86$; $p < .001$) et le soi social ($\beta = -0.41$; $t = -3.43$; $p < .001$) prédisent significativement et séparément le score total de l'EDI-A-24 quels que soient l'IMC au jour J0 et le statut des participantes. Dans le modèle final, seuls l'estime globale de soi ($\beta = -0.55$; $t = -2.74$; $p < .01$) et le soi social ($\beta = -0.25$; $t = -2.47$; $p < .05$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Les résultats des régressions curvilinéaires entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ne sont jamais significatifs quelle que soit la dimension du concept de soi considérée. De même, aucun effet d'interaction entre le statut et les dimensions du concept de soi n'est significatif, ce qui montre que l'effet des dimensions du concept de soi est le même pour les deux groupes de participantes.

contrôle additionnelles. Les résultats généraux montrent que l'ajout de ces contrôles s'avérait très rarement significatif et n'affectait aucunement les résultats obtenus. Ils ont donc été retirés des analyses afin de maximiser leur puissance statistique.

Concernant l'IMC au jour J0, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'une seule variable indépendante indiquent qu'aucune dimension du concept de soi ne prédit significativement et séparément l'IMC quel que soit le score de l'EDI-A-24 au jour J0. Les résultats des régressions curvilinéaires entre le concept de soi et l'IMC révèlent cependant que la valeur physique perçue ($\beta = -0.23$; $t = -2.51$; $p < .05$) présente une relation non-linéaire significative avec l'IMC. Cette relation est illustrée à la Figure 7. Aucun effet d'interaction significatif avec le statut n'est observé. Dans tous ces modèles de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative.

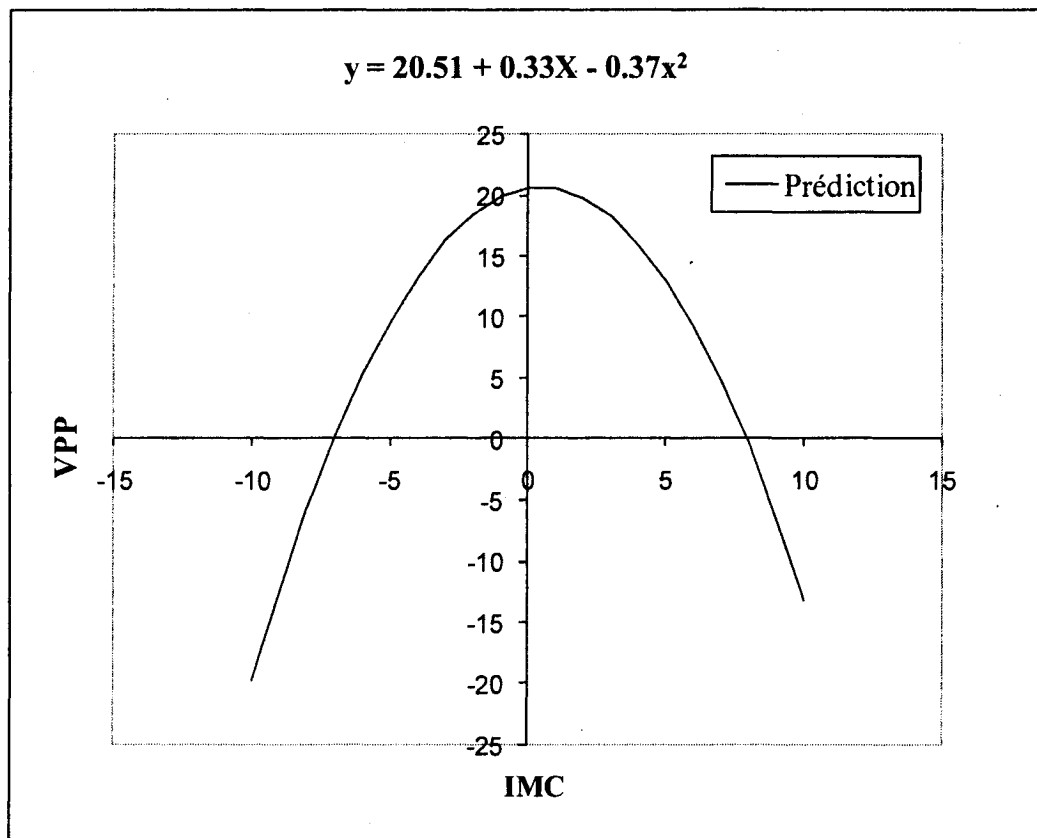


Figure 7. Relation entre la valeur physique perçue (VPP) et l'IMC au jour J0

2.4. Seconde hypothèse : prédiction au jour J70

Les résultats des régressions linéaires et curvilinéaires évaluant la relation entre le concept de soi et les symptômes anorexiques au jour J70 sont respectivement rapportés dans les Tableaux 20 à 22 (Annexes I à K).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'une seule variable indépendante indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.82$; $t = -7.80$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.44$; $t = -2.90$; $p < .01$) l'apparence physique perçue ($\beta = -0.57$; $t = -4.22$; $p < .001$) et le soi social ($\beta = -0.36$; $t = -2.64$; $p < .05$) prédisent significativement et séparément le score total de l'EDI-A-24 quel que soit l'IMC au jour J70 ou le statut des participantes. Dans les modèles de régression incluant la valeur physique perçue et le soi social, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative (modèle 2 : $\beta = 0.39$; $t = 2.08$; $p < .05$ et modèle 4 : $\beta = 0.61$; $t = 3.79$; $p < .001$). Dans le modèle final, seule l'estime globale de soi ($\beta = -0.65$; $t = -4.45$; $p < .001$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24 au delà de l'effet des variables de contrôle. Les résultats des régressions curvilinéaires entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ne sont jamais significatifs quelle que soit la dimension du concept de soi considérée. Aucun effet d'interaction significatif avec le statut n'est observé.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'une seule variable indépendante indiquent qu'aucune dimension du concept soi ne prédit significativement et séparément l'IMC, à l'exception du soi social ($\beta = 0.36$; $t = 3.10$; $p < .01$). Le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. Les résultats des régressions curvilinéaires révèlent qu'aucune dimension du concept de soi ne prédit l'IMC. Le Tableau 22 (Annexe M) montre un effet d'interaction entre le statut des participantes et le soi social ($\beta = -0.30$; $t = -2.20$; $p < .05$). Dans ce modèle, le statut des participantes est un modérateur de la relation entre le soi social et l'IMC. La décomposition de cette interaction révèle que le soi social prédit significativement l'EDI-A-24 exclusivement chez les participantes sans TCA (patientes : $a = 15.77$, $b = 0.61$, $p = .313$; participantes sans TCA : $a = 19.28$, $b = 2.51$, $p < .001$).

2.5. Troisième hypothèse : prédiction du jour J0 au jour J70

Les résultats des régressions linéaires et curvilinéaires évaluant la relation entre concept de soi au jour J0 et les symptômes anorexiques au jour J70 sont respectivement rapportés aux Tableaux 23 et 25 (Annexes L à N).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'une seule variable indépendante montrent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.63$; $t = -5.17$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.48$; $t = -3.22$; $p < .01$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.49$; $t = -3.46$; $p < .001$) et le soi social ($\beta = -0.39$; $t = -3.08$; $p < .01$) prédisent significativement et séparément le score total de l'EDI-A-24 au-delà des variables de contrôle. Ainsi, dans le modèle final, l'estime globale de soi ($\beta = -0.51$; $t = -2.21$; $p < .05$) et le soi social ($\beta = -0.25$; $t = -2.14$; $p < .05$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux autres variables de contrôle, les résultats indiquent qu'aucune dimension du concept de soi au jour J0 ne demeure significativement liée au score total de l'EDI-A-24. Les résultats des régressions curvilinéaires entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 ne sont jamais significatifs quelle que soit la dimension du concept de soi considérée. De même, aucune interaction n'est significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'une seule variable indépendante indiquent que le soi social au jour J0 est la seule dimension du concept de soi prédisant significativement l'IMC ($\beta = 0.31$; $t = 2.49$; $p < .05$). Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. L'inclusion de l'IMC au jour J0 comme contrôle additionnel ne change pas ces résultats ($\beta = 0.12$; $t = 2.21$; $p < .05$). Dans ces nouveaux modèles de régression, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative et rend l'effet du statut non significatif. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi au jour J0 et l'IMC au jour J70 ne sont pas significatifs quelle que soit la dimension considérée. De même, aucun effet d'interaction n'est significatif.

En définitive, lors du premier jour du suivi initial J0, toutes les dimensions du concept de soi et plus précisément l'estime globale de soi et le soi social prédisent linéairement et exclusivement le score total de l'EDI-A-24 quel que soit le statut des participantes. Seule la valeur physique perçue des participantes présente une relation non-linéaire avec l'IMC. Lors du dernier jour du suivi initial J70, toutes les dimensions du concept de soi et plus précisément l'estime globale de soi des participantes prédit linéairement le score total de l'EDI-A-24. Seul le soi social est un prédicteur de l'IMC et prédit davantage l'IMC des participantes sans TCA que celui des patientes anorexiques. Enfin, le concept de soi et plus précisément l'estime globale de soi et le soi social des participantes sont des prédicteurs de l'EDI-A-24 à court terme (i.e. 70 jours). Toutefois lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi au jour J0 ne demeure significativement liée au score total de l'EDI-A-24 au jour J70. Seul le soi social des participantes est un prédicteur de l'IMC à court terme et l'inclusion de l'IMC au jour J0 comme contrôle additionnel ne change pas ces résultats.

SEPTIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS IDIOGRAPHIQUES DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : PREMIER OBJECTIF

1. SUIVI DE 70 JOURS : VOLET IDIOGRAPHIQUE

1.1. Quatrième hypothèse : prédiction du jour J64 au jour J70

1.1.1. Corrélations des prédicteurs du jour J64 au jour J70

Les corrélations entre les variables indépendantes [i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, soi social lié à la famille autre que les parents, soi social lié aux ami(e)s et soi social lié aux parents] du 64^{ième} jour au 70^{ième} jour et celles entre les variable indépendantes et dépendantes sont rapportées dans les Tableau 26 et 27 (Annexes O et P). Le caractère fortement interrelié de l'estime globale de soi, de la valeur physique perçue et de l'apparence physique perçue lors des sept derniers jours du suivi initial de 70 jours justifie de les considérer dans des modèles d'analyse séparés. En effet, les coefficients supérieurs à 0.700 indiqueraient un problème de multicollinéarité potentiel. Ainsi, pour chaque jour de la quatrième hypothèse, les analyses de régression linéaire et curvilinéaire se décomposent en plusieurs modèles de régression incluant chacun le statut, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC comme variables de contrôle et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC comme variable dépendante. En l'occurrence, les variables indépendantes sont intégrées une à la fois dans les modèles de régression séparés et un modèle final inclut tous les prédicteurs significatifs des modèles précédents.

Pour chaque jour, les résultats des régressions linéaires relatifs au score total de l'EDI-A-24 au jour J70 seront tout d'abord présentés, lorsque l'IMC et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque le score total de l'EDI-A-24 est ajouté à ces deux variables de contrôle. Ensuite, les résultats des régressions linéaires relatifs à l'IMC au jour J70 seront présentés, lorsque le score total de l'EDI-A-24 et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté à ces variables de contrôle. Dans un souci de

synthèse, seuls les résultats significatifs des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC (i.e. lorsque les trois variables de contrôle sont incluses) feront l'objet d'une présentation détaillée. En effet, en ce qui concerne la prédiction de l'EDI-A-24, tous les résultats des régressions curvilinéaires sont non significatifs quelles que soient les variables contrôlées. Les effets d'interactions (i.e. dimension du concept de soi * statut des participantes), bien que testés, ne seront également pas présentés. Ils sont globalement non significatifs à deux exceptions près : a) celui de l'estime globale de soi sur le score total de l'EDI-A-24 au jour J69 et b) ceux de l'apparence physique perçue aux jours J64, J68 et J69 sur l'IMC et durant les sept jours consécutifs également sur l'IMC (lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables).

1.1.2. Prédiction au jour J64

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi au jour J64 et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 28 à 30 (Annexes Q à S).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire n'incluant qu'un seul prédicteur en plus des contrôles indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.28$; $t = -2.14$; $p < .05$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.32$; $t = -2.10$; $p < .05$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.45$; $t = -3.68$; $p < .001$) au jour J64 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.44$; $t = -2.71$; $p < .01$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi au jour J64 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue au

jour 64 ($\beta = -0.30$; $t = -2.51$; $p < .05$) prédit significativement l'IMC quel que soit le score de l'EDI-A-24 au jour J0. Dans tous ces modèles de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi ne prédit significativement l'IMC. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC montrent que le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.17$; $t = -3.15$; $p < .01$) présente une relation non-linéaire significative avec l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Cette relation est illustrée à la Figure 8.

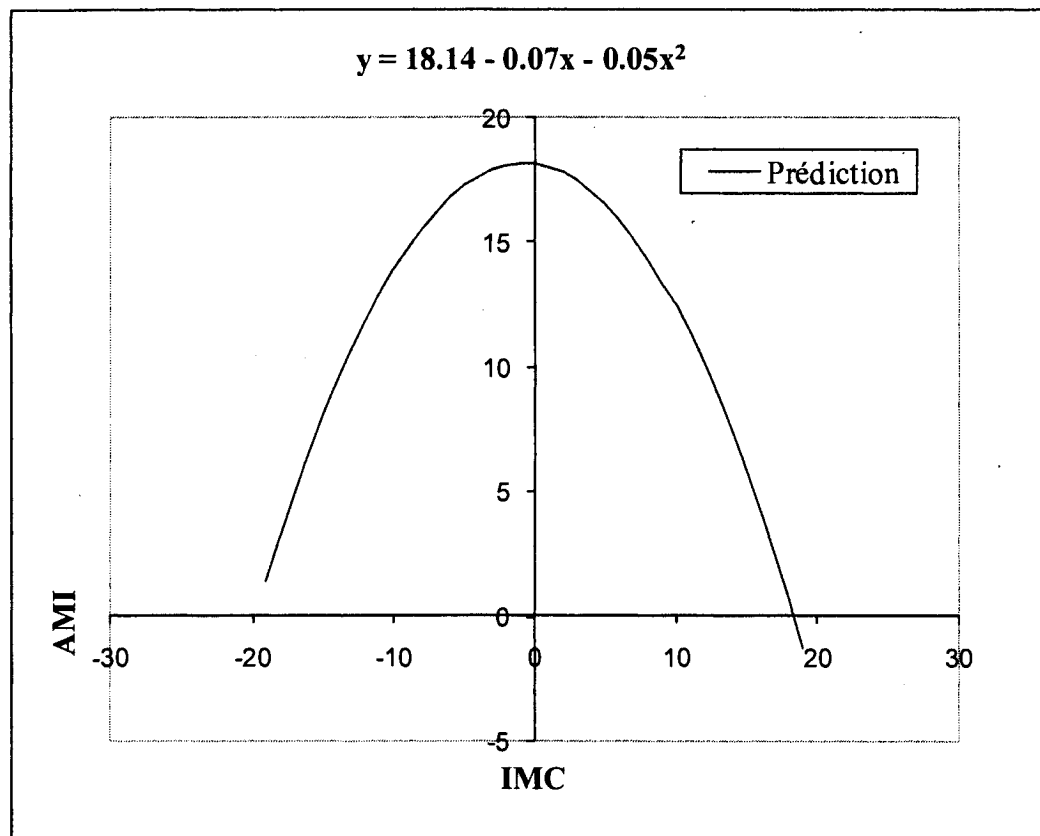


Figure 8. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J64

1.1.3. Prédiction au jour J65

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les

dimensions du concept de soi au jour J65 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 31 à 33 (Annexes T et V).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.49$; $t = -3.79$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.46$; $t = -3.18$; $p < .01$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.57$; $t = -4.96$; $p < .001$) au jour J65 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.46$; $t = -2.63$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté comme variable de contrôle, l'apparence physique perçue ($\beta = -0.20$; $t = -2.38$; $p < .05$) est la seule dimension du concept de soi au jour J65 qui prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est significatif.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue au jour 64 ($\beta = -0.37$; $t = -3.02$; $p < .05$) prédit significativement l'IMC quel que soit le score de l'EDI-A-24 au jour J0. Dans tous ces modèles de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi ne prédit significativement l'IMC. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC montrent que le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.21$; $t = -2.67$; $p < .05$) présente une relation non-linéaire significative avec l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC est la seule variable de contrôle significative. Cette relation est illustrée à la Figure 9.

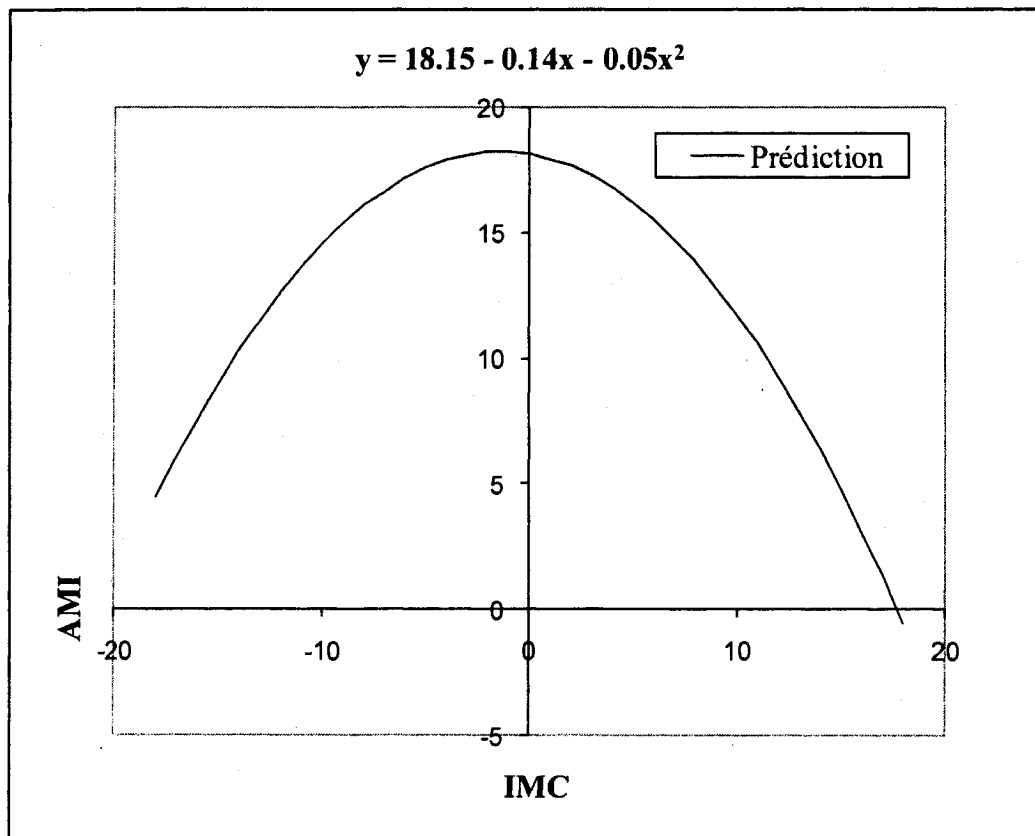


Figure 9. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J65

1.1.4. Prédiction au jour J66

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi au jour J66 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 34 à 36 (Annexes W à Y).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.31$; $t = -2.58$; $p < .01$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.47$; $t = -3.86$; $p < .001$) au jour J66 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.46$; $t = -2.66$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle qui est significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi au jour J66 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-

24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est significatif.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi au jour J66 ne prédit significativement l'IMC. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, le soi social lié à la famille autre que les parents ($\beta = -0.09$; $t = -1.46$; $p < .05$) est la seule dimension du concept de soi au jour J66 qui prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est significatif. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi au jour J66 et l'IMC montrent que seul le soi social lié à la famille autre que les parents ($\beta = 0.12$; $t = 2.05$; $p < .05$) présente une relation non-linéaire significative avec l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC est la seule variable de contrôle significative. Cette relation est illustrée à la Figure 10.

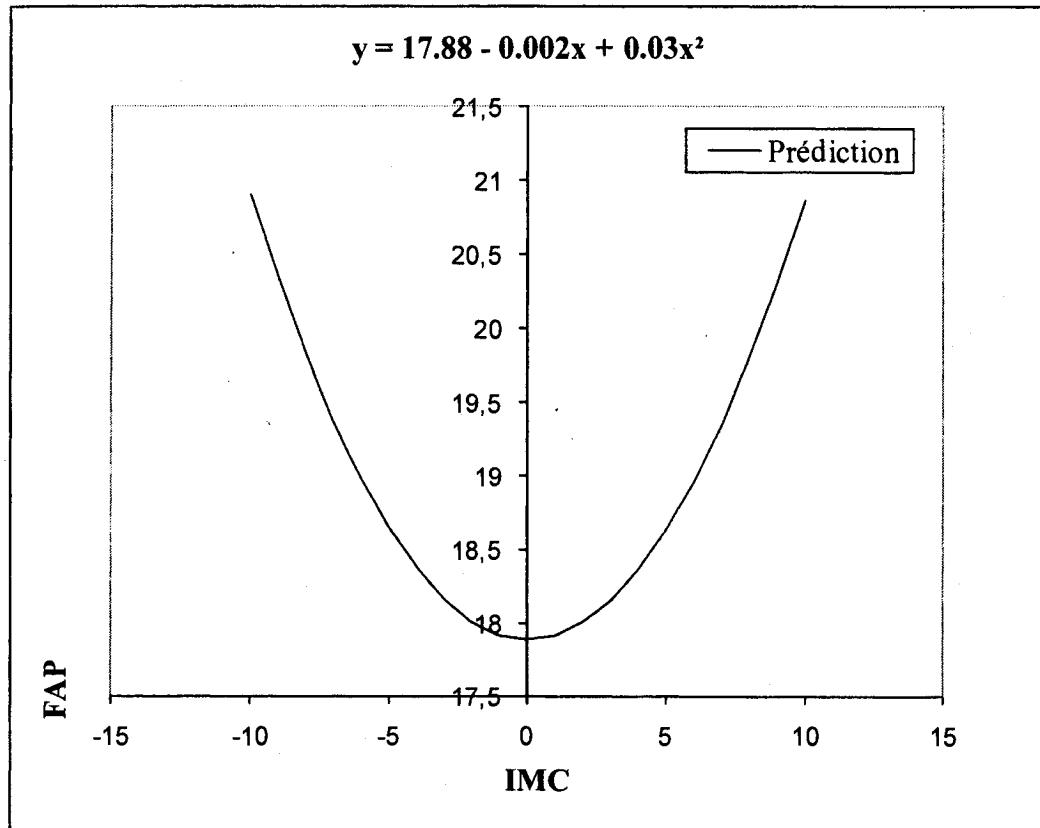


Figure 10. Relation entre le soi social lié à la famille autre que les parents (FAP) et l'IMC au jour J66

1.1.5. Prédiction au jour J67

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi au jour J67 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 37 à 39 (Annexes Z à AB).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.44$; $t = -3.33$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.33$; $t = -2.32$; $p < .05$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.39$; $t = -3.28$; $p < .01$) au jour (J67) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seules l'estime globale de soi ($\beta = -0.53$; $t = -2.69$; $p < .01$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.32$; $t = -2.09$; $p < .05$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi au jour J67 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est significatif.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi au jour J67 ne prédit significativement l'IMC. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, la valeur physique perçue ($\beta = 0.12$; $t = 2.07$; $p < .05$) et le soi social lié à la famille autre que les parents ($\beta = -0.09$; $t = -2.07$; $p < .05$) au jour J67 prédisent significativement l'IMC. Dans le modèle final, les deux dimensions du concept de soi (valeur physique perçue : $\beta = 0.22$, $t = 3.42$, $p < .01$; et soi social lié à la famille autre que les parents : $\beta = -0.08$, $t = -2.11$, $p < .05$) prédisent significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi au jour J67 et l'IMC montrent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.11$; $t = -2.64$; $p < .05$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.08$; $t = -2.18$; $p < .05$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.23$; $t = -3.42$; $p < .001$) présentent des relations non-linéaires

significatives avec l'IMC. Ces relations sont illustrées aux Figures 11 à 13, respectivement. Dans le modèle final, seul le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.18$; $t = -2.33$; $p < .01$) prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

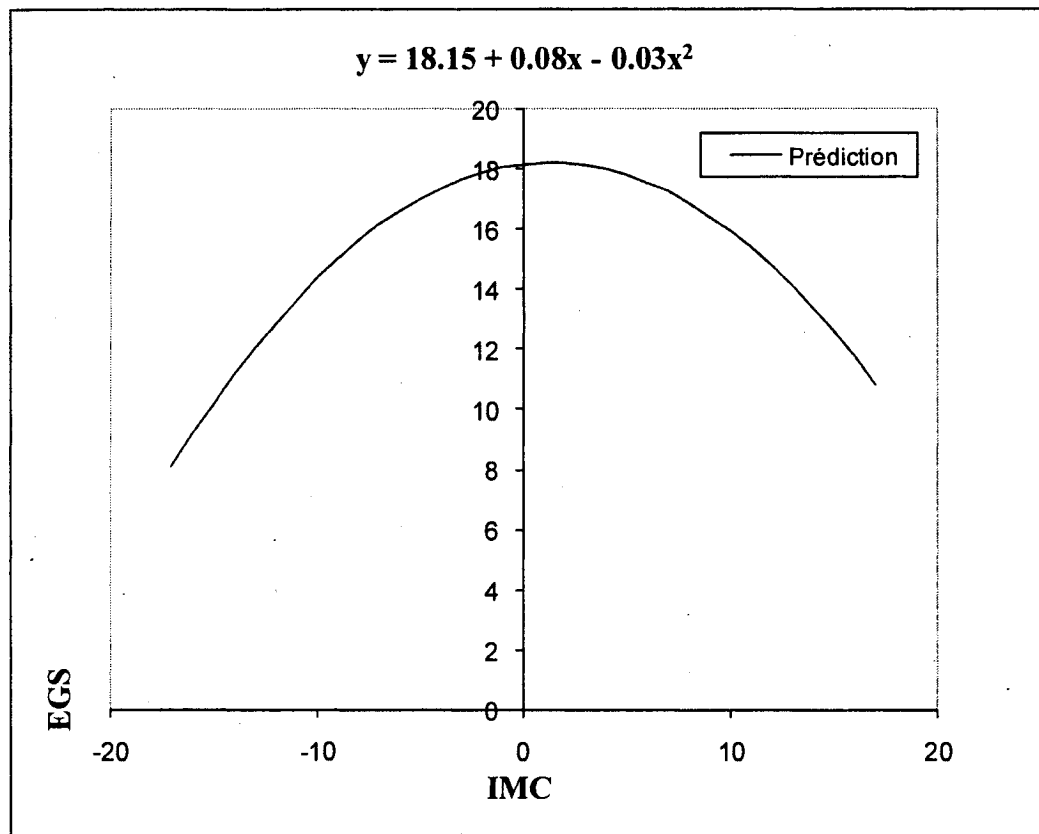


Figure 11. Relation entre l'estime globale de soi (EGS) et l'IMC au jour J67

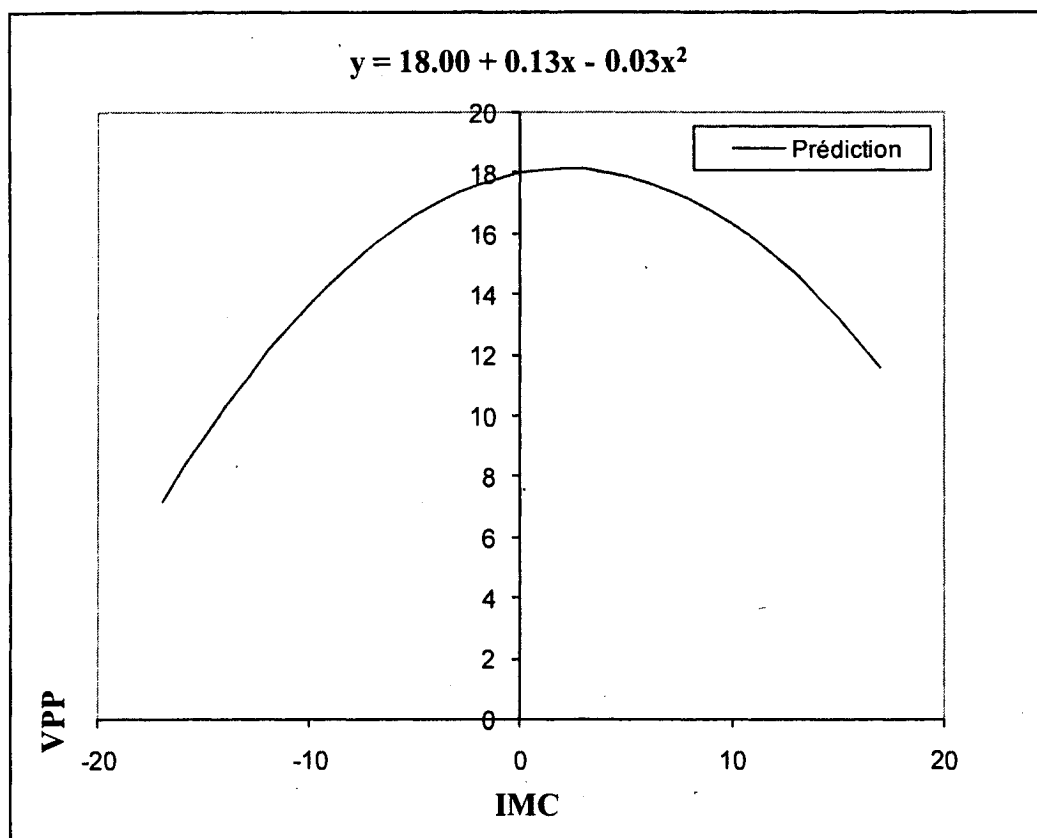


Figure 12. Relation entre la valeur physique perçue (VPP) et l'IMC au jour J67

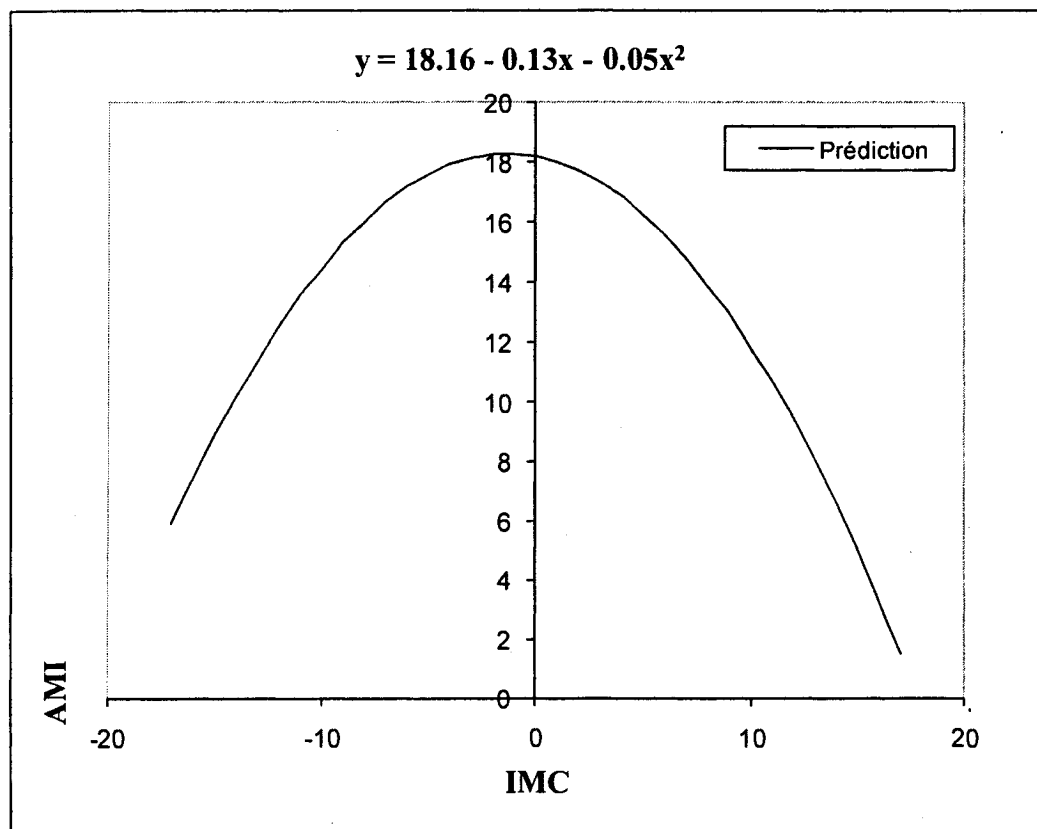


Figure 13. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J67

1.1.6. Prédiction au jour J68

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi au jour J68 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 40 à 42 (Annexe AC à AE).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.45$; $t = -3.73$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.28$; $t = -2.26$; $p < .05$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.28$; $t = 2.54$; $p < .05$) au jour J68 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seule l'estime globale de soi ($\beta = -0.39$; $t = -2.49$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle qui est significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi au jour J68 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est significatif.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi au jour J68 ne prédit significativement l'IMC. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi au jour J68 et l'IMC ne montrent également aucun effet significatif.

1.1.7. Prédiction au jour J69

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi au jour J69 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 43 à 45 (Annexes AF à AH).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime

globale de soi ($\beta = -0.41$; $t = -3.15$; $p < .01$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.31$; $t = -2.31$; $p < .05$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.39$; $t = -2.99$; $p < .01$) au jour J69 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seules l'estime globale de soi ($\beta = -0.53$; $t = -2.69$; $p < .01$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.32$; $t = -2.09$; $p < .05$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi au jour J69 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue au jour J69 ($\beta = -0.28$; $t = -2.36$; $p < .05$) prédit significativement l'IMC quel que soit le score de l'EDI-A-24 au jour J0. Dans tous ces modèles de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi ne prédit significativement l'IMC. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi au jour J69 et l'IMC montrent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.10$; $t = -2.50$; $p < .05$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.10$; $t = -2.51$; $p < .05$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.13$; $t = -2.22$; $p < .05$) présentent des relations non-linéaires significatives avec l'IMC. Ces relations sont illustrées aux Figures 14 à 16. Dans le modèle final, aucune dimension du concept de soi ne prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative

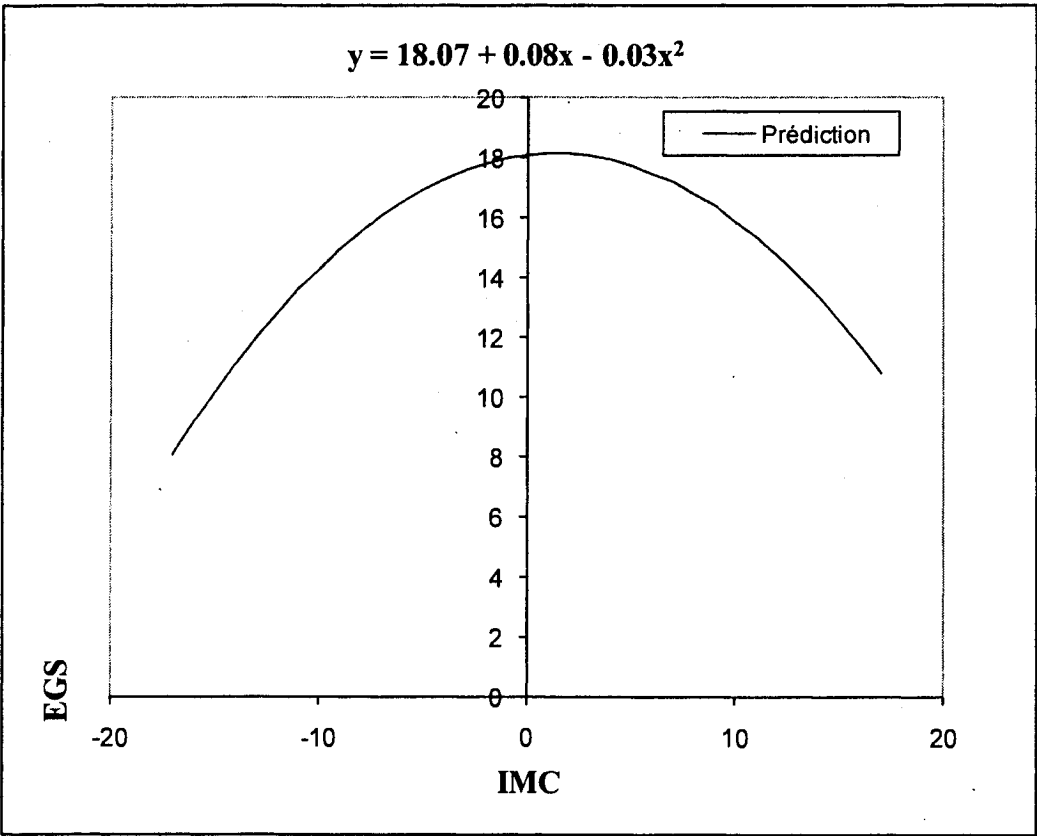


Figure 14. Relation entre l'estime globale de soi (EGS) et l'IMC au jour J69

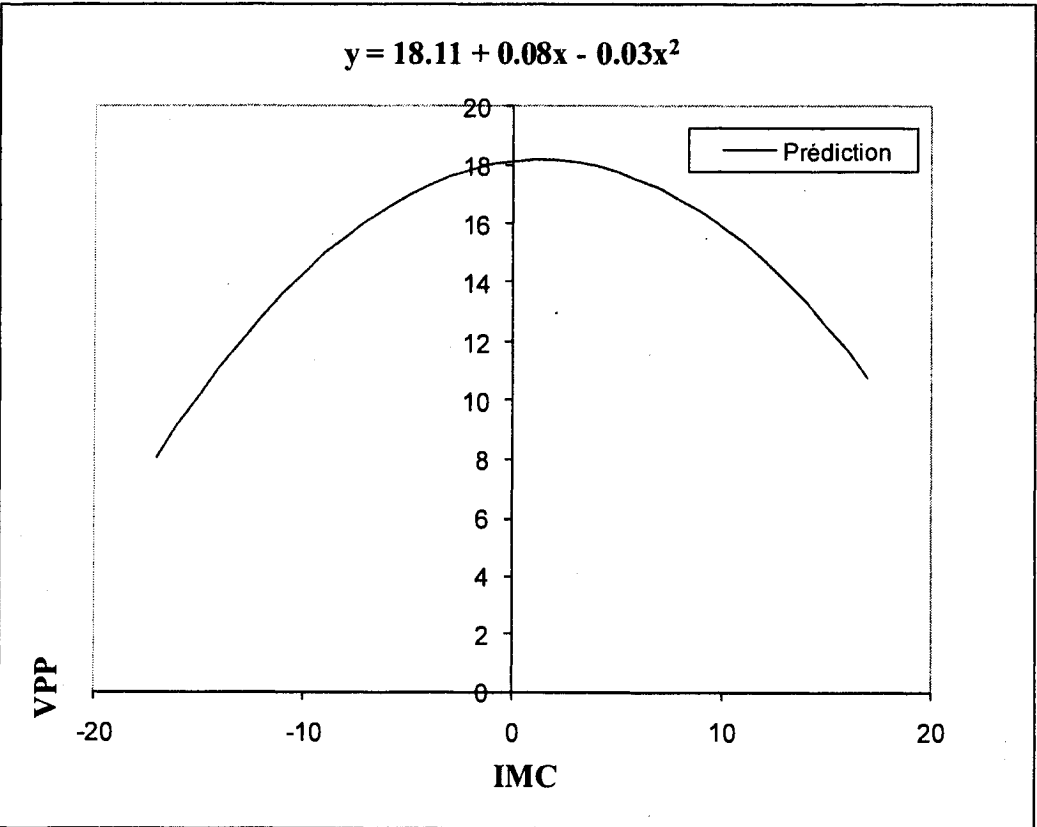


Figure 15. Relation entre la valeur physique perçue (VPP) et l'IMC au jour J69

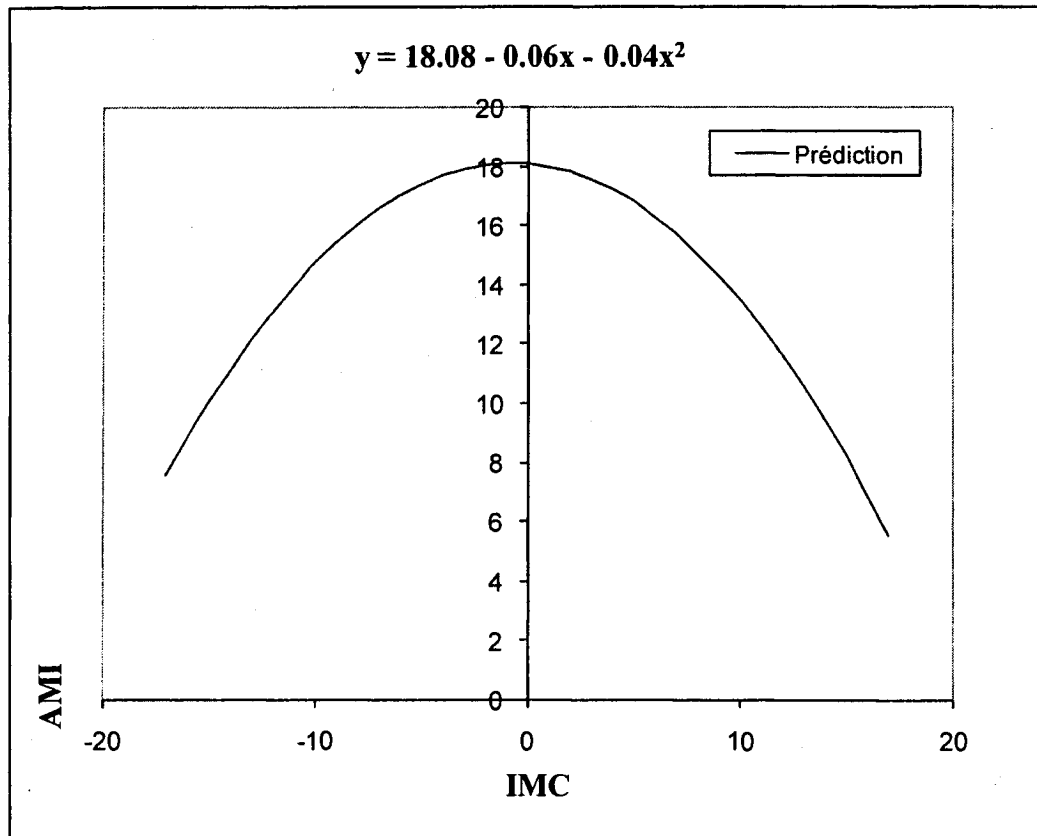


Figure 16. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J69

1.1.8. Prédiction au jour J70

Les résultats des régressions linéaires et curvilinéaires évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi au jour J70 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 46 à 48 (Annexes AI à AK).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.46$; $t = -4.04$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.27$; $t = -2.02$; $p < .05$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.45$; $t = -4.13$; $p < .001$) et le soi social lié à la famille autre que les parents ($\beta = -0.26$; $t = -2.37$; $p < .05$) au jour J70 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, toutes les dimensions préalablement significatives le demeurent. Tout au long de ces analyses de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension

du concept de soi au jour J70 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi ne prédit significativement l'IMC quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24). Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.09$; $t = -2.05$; $p < .05$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.16$; $t = -2.72$; $p < .01$) présentent des relations non-linéaires significatives avec l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Ces relations sont illustrées aux Figures 17 et 18. Dans le modèle final, aucune de ces dimensions n'est significative.

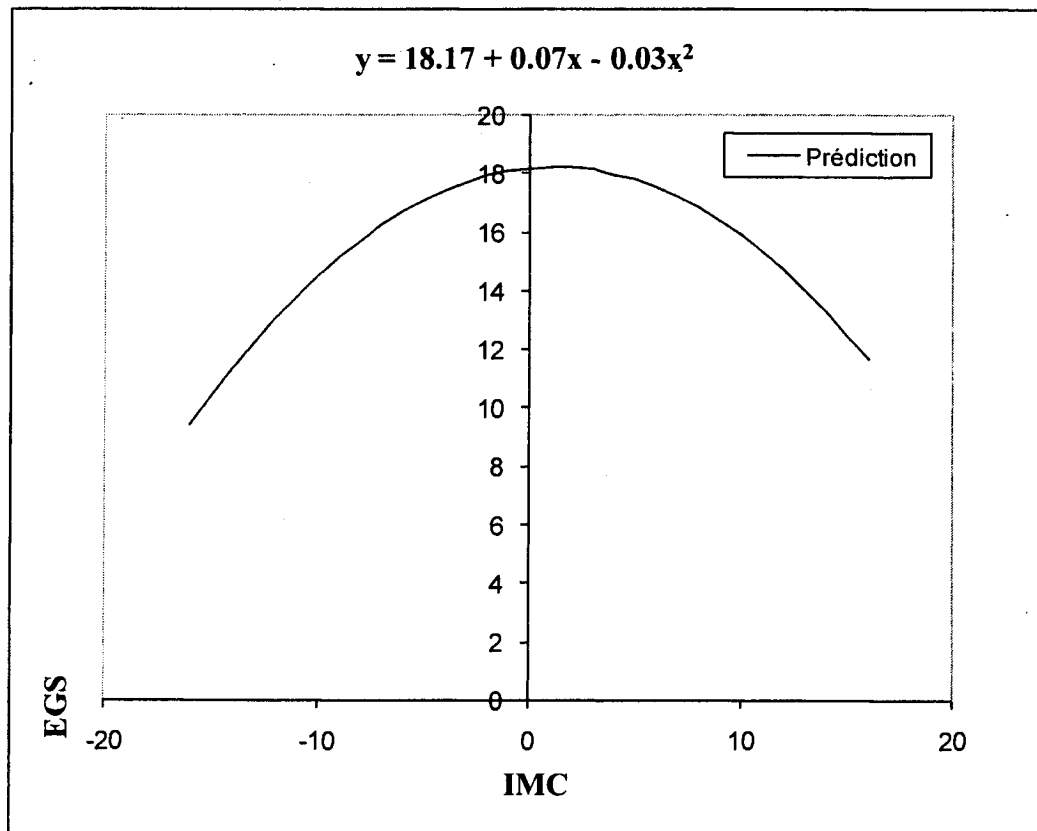


Figure 17. Relation entre l'estime globale de soi (EGS) et l'IMC au jour J70

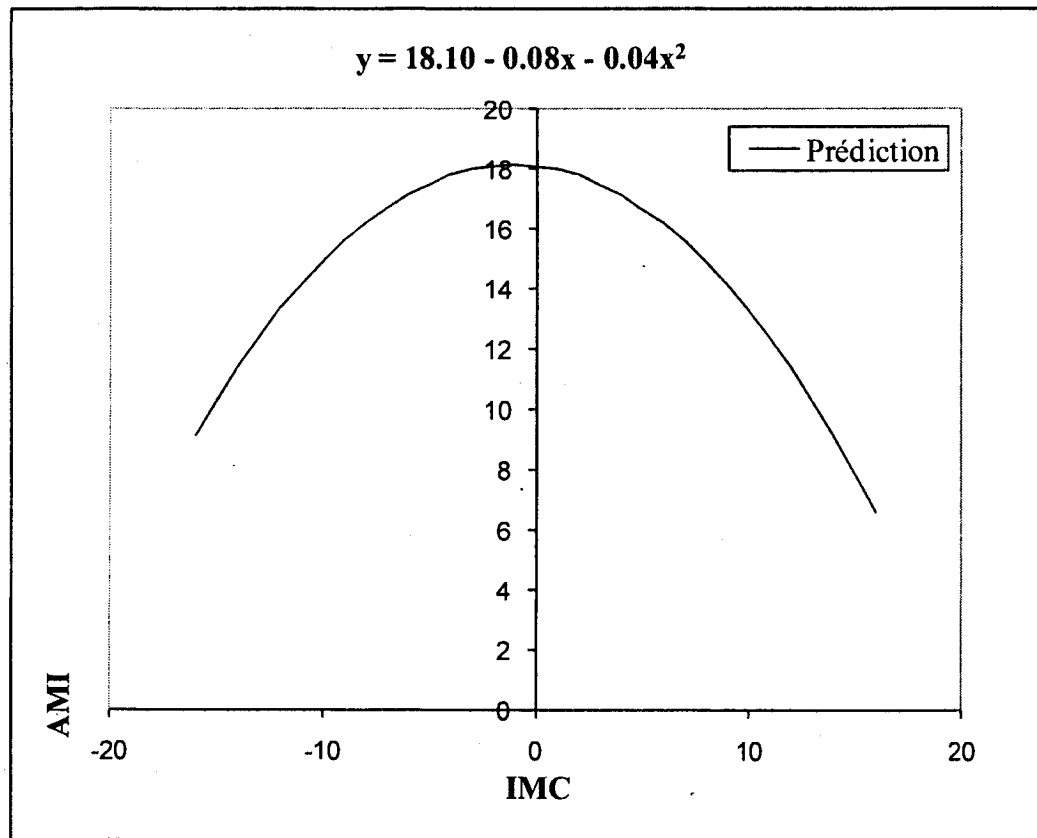


Figure 18. Relation entre le soi social lié aux ami(e)s (AMI) et l'IMC au jour J70

En définitive, concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les analyses montrent que l'estime globale de soi et l'apparence physique perçue sont les seules dimensions du concept de soi (parmi l'estime globale de soi, la valeur physique perçue et le soi social lié aux ami(e)s) qui prédisent le score total de l'EDI-A-24 au jour J70, durant sept jours consécutifs. Dans le modèle final, a) l'apparence physique perçue lors des sept derniers jours du suivi initial (excepté aux jours J68 et J69), b) l'estime globale de soi aux jours J67, J68 et J70, c) la valeur physique perçue au jour J70 et d) le soi social lié à la famille autre que les parents au jour J70 prédisent le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'apparence physique perçue (et exclusivement à J65) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. Pour mémoire, aucune relation entre les dimensions du concept de soi et l'EDI-A-24 au jour J70 n'est curvilinéaire quelles que soient les variables de contrôle incluses. Aucun effet d'interaction (i.e. statut des participantes * dimensions du concept de soi) sur l'EDI-A-24 au jour J70 n'est significatif quelles

que soient les variables de contrôle incluses à l'exception de celui de l'estime globale de soi au jour J69 montrant que cette dimension du concept de soi prédit davantage le score total de l'EDI-A-24 chez les patientes anoréxiques que chez les participantes sans TCA

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les analyses montrent également que seule l'apparence physique perçue aux jours J64, J65 et J69 prédit l'IMC au jour J70. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, certaines autres dimensions du concept de soi (i.e. la valeur physique perçue au jour J67, l'apparence physique perçue aux jours J66 et J67, le soi social lié à la famille autre que les parents au jour J67) prédisent l'IMC au jour J70. De plus, seules les relations curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC au jour J70, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, sont significatives (i.e. l'estime globale de soi aux jours J67, J69 et J70 ; la valeur physique perçue aux jours J67 et J69 ; le soi social lié à la famille autre que les parents au jour J66 ; et le soi social lié aux ami(e)s aux jours J64, J65, J67, J69 et J70). Enfin, les effets d'interaction entre le statut des participantes et l'apparence physique perçue aux jours J64, J68 et J69 sur l'IMC au jour J70 sont significatifs. Les décompositions d'interaction montrent que l'apparence physique perçue aux jours J64, J68 et J69 prédit l'IMC exclusivement chez les participantes sans TCA. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, ces effets d'interaction au cours des 7 jours consécutifs sur l'IMC au jour J70 sont significatifs. Les décompositions d'interaction indiquent que cette dimension du concept de soi prédit exclusivement l'IMC chez les participantes sans TCA.

1.2. Cinquième hypothèse : prédiction de la 1^{ière} à la 10^{ième} semaine

1.2.1. Corrélations des prédicteurs de la 1^{ière} à la 10^{ième} semaine

Les corrélations entre les variables indépendantes (i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, soi social lié à la famille autre que les parents, soi social lié aux ami(e)s et soi social lié aux parents) de la 1^{ière} à la 10^{ième} semaine et celles entre les variables indépendantes et dépendantes

sont rapportées au Tableaux 49 et 50 (Annexes AL et AM). Le caractère fortement interrelié entre l'estime globale de soi, la valeur physique perçue et l'apparence physique perçue lors des sept derniers jours du suivi initial de 70 jours justifie de les considérer, une fois de plus, dans des modèles d'analyse séparés. Pour chaque semaine, les divers modèles de régression linéaire et curvilinéaire testés sont les mêmes que précédemment.

Pour chaque semaine, les résultats relatifs au score total de l'EDI-A-24 seront tout d'abord présentés ; lorsque l'IMC et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque le score total de l'EDI-A-24 est ajouté à ces deux variables de contrôle. Ensuite, les résultats relatifs à l'IMC seront présentés ; lorsque le score total de l'EDI-A-24 et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque l'IMC est ajouté à ces deux variables de contrôle. Dans un souci de synthèse, les résultats des régressions curvilinéaires ne seront pas présentés. En effet, ils montrent que l'effet curvilinéaire des dimensions du concept est majoritairement non significatif ; à l'exception des effets curvilinéaires de la valeur physique perçue et du soi social lié aux ami(e)s lors de la 10^{ième} semaine sur l'IMC (lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux variables de contrôle). De même, les effets d'interaction, bien que testés, ne feront pas l'objet d'une présentation détaillée. De manière générale, ils sont globalement non significatifs à une exception près : les effets de l'apparence physique perçue (lors de la 1^{ière} semaine, de la 5^{ième} à la 8^{ième} semaine et de la 10^{ième} semaine) sur l'IMC au jour J70 (lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux variables de contrôle).

1.2.2. Prédiction lors de la semaine S1

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S1 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 51 et 52 (Annexes AN et AM).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.57$; $t = -4.97$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -$

0.59 ; $t = -4.31$; $p < .001$) ; l'apparence physique perçue ($\beta = -0.54$; $t = -4.15$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.29$; $t = -2.67$; $p < .01$) lors de la semaine S1 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seule l'estime globale de soi ($\beta = -0.43$; $t = -2.03$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S1 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S1 ne prédit significativement l'IMC. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, les résultats des régressions linéaires montrent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.15$; $t = -2.32$; $p < .05$) lors de la semaine S1 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

1.2.3. Prédiction lors de la semaine S2

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S2 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 53 et 54 (Annexes AP et AQ).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.55$; $t = -4.63$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.56$; $t = -3.87$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.52$; $t = -3.92$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.28$; $t = -2.67$; $p < .05$) lors de la semaine S2 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. En l'occurrence, dans le modèle final, aucune dimension du concept de soi préalablement significative ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable

de contrôle significative. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S2 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S2 ne prédit significativement l'IMC quelles que soient les variables contrôlées.

1.2.4. Prédiction lors de la semaine S3

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S3 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 55 et 56 (Annexes AR et AS).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.55$; $t = -4.70$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.50$; $t = -3.99$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.56$; $t = -4.71$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.51$; $t = -5.58$; $p < .001$) lors de la semaine S3 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seul le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.40$; $t = -4.22$; $p < .001$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S3 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seul le soi social lié aux parents ($\beta = -0.22$; $t = -2.22$; $p < .001$) lors de la semaine S3 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres

variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S3 ne prédit significativement l'IMC.

1.2.4.1. Prédiction lors de la semaine S4

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S4 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 57 et 58 (Annexes AT et AU).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.50$; $t = -3.87$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.57$; $t = -4.46$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.53$; $t = -4.33$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.44$; $t = -4.48$; $p < .001$) lors de la semaine S4 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seul le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.31$; $t = -2.95$; $p < .01$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S4 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.28$; $t = -2.08$; $p < .05$) lors de la semaine S4 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S4 ne prédit significativement l'IMC.

1.2.5. Prédiction lors de la semaine S5

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les

dimensions du concept de soi lors de la semaine S5 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 59 et 60 (Annexes AV et AW).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.57$; $t = -4.58$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.52$; $t = -3.89$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.54$; $t = -4.69$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.38$; $t = -3.65$; $p < .001$) lors de la semaine S5 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seul le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.23$; $t = -2.29$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.17$; $t = -2.01$; $p < .05$) lors de la semaine S5 prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le total de l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.28$; $t = -2.15$; $p < .05$) lors de la semaine S5 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S5 ne prédit significativement l'IMC.

1.2.6. Prédiction lors de la semaine S6

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S6 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 61 et 62 (Annexes AX et AY).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.57$; $t = -4.87$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.48$; $t = -3.64$; $p < .001$) ; l'apparence physique perçue ($\beta = -0.59$; $t = -5.33$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.40$; $t = -3.93$; $p < .001$) lors de la semaine S6 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, l'apparence physique perçue ($\beta = -0.45$; $t = -2.38$; $p < .05$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.26$; $t = -2.76$; $p < .01$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.23$; $t = -2.33$; $p < .05$) lors de la semaine S6 prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire de 1 à 6 indiquent que seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.30$; $t = -2.20$; $p < .05$) lors de la semaine S6 prédit significativement et séparément l'IMC quel que soit le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'estime globale de soi ($\beta = 0.18$; $t = 2.86$; $p < .01$) lors de la semaine S6 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

1.2.7. Prédiction lors de la semaine S7

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions de concept de soi lors de la semaine S7 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 63 et 64 (Annexes AZ et BA).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.58$; $t = -5.17$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.56$; $t = -4.45$; $p < .001$), l'apparence physique perçue ($\beta = -0.53$; $t = -4.68$; $p < .001$) et le soi social lié aux ami(e)s ($\beta = -0.25$; $t = -2.20$; $p < .05$) lors de la semaine S7 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, l'estime globale de soi ($\beta = -0.45$; $t = -2.05$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S7 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent qu'aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S7 ne prédit significativement l'IMC. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'estime globale de soi ($\beta = 0.14$; $t = 2.19$; $p < .05$) lors de la semaine S7 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

1.2.7.1. Prédiction lors de la semaine S8

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S8 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 65 et 66 (Annexes BB et BC).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.53$; $t = -4.20$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.52$; $t = -3.70$; $p < .001$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.58$; $t = -4.84$; $p < .001$) lors de la semaine S8 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, seul l'apparence physique perçue ($\beta = -0.45$; $t = -$

2.28 ; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.19$; $t = -2.21$; $p < .05$) lors de la semaine S8 prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.36$; $t = -2.89$; $p < .01$) lors de la semaine S8 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, le statut au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'estime globale de soi ($\beta = 0.13$; $t = 2.07$; $p < .05$) lors de la semaine S8 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

1.2.7.2. Prédiction lors de la semaine S9

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S9 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 67 et 68 (Annexes BD et BE).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.54$; $t = -4.35$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.49$; $t = -3.65$; $p < .001$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.55$; $t = -4.60$; $p < .001$) lors de la semaine S9 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. En l'occurrence, dans le modèle final, aucune dimension de l'estime globale de soi ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'apparence physique perçue (β

= -0.19 ; $t = -2.28$; $p < .05$) lors de la semaine S9 prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.36$; $t = -2.99$; $p < .01$) lors de la semaine S9 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, le statut au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, la valeur physique perçue ($\beta = 0.14$; $t = 2.21$; $p < .05$) lors de la semaine S9 prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

1.2.7.3. Prédiction lors de la semaine S10

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre les dimensions du concept de soi lors de la semaine S10 et les symptômes anorexiques sont rapportés aux Tableaux 69 et 70 (Annexes BF et BG).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que l'estime globale de soi ($\beta = -0.49$; $t = -3.95$; $p < .001$), la valeur physique perçue ($\beta = -0.36$; $t = -2.42$; $p < .05$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.51$; $t = -4.21$; $p < .001$) lors de la semaine S10 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans le modèle final, l'estime globale de soi ($\beta = -0.40$; $t = -2.11$; $p < .05$) et l'apparence physique perçue ($\beta = -0.48$; $t = -2.53$; $p < .05$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi lors de la semaine S9 ne prédit significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles de régression linéaire initiaux indiquent que seule l'apparence physique perçue ($\beta = -0.33$; $t = -2.62$; $p < .05$) lors de la semaine S10 prédit significativement l'IMC quel que soit le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses, le statut au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'estime globale de soi ($\beta = 0.14$; $t = 2.34$; $p < .05$) et la valeur physique perçue ($\beta = 0.13$; $t = 2.05$; $p < .05$) lors de la semaine S10 prédisent significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

En définitive, concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les analyses de régression linéaires montrent que l'estime globale de soi, la valeur physique perçue et l'apparence physique perçue de la 1^{ière} à la 10^{ième} semaine, consécutivement, sont les seules dimensions du concept de soi qui prédisent le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucune dimension du concept de soi ne prédit le score total de l'EDI-A-24 ; à l'exception de l'apparence physique perçue mais exclusivement lors des semaines S5, S6, S8 et S9. Pour mémoire, aucune relation curvilinéaire entre les dimensions du concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 ni aucun effet d'interaction (i.e. statut des participantes * dimensions du concept de soi) sur le score total de l'EDI-A-24 au jour J70, quelles que soient les variables de contrôle incluses, n'est significatif.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les analyses de régressions linéaires montrent également que l'apparence physique perçue prédit principalement l'IMC (i.e. lors des semaines S4 à S6 et S8 à S10). En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'estime globale de soi principalement et la valeur physique perçue prédisent l'IMC (i.e. lors des semaines S1 et S6 à S10). Pour mémoire, les résultats des régressions curvilinéaires montrent que l'effet curvilinéaire des dimensions du concept est majoritairement non significatif (à l'exception des effets curvilinéaires de la valeur physique perçue et du soi social lié aux ami(e)s lors de la 10^{ième} semaine

sur l'IMC). Enfin, les effets d'interaction sont globalement non significatifs à une exception près : les effets de l'apparence physique perçue au cours des 10 semaines consécutives (excepté à la 2^{ième} et à la 4^{ième} semaine) sur l'IMC au jour J70 lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux variables de contrôle. Plus précisément, lors de la 1^{ière} semaine et de la 5^{ième} à la 8^{ième} semaine, les effets du statut influencent la relation entre l'apparence physique perçue et l'IMC au dernier jour du suivi initial, négativement et marginalement, davantage chez les patientes anorexiques que chez les participantes sans TCA. Lors de la 10^{ième} semaine, les effets du statut influence cette relation, négativement et marginalement, exclusivement chez les participantes sans TCA.

HUITIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS IDIOGRAPHIQUES DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS SECOND OBJECTIF

1. SIXIÈME ET SEPTIÈME HYPOTHESES : NIVEAU ET INSTABILITÉ DU CONCEPT DE SOI COMME PRÉDICTEURS

1.1. Niveau et indices d'instabilité : analyses descriptives

Les analyses descriptives des séries temporelles ont permis d'identifier les niveaux et les indices d'instabilité des dimensions du concept de soi au cours des 70 jours consécutifs (voir Tableaux 71 et 72, Annexe BH et BI). Pour chaque dimension, la moyenne, l'écart type, l'étendue et la moyenne des séries différenciées des séries temporelles des participantes sans TCA et des patientes anorexiques seront successivement exposés. Les scores des moyennes (M) et des étendues (E) des séries temporelles du concept de soi seront présentés en fonction de trois indicateurs d'intensité (i.e. faible : M ou $E < 4,00$; moyen : $4,00 \leq M$ ou $E < 6,00$; élevé : M ou $E \geq 6,00$) et ceux des écart-types (EC) et des moyennes des séries différenciées (MSD) selon deux indicateurs d'intensité (i.e. faible : EC ou $MSD < 1,00$; élevé : EC ou $MSD \geq 1,00$). L'ensemble des résultats sont rapportés dans les Tableaux 73 à 76.

Tableau 73.

Répartition des indicateurs d'intensité des moyennes des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes

Statut	Indicateur	EGS	VPP	APP	FAP	AMI	PAR
Participant sans TCA (n = 23)	$M < 4,00$	0	1	2	0	1	1
	$4,00 \leq M < 6,00$	8	8	9	2	0	1
	$M \geq 6,00$	15	14	12	21	22	21
Patientes anorexiques (n = 26)	$M < 4,00$	15	19	17	2	4	4
	$4,00 \leq M < 6,00$	6	5	3	4	4	1
	$M \geq 6,00$	5	2	6	20	18	21

Notes. EGS : estime globale de soi ; VPP : valeur physique perçue ; APP : apparence physique perçue ; FAP : soi social lié à la famille autre que les parents ; AMI : soi social lié aux ami(e)s ; PAR : soi social lié aux parents ; $M < 4,00$: moyenne faible ; $4,00 \leq M < 6,00$: moyenne « moyenne » ; $M \geq 6,00$: moyenne élevée

Tableau 74.
Répartition des indicateurs d'intensité des écart-types des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes

Statut	Indicateur	EGS	VPP	APP	FAP	AMI	PAR
Participant ^{es} sans TCA (n = 23)	EC < 1.00	11	10	13	12	8	12
	EC ≥ 1.00	12	13	10	11	15	11
Patient ^{es} anorexiques (n = 26)	EC < 1.00	10	10	11	14	4	5
	EC ≥ 1.00	16	16	15	12	22	21

Notes. EGS : estime globale de soi ; VPP : valeur physique perçue ; APP : apparence physique perçue ; FAP : soi social lié à la famille autre que les parents ; AMI : soi social lié aux ami(e)s ; PAR : soi social lié aux parents ; EC < 1.00 : écart-type faible/moyenne ; EC ≥ 1.00 : écart-type élevé

Tableau 75.
Répartition des indicateurs d'intensité des étendues des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes

Statut	Indicateur	EGS	VPP	APP	FAP	AMI	PAR
Participant ^{es} sans TCA (n = 23)	E < 4.00	8	7	10	9	5	6
	4.00 ≤ E < 6.00	7	6	4	4	6	8
	E ≥ 6.00	8	10	9	10	12	9
Patient ^{es} anorexiques (n = 26)	E < 4.00	7	8	7	7	3	4
	4.00 ≤ E < 6.00	7	5	3	8	6	6
	E ≥ 6.00	12	13	16	11	17	16

Notes. EGS : estime globale de soi ; VPP : valeur physique perçue ; APP : apparence physique perçue ; FAP : soi social lié à la famille autre que les parents ; AMI : soi social lié aux ami(e)s ; PAR : soi social lié aux parents ; E < 4.00 : étendue faible ; 4.00 ≤ E < 6.00 : étendue moyenne ; E ≥ 6.00 : étendue élevée.

Tableau 76.
Répartition des indicateurs d'intensité des moyennes des séries différenciées des dimensions du concept de soi en fonction du statut des participantes

Statut	Indicateur	EGS	VPP	APP	FAP	AMI	PAR
Participant ^{es} sans TCA (n = 23)	MSD < 1.00	16	13	15	15	14	13
	MSD ≥ 1.00	7	10	8	8	9	10
Patient ^{es} anorexiques (n = 26)	MSD < 1.00	15	11	14	17	9	10
	MSD ≥ 1.00	11	15	12	9	17	16

Notes. EGS : estime globale de soi ; VPP : valeur physique perçue ; APP : apparence physique perçue ; FAP : soi social lié à la famille autre que les parents ; AMI : soi social lié aux ami(e)s ; PAR : soi social lié aux parents ; MSD < 1.00 : moyenne des séries différenciées faible/moyenne ; MSD ≥ 1.00 : moyenne des séries différenciées élevé

1.1.1. Estime globale de soi

Concernant l'estime globale de soi des participant^{es} sans TCA, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 15/23) présente un niveau élevé, voire très élevé (compris entre 6,07 et 9,78 sur 10). Les huit autres moyennes des séries temporelles sont proches de 5 (comprises entre 4,59 et 5,98 sur 10). La figure 19 présente la répartition des indicateurs d'intensité des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique. Parmi les indices d'instabilité, la moitié des écarts types (i.e. 11/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 12/23) est comprise entre 1,01 et 1,95. Un tiers des étendues des séries temporelles (i.e. 8/23) est inférieur à 4 (comprises entre 2,20 et 3,70), le tiers suivant (i.e. 7/23) est proche de 5 et le dernier tiers (i.e. 8/23) est compris entre 6,40 et 9,60. Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 16/23) est inférieure à 1 et les sept restantes sont comprises entre 1,03 et 1,97. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles de l'estime globale de soi des participant^{es} sans TCA sont faibles à moyens en fonction du type d'indices considérés. La Figure 20 montre la répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique.

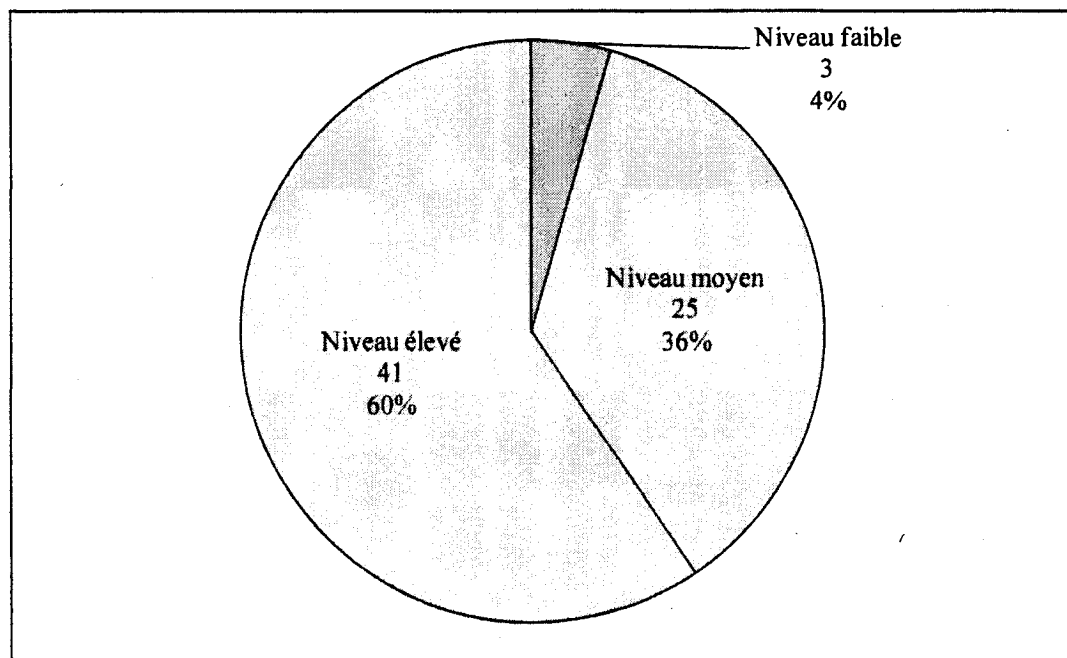


Figure 19. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique des participantes sans TCA

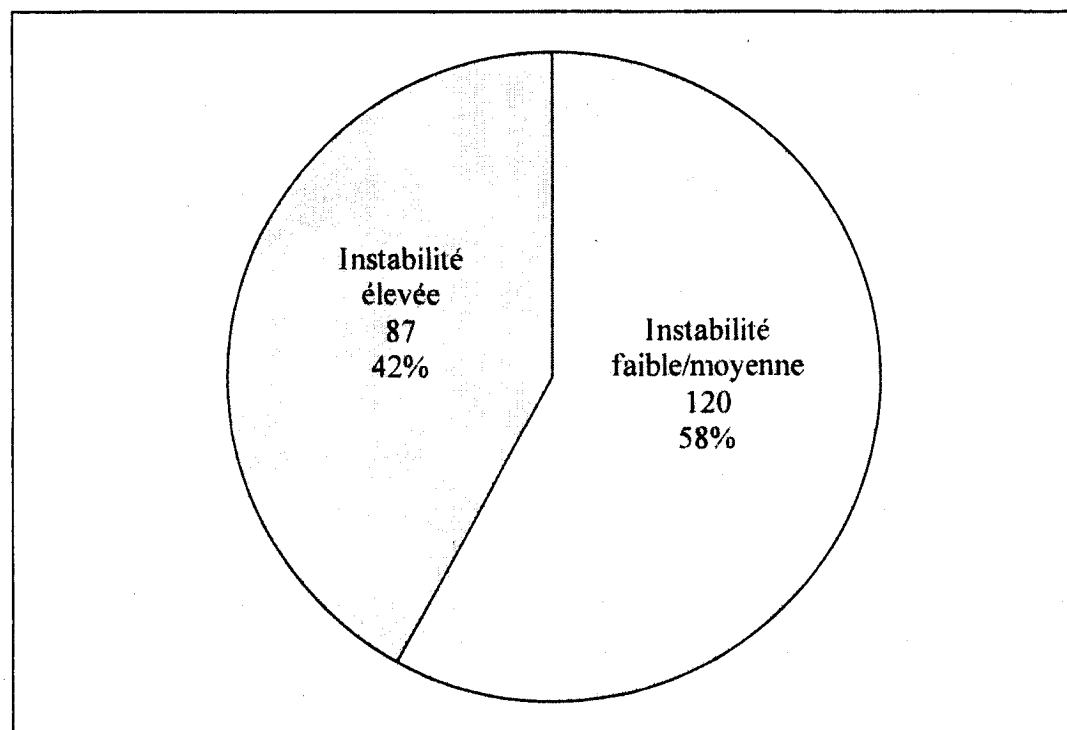


Figure 20⁹. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique des participantes sans TCA

⁹ Dans un souci de synthèse, toutes les figures relatives aux indices d'instabilité ne distinguent pas l'instabilité faible de l'instabilité moyenne afin de présenter les trois indices simultanément (i.e. écart-type, étendue, moyenne des séries différenciées).

Concernant l'estime globale de soi des patientes anorexiques, la majorité des moyennes des séries temporelle (i.e. 15/26) met en évidence un niveau faible voire très faible (compris entre 0,15 et 3,80 sur 10). Les six autres moyennes des séries temporelles sont proches de 5 et les cinq moyennes restantes sont élevées (comprises entre 7,05 et 8,71 sur 10). La Figure 21 présente la répartition des indicateurs d'intensité des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique. Parmi les indices d'instabilité, la majorité des écarts types des séries temporelles (i.e. 16/26) est supérieure à 1 voire à 2 et les dix autres sont compris entre 0,10 et 0,97. De même, douze étendues des séries temporelles est proche voire supérieure à 6, les sept autres sont proches de 5 et les sept restantes sont comprises entre 0,40 et 3,80. Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 15/26) est inférieure à 1 et les onze autres sont supérieures à 1 voire à 2 pour cinq d'entre elles (i.e. participantes 5, 8, 17, 23, 25). De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles de l'estime globale de soi sont élevés chez les patientes anorexiques; excepté la moyenne des séries différenciées qui est faible chez la majorité des patientes anorexiques ou très élevée chez certaines d'entre elles. La Figure 22 présente la répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique.

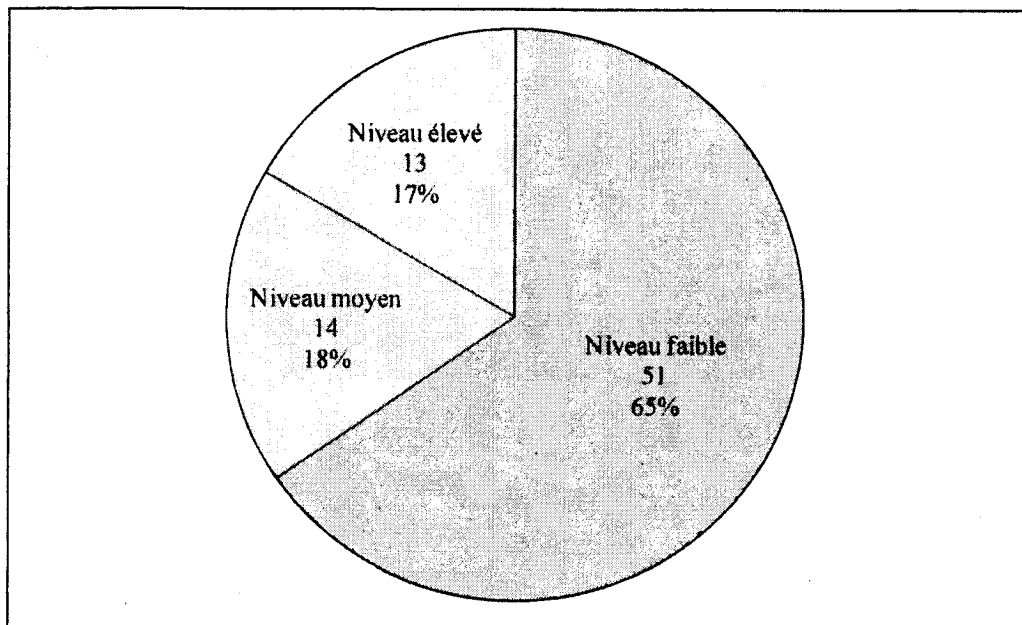


Figure 21. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique des patientes anorexiques

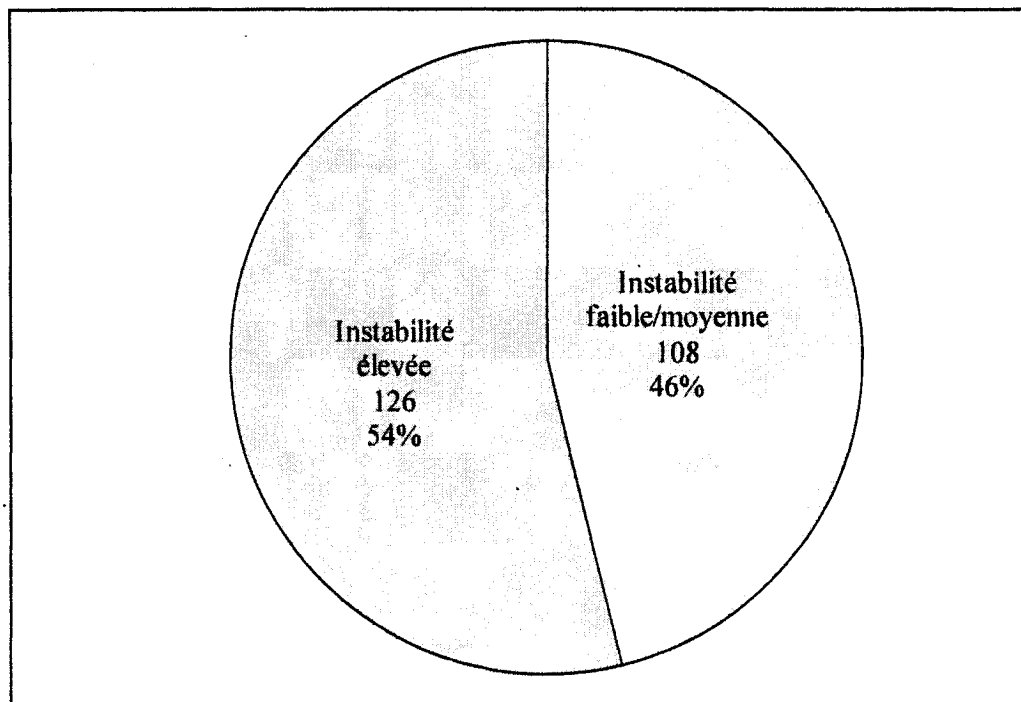


Figure 22. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique des patientes anorexiques.

1.1.2. Valeur physique perçue

Concernant la valeur physique perçue des participantes sans TCA, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 14/23) met en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,22 et 9,81 sur 10). Les huit autres moyennes des séries temporelles sont proches de 5 (comprises entre 4,40 et 5,80 sur 10) et une seule moyenne (i.e. participante L) est égale à 2,79 (voir Figure 19). Parmi les indices d'instabilité, la moitié des écarts types des séries temporelles (i.e. 10/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 13/23) est comprise entre 1,08 et 1,96. En revanche, la moitié des étendues des séries temporelles (i.e. 10/23) sont compris entre 6,10 et 10, un quart (i.e. 6/23) est proche de 5 et l'autre quart (i.e. 7/23) est compris entre 0,70 et 3,70. Enfin, la moitié des moyennes des séries différenciées (i.e. 13/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 10/23) est comprise entre 1,02 et 1,96. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles de la valeur physique perçue des participantes sans TCA sont moyens mais plus élevés que ceux de l'estime globale de soi (voir Figure 20).

Concernant la valeur physique perçue des patientes anorexiques, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 19/26) mettent en évidence un

niveau faible voire très faible (compris entre 0,12 et 3,95 sur 10). Les cinq autres moyennes des séries temporelles sont proches de 5 et les deux restantes sont élevées (i.e. participante 2 : $M = 7,63$; participante 23 : $M = 7,76$) (voir Figure 21). Parmi les indices d'instabilité, la majorité des écarts types des séries temporelles (i.e. 16/26) est supérieure à 1 ou à 2 et les dix autres sont compris entre 0,17 et 0,86. De même, cinq étendues des séries temporelles sont proches de 5, 13 sont supérieures à 6 et les huit restantes sont comprises entre 0,80 et 3,80. Enfin, la moitié des moyennes des séries différenciées (i.e. 11/26) est inférieure à 1 et l'autre moitié est supérieure à 1 voire à 2 pour deux d'entre elles (patientes 5,8 et 17). De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles de la valeur physique perçue des patientes anorexiques sont élevés ; excepté la moyenne des séries différenciées qui est faible chez la moitié des patientes anorexiques ou très élevée chez certaines d'entre elles (voir figure 22).

1.1.3. Apparence physique perçue

Concernant l'apparence physique perçue des participantes sans TCA, la moitié des moyennes des séries temporelles (i.e. 12/23) met en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,41 et 9,87 sur 10) et l'autre moitié (i.e. 9/23) est proche de 5 (voir Figure 19). Deux participantes sans TCA présentent un niveau d'apparence physique perçue faible (i.e. participante A ; $M = 1,71$; participante W : $M = 3,87$). Parmi les indices d'instabilité, la moitié des écarts types des séries temporelles (i.e. 13/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 10/23) est comprise entre 1,01 et 1,99. Une participante sans TCA présente un écart type très élevé (participante W : $EC = 2,97$). La moitié des étendues des séries temporelles (i.e. 10/23) est inférieure 4, l'autre moitié (i.e. 9/23) est comprise entre 6,10 et 10 et quatre écart-types sont proches de 5: Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 15/23) est inférieure à 1, les six autres sont comprises entre 1,01 et 1,27 et les deux restantes sont supérieures à 2 (i.e. participante F, W). De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles de l'apparence physique perçue des participantes sans TCA sont moyens voire élevés chez la plupart des certaines participantes sans TCA (voir Figure 20).

Concernant l'apparence physique perçue des patientes anorexiques, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 17/26) met en évidence un niveau faible voire très faible (compris entre 0,03 et 3,74 sur 10) (voir Figure 21). Les trois autres moyennes des séries temporelles sont proches de 5 et les six moyennes restantes sont élevées (comprises entre 6,70 et 9,09). Parmi les indices d'instabilité, la majorité des écarts types des séries temporelles (i.e. 15/26) est supérieure à 1 voire à 2 et les onze autres sont compris entre 0.08 et 0.91. De même, la majorité des étendues des séries temporelles (i.e. 19/26) est proche de 5 dont trois d'entre elles sont supérieures à 6 et les sept restantes sont comprises entre 0,50 et 3,50. En revanche, la moitié des moyennes des séries différenciées (i.e. 14/26) est inférieure à 1 et l'autre moitié est supérieure à 1 voire à 2 pour cinq d'entre elles. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles de l'apparence physique perçue sont élevés ; excepté la moyenne des séries différenciées qui est faible chez la moitié des patientes anorexiques ou très élevée chez certaines d'entre elles (Figure 22).

1.1.4. Soi social lié à la famille autre que les parents

Concernant le soi social lié à la famille autre que les parents des participantes sans TCA, toutes les moyennes des séries temporelles mettent en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,76 et 9,94 sur 10) ; excepté pour les participantes G ($M = 4,66$) et Q ($M = 4,95$). La Figure 23 présente la répartition des indicateurs d'intensité des niveaux du soi social. Parmi les indices d'instabilité, la moitié des écarts types des séries temporelles (i.e. 12/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 11/23) est comprise entre 1,16 et 1,89. Deux participantes sans TCA présentent un écart type élevé (participante F : $EC = 2,22$; participante V : $EC = 2,15$). La moitié des étendues des séries temporelles (i.e. 9/23) est inférieure à 4, l'autre moitié (i.e. 10/23) est comprise entre 6,10 et 9,60 et quatre écart-types sont proches de 5. Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 15/23) est inférieure à 1 et les huit restantes sont comprises entre 1,03 et 1,87. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles du soi social lié à la famille autre que les parents sont faibles ; excepté l'étendue qui est élevée chez la moitié des

participantes sans TCA. La Figure 24 présente la répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité du soi social.

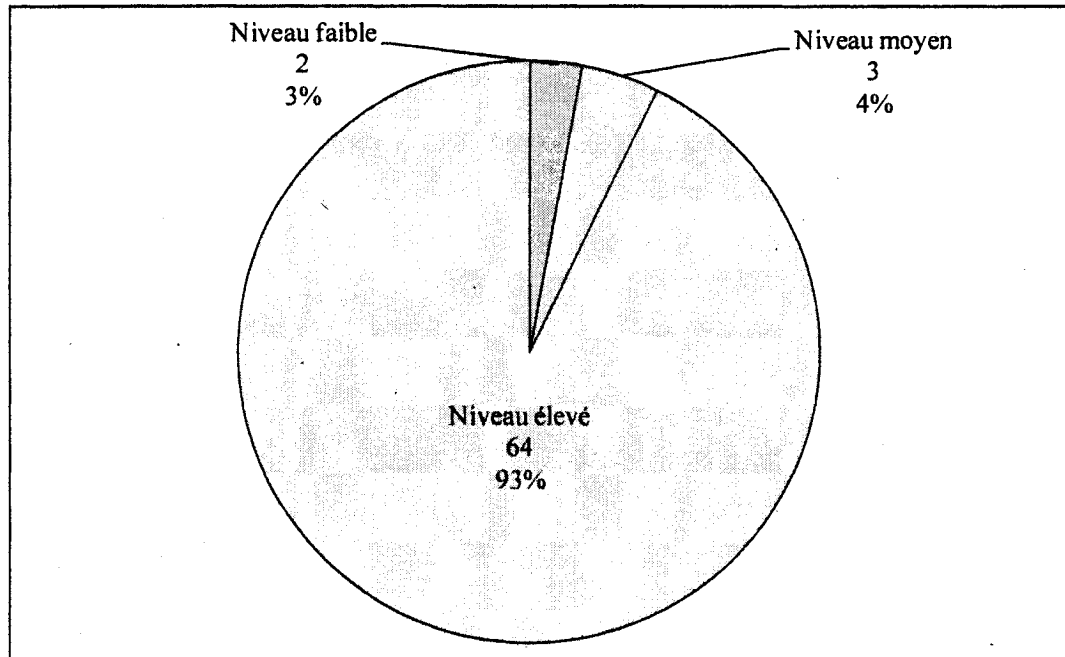


Figure 23. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux du soi social des participantes sans TCA

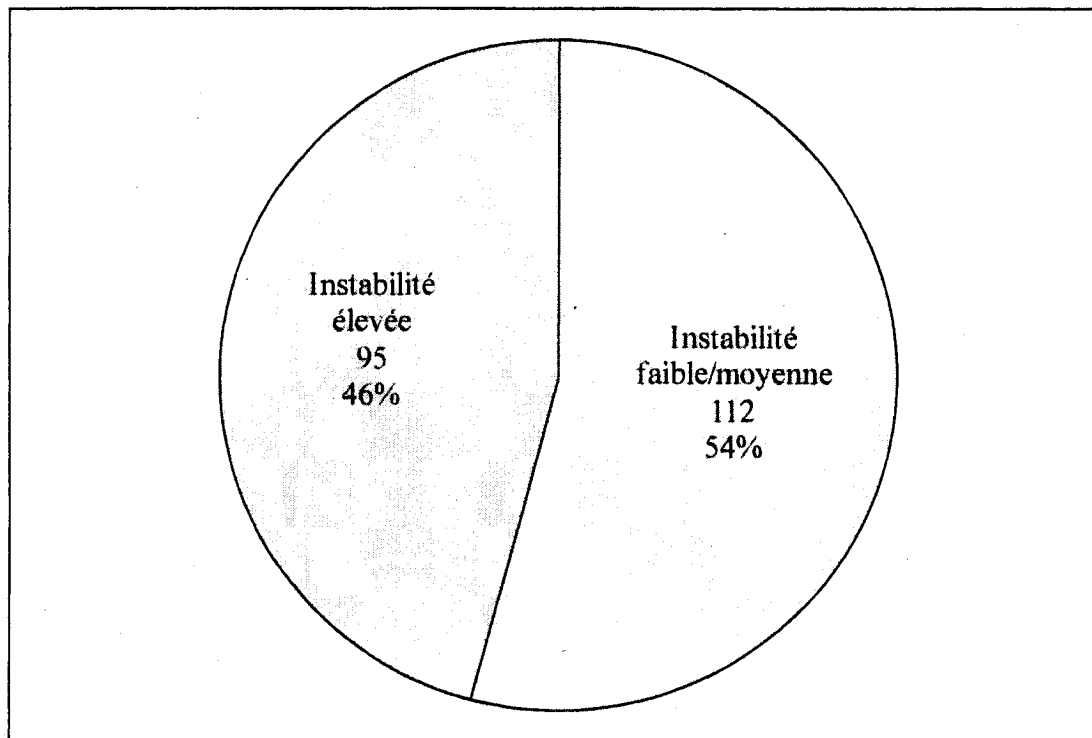


Figure 24. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité du soi social des participantes sans TCA

Concernant le soi social lié à la famille autre que les parents des patientes anorexiques, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 20/26) met en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,24 et 10 sur 10). Les quatre autres sont proches de 5 et deux patientes anorexiques présentent une moyenne des série temporelles faible (i.e. participante 3 : $M = 1,73$, participante 24 : $M = 0,58$). La Figure 25 montre la répartition des indicateurs d'intensité des niveaux du soi social. Parmi les indices d'instabilité, la moitié des écarts types des séries temporelles (i.e. 14/26) est inférieure à 1 et l'autre moitié est supérieure à 1 voire à 2 (compris entre 2,27 et 2,44). En revanche, un tiers des étendues des séries temporelles (i.e. 11/26) est supérieur à 6 (compris entre 6,90 et 10), un autre tiers (i.e. 8/26) est proche de 5 et le tiers restant est inférieur à 4 (comprises entre 0,10 et 3,00). Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 17/26) est inférieure à 1 et les neuf restantes sont supérieures à 1 voire à 2 pour le participante 8 (i.e. $MSD = 2,57$). De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles du soi social lié à la famille autre que les parents des patientes anorexiques sont faibles ; excepté l'étendue qui est répartie de façon égale sur les trois indicateurs (i.e. faible, moyen et élevé). La Figure 26 montre la répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité du soi social.

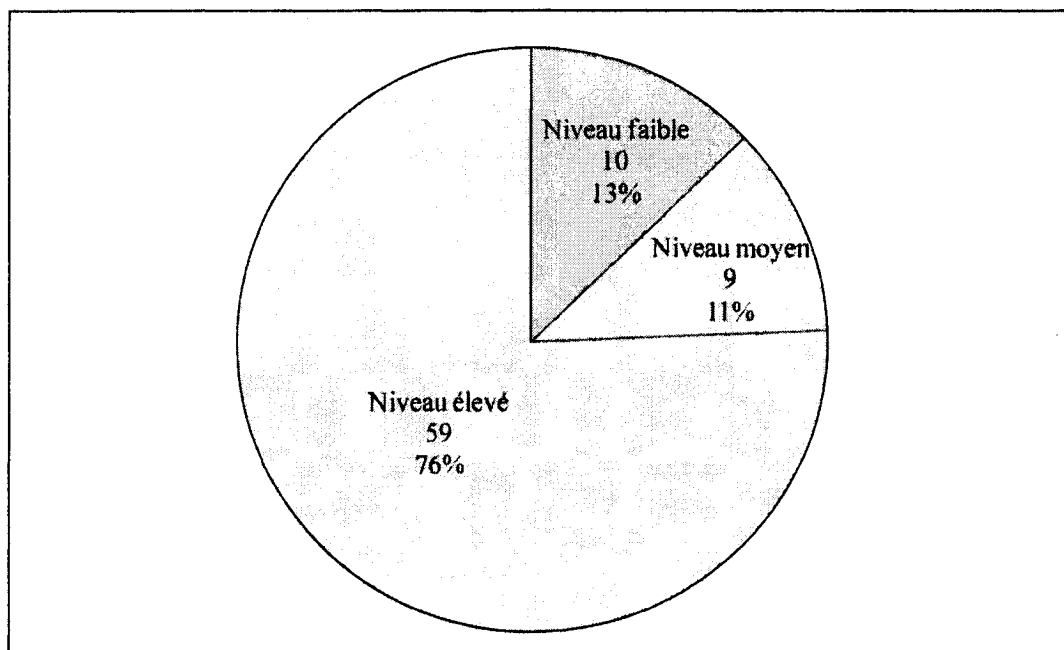


Figure 25. Répartition des indicateurs d'intensité des niveaux du soi social des patientes anorexiques

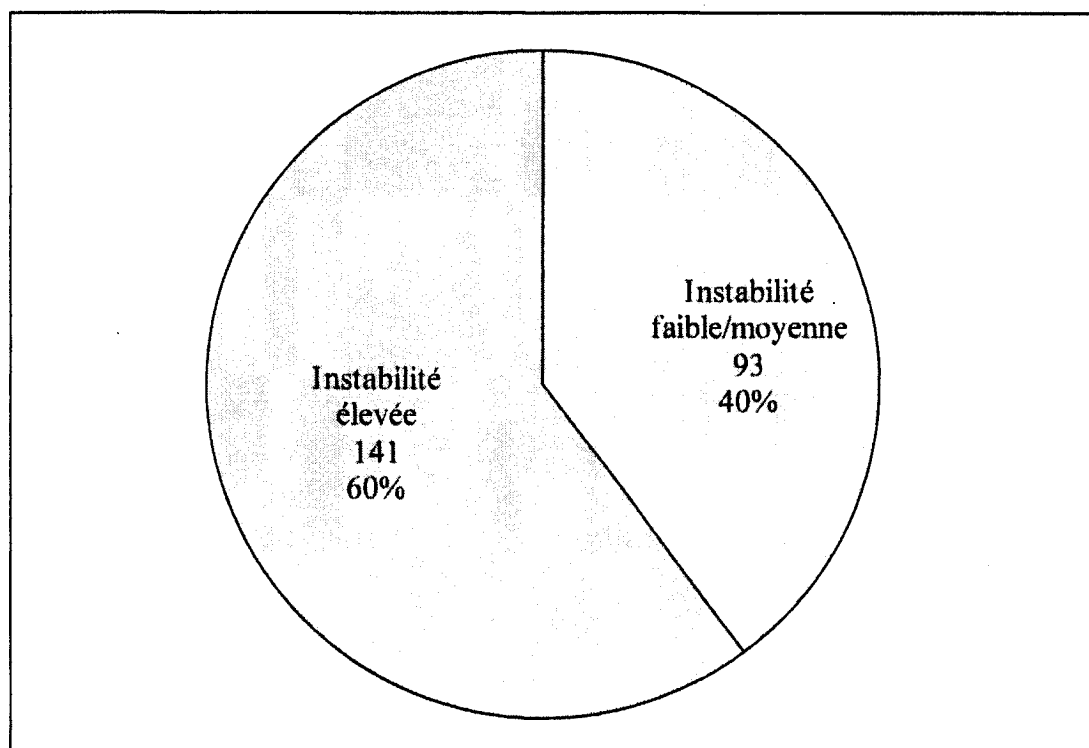


Figure 26. Répartition des indicateurs d'intensité des indices d'instabilité du soi social des patientes anorexiques

1.1.5. Soi social lié aux ami(e)s

Concernant le soi social lié aux ami(e)s des participantes sans TCA, toutes les moyennes des séries temporelles mettent en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,00 et 9,79 sur 10) ; excepté pour la participante L ($M = 3,97$) (voir Figure 23). Parmi les indices d'instabilité, la majorité des écarts types des séries temporelles (i.e. 15/23) est supérieure à 1 voire à 2 (i.e. participante F) et les huit restantes sont inférieures à 1. La majorité des étendues des séries temporelles (i.e. 18/23) est proche de 5 dont 12 sont supérieures à 6 (compris entre 6,10 et 9,30) et les cinq restantes sont comprises entre 0,60 et 3,20. Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 14/23) est comprise entre 0,11 et 0,97 et les neuf restantes sont proches de 5. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles du soi social lié aux ami(e)s sont élevés ; excepté la moyenne des séries différenciées qui est faible chez la majorité des participantes sans TCA (voir Figure 24)

Concernant le soi social lié aux ami(e)s des patientes anorexiques, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 18/23) met en évidence un

niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,19 et 9,96 sur 10) et les quatre autres sont inférieures à 4 (compris entre 1,79 et 3,84) et les quatre derniers sont poches de 5 (voir Figure 25). Parmi les indices d'instabilité, la majorité des écarts types des séries temporelles (i.e. 22/26) est supérieure à 1 voire à 2 et les quatre autres sont comprises entre 0,21 et 0,87. De même, la majorité des étendues des séries temporelles (i.e. 23/26) est proche de 5 dont 17 d'entre elles sont supérieures à 6 (comprises entre 6,00 et 10) et les trois restantes sont comprises entre 1,70 et 3,20 (i.e. participantes 6, 7 et 1). Enfin, la majorité des moyennes des séries différenciées (i.e. 17/23) est supérieure à 1 voire à 2 et les neuf autres sont comprises entre 0,06 et 0,88. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles du soi social lié aux ami(e)s sont élevés voire très élevés pour certaines patientes anorexiques (voir Figure 26).

1.1.6. Soi social lié aux parents

Concernant le soi social lié aux parents des participantes sans TCA, toutes les moyennes des séries temporelles mettent en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,42 et 10 sur 10) ; excepté pour les participantes N ($M = 5,46$) et W ($M = 3,87$) (voir Figure 23). Parmi les indices d'instabilité, la moitié des écarts types des séries temporelles (i.e. 11/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 12/23) est comprise entre 1,15 et 1,71. Deux participantes sans TCA présentent des écart-types élevés (i.e. participante V : $EC = 2,29$) voire très élevés (i.e. participante W : $EC = 2,97$). Un tiers des étendues des séries temporelles (i.e. 6/23) sont inférieures à 4 (comprises entre 0,20 et 3,50), l'autre tiers (i.e. 8/23) est proche de 5 et le tiers restant (i.e. 9/23) est compris entre 6,00 et 10. Enfin, la moitié des moyennes des séries différenciées (i.e. 13/23) est inférieure à 1 et l'autre moitié est comprise entre 1,07 et 3,23 et les deux restantes sont supérieures à 2 (i.e. participantes F, W). De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles du soi social lié aux parents sont faibles pour la moitié des participantes sans TCA et élevés pour l'autre moitié (voir Figure 24).

Concernant du soi social lié aux parents des patientes anorexiques, la majorité des moyennes des séries temporelles (i.e. 21/26) met en évidence un niveau élevé voire très élevé (compris entre 6,43 et 10 sur 10). Les quatre autres

moyennes des séries temporelles sont inférieures à 1 et une moyenne est proche de 5 (i.e. participante 17 : $M = 4,66$) (voir Figure 25). Parmi les indices d'instabilité, la majorité des écarts types des séries temporelles (i.e. 21/26) est supérieure à 1 voire à 2 (compris entre 2,13 et 3,16) et les cinq restants sont compris entre 0 et 0,93. De même, la majorité des étendues des séries temporelles (i.e. 22/26) est proche de 5 dont 16 d'entre elles sont supérieures à 6 (i.e. 6,10 et 10) et les quatre restantes sont comprises entre 0 et 3,90. En revanche, la moitié des moyennes des séries (i.e. 10/26) est inférieure à 1 et l'autre moitié (i.e. 16/26) comprise entre 1 et 1,99. De manière générale, les indices d'instabilité des séries temporelles du soi social lié aux parents sont élevés ; excepté la moyenne des séries différenciées qui est faible chez la moitié des patientes anorexiques et élevée chez l'autre moitié (voir Figure 26).

En définitive, la majorité des participantes sans TCA (i.e. 76 %) présentent un niveau élevé sur les différentes dimensions de leur concept de soi, particulièrement en ce qui concerne le soi social (voir Figures 19 et 23). En revanche, concernant les indices d'instabilité, la moitié des participantes sans TCA (i.e. 56 %) présentent des indices d'instabilité faibles à moyens sur les différentes dimensions de leur concept de soi (voir Figures 20 et 24). Plus précisément, la Figure 20 indique que les indices d'instabilité de l'estime globale de soi et le soi physique sont moins élevés que ceux du soi social au cours des 70 jours consécutifs. Il est intéressant de souligner que l'apparence physique perçue des participantes sans TCA est la dimension du concept de soi dont le niveau est le plus faible et les indices d'instabilité les plus élevés (voir Tableau 77, Annexe BJ).

A l'inverse, la moitié des patientes anorexiques (i.e. 54 %) présentent de faibles niveaux des dimensions du concept de soi (voir Figures 21 et 25). Plus précisément, la Figure 21 indique que 65 % des patientes anorexiques présentent des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique faibles voire très faibles. Seuls 17 % des patientes anorexiques évaluent leur estime globale de soi et leur soi physique de façon élevée. En l'occurrence, le niveau du soi social est élevé pour 76 % des patientes anorexiques alors que 13 % des patientes anorexiques

présentent un soi social faible. Concernant les indices d'instabilité, la moitié des participantes sans TCA (i.e. 57 %) présentent des indices d'instabilité élevés sur les différentes dimensions de leur concept de soi (voir Figures 22 et 26). Toutefois, deux profils de patientes anorexiques peuvent être identifiés : celles qui présentent une estime globale de soi et un soi physique dont les indices d'instabilité sont faibles au cours des 70 jours (i.e. 42 %) et celles qui présentent une estime globale de soi et un soi physique dont les indices d'instabilité sont élevés (i.e. 35 %) voire très élevés pour certaines d'entre elles (i.e. 23 %). Les Figure 22 et 26) indiquent que les indices d'instabilité du soi social sont encore plus élevés que ceux de l'estime globale de soi et le soi physique au cours des 70 jours consécutifs.

1.2. Comparaison du niveau et des indices d'instabilité selon le statut des participantes

Au regard du nombre de *t* de Student effectué avec les échelles de l'ISP-6b et du soi social, une correction Bonferroni a été opérée pour ne retenir que les effets significatifs à $p < .008$ ($\alpha = .05/6$). Comme le montre le Tableau 78, les *t* de Student pour échantillons indépendants montrent une différence statistiquement significative ($p < .008$) entre les participantes sans TCA et les patientes anorexiques concernant la moyenne de l'estime globale de soi [$t(47) = 5,51, p < .001$], de la valeur physique perçue [$t(47) = 6,42, p < .001$] et de l'apparence physique perçue [$t(47) = 4,97, p < .001$]. Ces tests n'indiquent aucune différence statistiquement significative ($p < .008$) entre les participantes sans TCA et les patientes anorexiques concernant les moyennes des autres dimensions du concept de soi. Les *t* de Student montrent également une différence statistiquement significative ($p < .008$) entre les participantes sans TCA et les patientes anorexiques concernant l'écart type du soi social lié aux ami(e)s [$t(47) = -2,93, p < .005$]. Mais aucune différence statistiquement significative entre les participantes sans TCA et les patientes anorexiques concernant l'écart type des autres dimensions du concept de soi et l'étendue et la moyenne des séries différenciées de toutes les dimensions du concept de soi n'a été relevé. Il est néanmoins intéressant de noter que tous les indices d'instabilité des dimensions

du concept de soi des patientes anorexiques sont supérieurs à ceux des participantes sans TCA (voir Tableau 77 synthétisé non annexé).

Tableau 77.
Répartition des indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi selon le statut des participantes

CS	Participantes sans TCA (n=23)			Patientes anorexiques (n=26)		
	EC (±)	E (±)	MSD (±)	EC (±)	E (±)	MSD (±)
EGS	1.02 (0.43)	5.09 (2.52)	0.86 (0.42)	1.33 (0.74)	5.75 (2.70)	1.06 (0.71)
VPP	1.11 (0.48)	5.39 (2.46)	0.90 (0.46)	1.40 (0.70)	5.88 (2.57)	1.13 (0.65)
APP	0.97 (0.49)	4.52 (2.24)	0.82 (0.48)	1.36 (0.79)	5.82 (2.82)	1.11 (0.76)
FAP	1.02 (0.63)	5.08 (3.10)	0.75 (0.48)	1.17 (0.80)	5.53 (3.31)	0.77 (0.60)
AMI	1.17 (0.57)	5.51 (2.64)	0.91 (0.46)	1.79 (0.85)	7.20 (2.64)	1.34 (0.77)
PAR	1.15 (0.77)	5.31 (3.22)	0.94 (0.76)	1.61 (0.78)	6.87 (2.95)	1.06 (0.55)

Notes. CS : Dimensions du concept de soi ; EC : Écart-type ; E : Étendue ; MSD : Moyenne des séries différenciées ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que les parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents.

Tableau 78.
Comparaison du niveau et des indices d'instabilité des séries du concept de soi entre le statut des participantes (participantes sans TCA vs patientes anorexiques)

CS	Moyenne			Écart type			Étendue			MSD		
	t	df	p	t	df	p	t	df	p	t	df	p
EGS	5.51	47	.001	-1.77	47	.084	-0.89	47	.379	-1.18	47	.243
VPP	6.42	47	.001	-1.67	47	.102	-0.68	47	.503	-1.41	47	.165
APP	4.97	47	.001	2.06	47	.045	-1.77	47	.083	-1.56	47	.125
FAP	0.56	47	.576	-0.69	47	.497	-0.83	47	.631	-0.16	47	.871
AMI	1.94	47	.059	-2.93	47	.005	-2.23	47	.031	-2.34	47	.023
PAR	1.54	47	.131	-2.05	47	.046	-1.77	47	.084	1.77	47	.084

Notes. CS : Dimensions du concept de soi ; MSD : Moyenne des séries différenciées ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que les parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents.

1.2.1. Corrélation entre les prédicteurs et prédiction

Les corrélations entre les variables indépendantes (i.e. moyenne, écart type, étendue et moyenne des séries différenciées des dimensions du concept) sont rapportées dans le Tableau 79 (Annexe BK). Le caractère fortement interrelié des indices d'instabilité (i.e. écart type, étendue et moyenne des séries différenciées) de chaque dimension du concept de soi justifie de les considérer dans des modèles d'analyse séparés afin d'éviter un problème de multicollinéarité. Toutefois, les corrélations entre la moyenne et les indices d'instabilité des dimensions du

concept de soi n'excédant pas 0.7, il est possible d'inclure dans un même modèle de régression la moyenne de chaque dimension du concept de soi (comme variable de contrôle) avec un de ces indices d'instabilité. Ainsi pour chaque dimension du concept de soi, les analyses de régression linéaire et curvilinéaire se décomposent en cinq modèles de régression incluant chacun le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC comme variables de contrôle et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 comme variable dépendante. En l'occurrence, les variables indépendantes diffèrent d'un modèle de régression à l'autre : le premier modèle inclut la moyenne d'une dimension du concept de soi, le second modèle inclut la moyenne et l'écart type d'une dimension ; le troisième modèle inclut la moyenne et l'étendue d'une dimension ; le quatrième modèle inclut la moyenne et la moyenne des séries différenciées d'une dimension du concept de soi ; et enfin le modèle final inclut tous les prédicteurs significatifs des modèles précédents.

Pour chaque dimension du concept de soi, les résultats des régressions linéaires relatifs au score total de l'EDI-A-24 au jour J70 seront tout d'abord présentés lorsque l'IMC et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté à ces deux variables de contrôle. Ensuite, les résultats des régressions linéaires relatifs à l'IMC au jour J70 seront présentés lorsque le score total de l'EDI-A-24 et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté à ces deux variables de contrôle. Dans un souci de synthèse, seuls les résultats significatifs a) des régressions curvilinéaires entre le niveau et les indices d'instabilité de chaque dimension du concept de soi, et l'IMC (i.e. lorsque les trois de contrôles sont incluses), et b) des effets d'interaction (i.e. le niveau et les indices d'instabilité de chaque dimension du concept de soi * statut des participantes) concernant l'IMC (i.e. lorsque les trois variables de contrôle sont incluses) feront l'objet d'une présentation détaillée. En effet, tous les autres résultats des régressions curvilinéaires et des effets d'interaction sont non significatifs.

1.2.1.1. Estime globale de soi

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre la moyenne et les indices d'instabilité de l'estime globale de soi et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 80 à 83 (Annexe BL et BO).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que seule la moyenne de l'estime globale de soi prédit ($\beta = -.59$; $t = -4.94$; $p < .001$) significativement le score total de l'EDI-A-24. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, ni la moyenne ni les indices d'instabilité de l'estime globale de soi ne prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité de l'estime globale de soi ne prédisent significativement l'IMC quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24). Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, la moyenne de l'estime globale de soi prédit significativement l'IMC ($\beta = 0.13$; $t = 2.03$; $p < .05$). Les résultats des régressions curvilinéaires entre l'estime globale de soi et l'IMC montrent également que ni la moyenne ni les indices d'instabilité de l'estime globale de soi ne prédisent significativement l'IMC. Le Tableau 83 (Annexe BN), montre des effets d'interaction significatifs entre le statut des participantes et l'écart type ($\beta = 0.22$; $t = 2.42$; $p < .05$), l'étendue ($\beta = 0.16$; $t = 2.40$; $p < .05$) et la moyenne des séries différenciées ($\beta = 0.20$; $t = 2.19$; $p < .05$) de l'estime globale de soi. La décomposition de ces interactions révèle que a) l'écart type de l'estime globale de soi prédit significativement l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques (patientes : $a = 17.87$, $b_1 = 0.50$, $p = .032$; participantes sans TCA : $a = 17.81$, $b_1 = -0.67$, $p = .103$) ; b) l'étendue de l'estime globale de soi ne prédit pas significativement l'IMC chez les patientes anorexiques ($a = 17.90$, $b_1 = 0.11$, $p = .101$) mais de

façon marginale chez les participantes sans TCA ($a = 17.87$, $b_1 = -0.13$, $p = .064$) ; et c) la moyenne des séries différenciées de l'estime globale de soi prédit significativement l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques (patientes : $a = 17.86$, $b_1 = 0.50$, $p = .042$; participantes sans TCA : $a = 17.89$, $b_1 = -0.64$, $p = .145$). Dans le modèle final, aucun effet d'interaction n'est significatif. Dans tous ces modèles, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

1.2.1.2. Valeur physique perçue

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre la moyenne et les indices d'instabilité de la valeur physique perçue et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 84 et 87 (Annexe BP et BS).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que seule la moyenne de la valeur physique prédit ($\beta = -.58$; $t = -4.30$; $p < .001$) significativement le score total de l'EDI-A-24. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, ni la moyenne ni les indices d'instabilité de l'estime globale de soi ne prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité de la valeur physique perçue ne prédisent significativement l'IMC quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24). Les résultats des régressions curvilinéaires entre la valeur physique perçue et l'IMC montrent également que ni la moyenne ni les indices d'instabilité de la valeur physique perçue ne prédisent significativement l'IMC. Le Tableau 87 (Annexe BS), montre un effet d'interaction significatif entre le statut des participantes et l'étendue de la valeur physique perçue ($\beta = 0.18$; $t = 2.52$; $p < .05$). Dans ce modèle de régression, le statut des participantes est un modérateur de l'impact de l'étendue de la valeur physique perçue sur l'IMC. La décomposition de cette interaction révèle que l'étendue de la valeur physique

prédit significativement l'IMC exclusivement chez les participantes sans TCA (patientes : $a = 17.83$, $b_1 = 0.10$, $p = .183$; participantes sans TCA : $a = 17.97$, $b_1 = -0.18$, $p = .015$).

1.2.1.3. Apparence physique perçue

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre la moyenne et les indices d'instabilité de l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 88 à 91 (Annexes BT à BW).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que la moyenne de l'apparence physique perçue ($\beta = -.59$; $t = -4.96$; $p < .001$) ainsi que tous ses indices d'instabilité (i.e. écart type : $\beta = 0.20$; $t = 2.10$; $p < .05$; étendue : $\beta = 0.22$; $t = 2.34$; $p < .05$; moyenne des séries différenciées : $\beta = 0.20$; $t = 2.11$; $p < .05$) prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Toutefois, dans le modèle final, seule la moyenne de l'apparence physique perçue ($\beta = -.67$; $t = -5.44$; $p < .001$) prédit significativement le score de l'EDI-A-24. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seul l'écart type de l'apparence physique perçue ($\beta = 0.13$; $t = 2.14$; $p < .05$) prédit significativement le score total de l'EDI-A-24. Tout au long de ces analyses de régression, le score total de l'EDI-A-24 et la moyenne de l'apparence physique perçue sont des variables de contrôle significatives.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que seule la moyenne de l'apparence physique perçue ($\beta = -.30$; $t = -2.21$; $p < .03$) prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle qui est significative. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'écart type ($\beta = 0.11$; $t = 2.45$; $p < .05$) et la moyenne des séries différenciées ($\beta = 0.10$; $t = 2.25$; $p < .05$) de l'apparence physique perçue prédisent significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses

de régression, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle qui est significative. Toutefois dans le modèle final, aucun de ces deux indices d'instabilité ne prédit significativement l'IMC. Les résultats des régressions curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC montrent que seule l'étendue de l'apparence physique perçue ($\beta = 0.10$; $t = 2.37$; $p < .05$) présente une relation non-linéaire avec l'IMC. Dans toutes ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Cette relation est illustrée à la Figure 27. Le Tableau 91 (Annexe BW) montre des effets d'interaction significatifs entre le statut des participantes et l'étendue ($\beta = 0.24$; $t = 3.02$; $p < .01$) et la moyenne des séries différenciées ($\beta = 0.19$; $t = 2.07$; $p < .05$) de l'apparence physique perçue. Concernant l'étendue, la décomposition de cette interaction révèle que l'étendue de l'apparence physique perçue prédit significativement l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques (patientes : $a = 17.60$, $b_1 = 0.19$, $p = .006$; participantes sans TCA : $a = 18.07$, $b_1 = -0.14$, $p = .087$). Concernant la moyenne des séries différenciées, la décomposition de cette interaction révèle que la moyenne des séries différenciées de l'apparence physique perçue prédit significativement l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques (patientes : $a = 17.69$, $b_1 = 0.69$, $p = .003$; participantes sans : $a = 18.05$, $b_1 = -0.30$, $p = .446$). Dans le modèle final, aucun effet d'interaction n'est significatif. Dans tous ces modèles, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

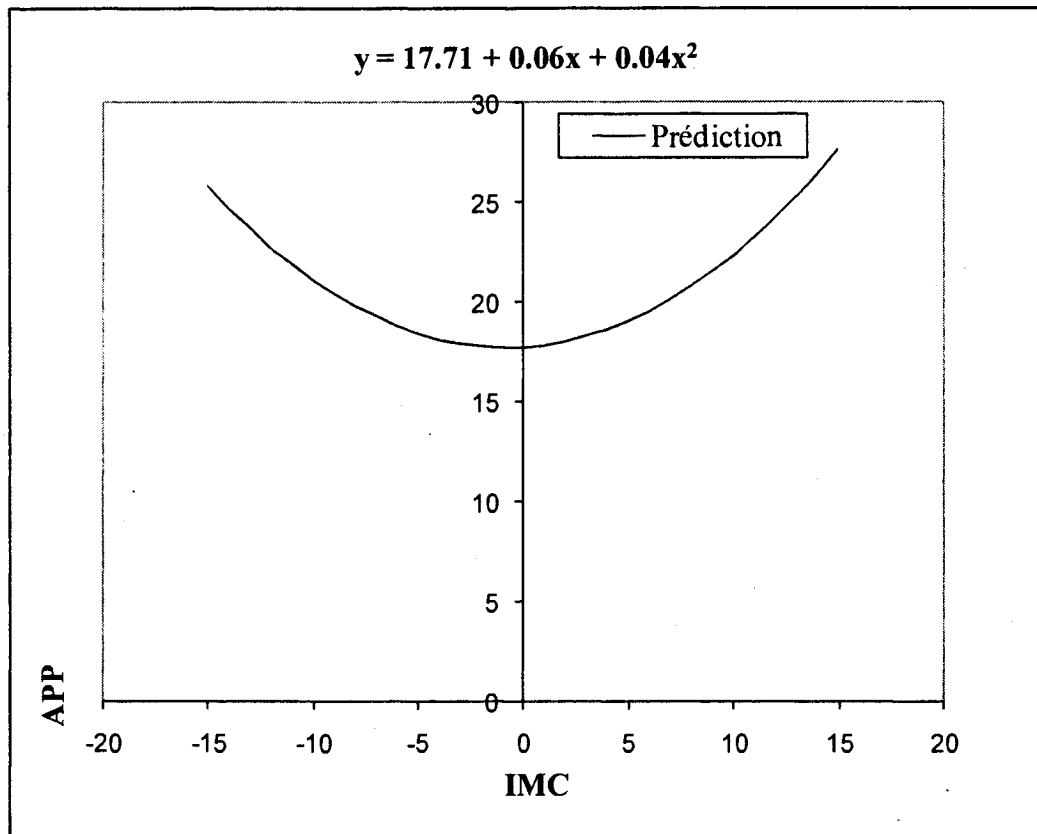


Figure 27. Relation entre l'étendue de l'apparence physique perçue (APP) et l'IMC

1.2.1.4. Soi social lié à la famille autre que les parents

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre la moyenne et les indices d'instabilité du soi social lié à la famille autre que les parents et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 92 à 95 (Annexe BX à CA).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité du soi social lié à la famille autre que les parents ne prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24 quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24).

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que ni la moyenne ni les indices

d'instabilité du soi social lié à la famille autre que les parents ne prédisent significativement l'IMC quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24). Les résultats des régressions curvilinéaires entre le soi social lié à la famille autre que les parents et l'IMC montrent que l'écart type ($\beta = 0.09$; $t = 2.14$; $p < .05$) et l'étendue ($\beta = 0.13$; $t = 3.03$; $p < .01$) du soi social lié à la famille autre que les parents présentent des relations non-linéaires. Ces relations sont illustrées aux Figures 28 et 29. Dans le modèle final, seule l'étendue du soi social lié à la famille autre que les parents ($\beta = 0.17$; $t = 2.92$; $p < .01$) prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative. Le Tableau 95 (Annexe CA) montre des effets d'interaction entre le statut des participantes et l'écart type ($\beta = 0.16$; $t = 2.18$; $p < .05$) et l'étendue ($\beta = 0.16$; $t = 2.52$; $p < .05$) du soi social lié à la famille autre que les parents. La décomposition de ces interactions révèle que a) l'écart type du soi social lié à la famille autre que les parents prédit significativement l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques (patientes : $a = 17.84$, $b_1 = 0.55$, $p = .016$; participantes sans TCA : $a = 17.97$, $b_1 = -0.23$, $p = .423$) et b) l'étendue du soi social lié à la famille autre que les parents ne prédit pas l'IMC chez les participantes sans TCA ($a = 17.96$, $b_1 = -0.09$, $p = .108$) mais de façon marginale chez les patientes anorexiques ($a = 17.86$, $b_1 = 0.10$, $p = .065$). Dans le modèle final, aucun effet d'interaction n'est significatif. Dans tous ces modèles, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

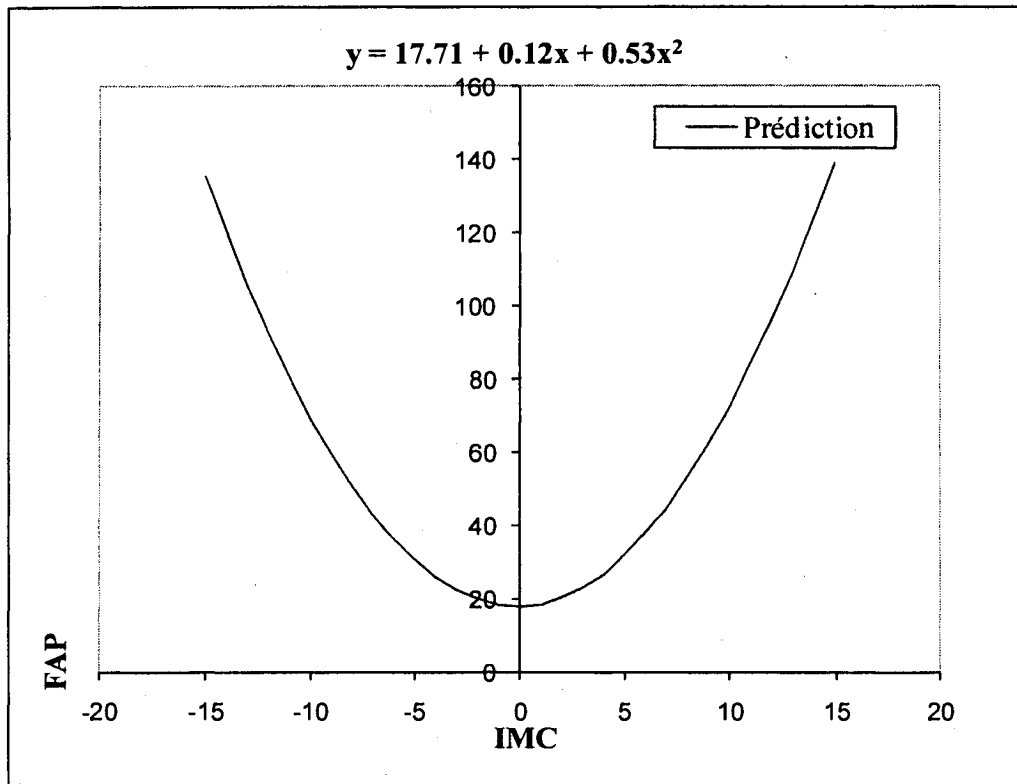


Figure 28. Relation entre l'écart type du soi social lié à la famille autre que les parents (FAP) et l'IMC

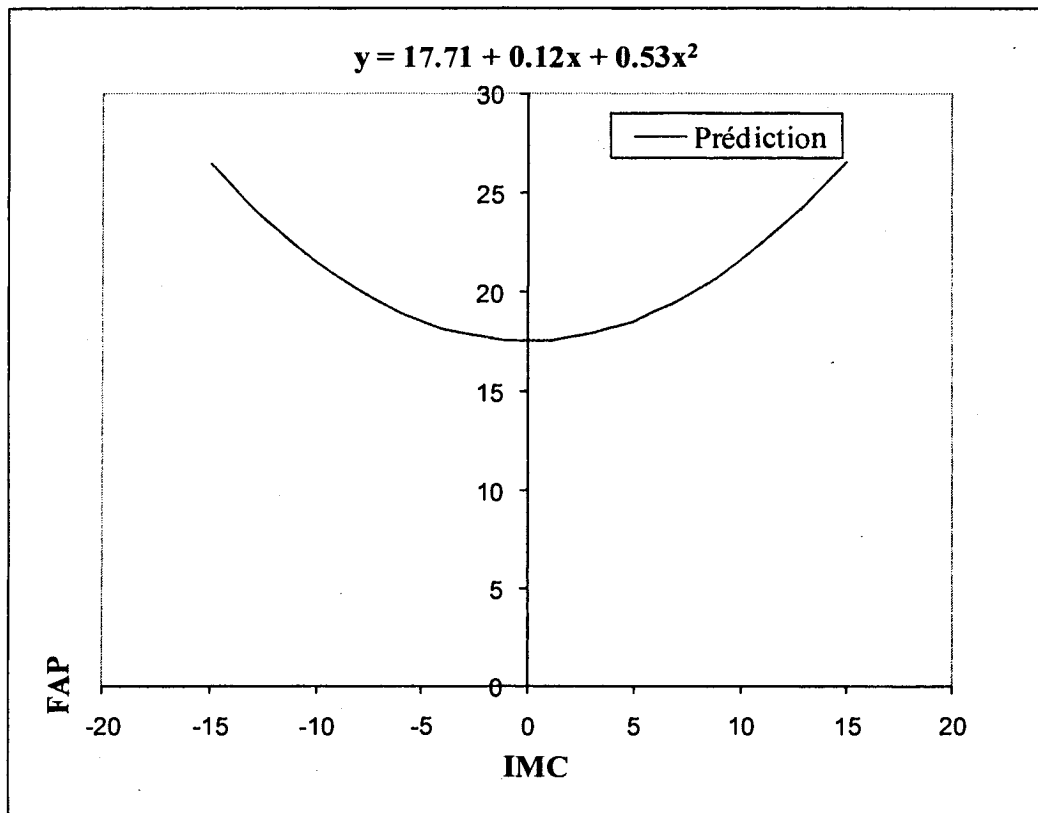


Figure 29. Relation entre l'étendue du soi social lié à la famille autre que les parents (FAP) et l'IMC

1.2.1.5. Soi social lié aux ami(e)s

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre la moyenne et les indices d'instabilité du soi social lié aux ami(e)s et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 96 à 99 (Annexes CB à CE).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que la moyenne ($\beta = -0.37$; $t = -3.57$; $p < .01$) et la moyenne des séries différenciées ($\beta = 0.29$; $t = 2.54$; $p < .05$) du soi social lié aux ami(e)s prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Dans tous ces modèles de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle qui est significative. Dans le modèle final, la moyenne ($\beta = -0.27$; $t = -2.53$; $p < .05$) et la moyenne des séries différenciées ($\beta = 0.29$; $t = 2.54$; $p < .05$) du soi social lié aux ami(e)s prédisent significativement le score de l'EDI-A-24. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, ni la moyenne ni les indices d'instabilité ne prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24 quelles que soient les variables de contrôle incluses.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que seule la moyenne des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s ($\beta = 0.25$; $t = 2.11$; $p < .05$) prédit significativement l'IMC. Tout au long de ces analyses de régression, le statut des participantes est la seule variable de contrôle qui est significative. En revanche, lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, ni la moyenne ni les indices d'instabilité du soi social lié aux ami(e)s ne prédisent significativement l'IMC au jour J0. Les résultats des régressions curvilinéaires entre le soi social lié aux ami(e)s et l'IMC montrent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité du soi social lié ami(e)s ne prédisent significativement l'IMC. Comme le montre le Tableau 99 (Annexe CE), aucun effet d'interaction entre le statut des participantes et la moyenne et les indices d'instabilité du soi social lié aux ami(e)s n'est significatif.

1.2.1.6. Soi social lié aux parents

Les résultats des régressions linéaires à deux ou trois variables de contrôle et curvilinéaires à trois variables de contrôle évaluant la prédiction entre la moyenne et les indices d'instabilité du soi social lié aux parents et les symptômes anorexiques sont présentés aux Tableaux 100 à 103 (Annexes CF à CI).

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité ne prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24 quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24).

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité de l'estime globale de soi ne prédisent significativement l'IMC quelles que soient les variables contrôlées (i.e. statut, IMC et/ou score total de l'EDI-A-24). Les résultats des régressions curvilinéaires entre le soi social lié aux parents et l'IMC montrent que ni la moyenne ni les indices d'instabilité du soi social lié aux parents ne prédisent significativement l'IMC. Comme le montre le Tableau 103 (Annexe CI), aucun effet d'interaction entre le statut des participantes et la moyenne et les indices d'instabilité du soi social lié aux parents n'est significatif.

En définitive, concernant les niveaux des dimensions du concept de soi (H6), les analyses de régression linéaire montrent que les niveaux de l'estime globale de soi, de la valeur physique perçue, de l'apparence physique perçue et du soi social lié aux ami(e)s prédisent le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. Toutefois le niveau d'aucune des dimensions du concept de soi ne prédit l'IMC au jour J0. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seule l'apparence physique perçue prédit significativement le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, les niveaux de l'estime globale de soi et de l'apparence physique perçue prédisent significativement l'IMC au jour J70. Pour

mémoire, aucune relation curvilinéaire entre les niveaux des dimensions du concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC, au jour J70 n'est significative, quelles que soient les variables de contrôle incluses. De plus, aucun effet d'interaction (i.e. statut des participantes * niveau des dimensions du concept de soi) sur l'EDI-A-24 ou sur l'IMC, au jour J70, n'est significatif quelles que soient les variables de contrôle incluses.

Concernant les indices d'instabilité des dimensions du concept de soi (H7), les analyses de régression linéaire montrent que l'écart-type, l'étendue et la moyenne des séries différenciées de l'apparence physique perçue ainsi que la moyenne des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s prédisent le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. De même, la moyenne des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s prédit significativement l'IMC au jour J0. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seul l'écart type de l'apparence physique perçue prédit le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, seuls l'écart type et la moyenne des séries différenciées de l'apparence physique perçue prédisent l'IMC au jour J70. Des résultats significatifs concernant les relations curvilinéaire et les effets d'interaction apparaissent uniquement lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle. Premièrement, les relations curvilinéaires entre l'IMC au jour J70 et a) l'étendue de l'apparence physique perçue et b) l'écart type et l'étendue du soi social lié à la famille autre que les parents, sont significatives. Deuxièmement, les effets d'interaction entre le statut des participantes et a) tous les indices d'instabilité de l'estime globale de soi, b) l'étendue de la valeur physique perçue, c) l'étendue et la moyenne des séries différenciées de l'apparence physique perçue, et d) l'écart type et l'étendue du soi social lié à la famille autre que les parents, sur l'IMC au jour J70 sont significatifs. Concernant l'estime globale de soi, son écart-type et sa moyenne des séries différenciées prédit l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques et son étendue prédit l'IMC uniquement de façon marginale chez les participantes sans TCA. De plus, l'étendue de la valeur physique perçue prédit l'IMC exclusivement chez les participantes sans TCA. Concernant l'apparence physique perçue, son étendue et

sa moyenne des séries différenciées prédisent significativement l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques. Enfin, concernant le soi social lié à la famille autre que les parents son écart type prédit l'IMC exclusivement chez les patientes anorexiques et son étendue prédit l'IMC uniquement de façon marginale chez les patientes anorexiques.

2. HUITIÈME HYPOTHESE : COMPARAISON DES DYNAMIQUES

2.1. Dynamique des dimensions du concept de soi

Les procédures ARIMA ont permis de modéliser les séries temporelles des six dimensions du concept de soi (i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, soi social lié à la famille autre que les parents, soi social lié aux ami(e)s et soi social lié aux parents) de chaque participante sans TCA et patiente anorexique. Elles rendent compte de la dynamique de ces dimensions au cours des 70 jours consécutifs (voir Tableaux 104 et 105, Annexe CJ et CK). Pour chaque dimension, les modèles ARIMA et leurs coefficients pour le groupe contrôle puis pour le groupe clinique seront successivement présentés. La présentation des coefficients des modèles ARIMA sera fonction de leurs valeurs extrêmes. En effet, un coefficient (i.e. θ ou ϕ) proche de 1 correspond à un coefficient élevé ; à l'inverse un coefficient proche de 0 correspond à un coefficient faible. Plus le coefficient est élevé, plus le processus statistique sous jacent [i.e. ARIMA (0,1,q) pour θ ou ARIMA (p,0,0) pour ϕ] exerce une influence sur le système qu'il caractérise (i.e. chaque dimension du concept de soi, dans le cas présent). En d'autres termes, concernant le modèle ARIMA (0,1,q), le coefficient θ correspond à l'intégration au modèle des perturbations observées autour de la moyenne de la série qui évolue dans le temps en fonction du processus de différentiation (i.e. moyenne mobile). Il s'agit donc d'un mécanisme d'équilibration du modèle qui illustre aussi sa mémoire des « chocs » ou fluctuations imprévues précédentes. Plus le coefficient θ est proche de 0, plus les fluctuations observées sont indépendantes des erreurs de mesure précédentes et plus les fluctuations observées tendent à être importantes (i.e. compte tenu de la non intégration des erreurs précédentes au modèle). Concernant le modèle

ARIMA (p,0,0), le coefficient ϕ indique l'amplitude de dépendance aux observations précédentes du système. Un coefficient ϕ plus élevé (proche de 1), indique que le système dépend des observations précédentes incluant leurs erreurs de mesure (et vice et versa lorsque le coefficient ϕ est proche de 0) alors que dans le cas du modèle (0,1,q), le coefficient θ n'indique qu'une dépendance aux erreurs, ou fluctuations précédentes. Ce coefficient représente donc lui aussi la mémoire du système aux fluctuations antérieures mais dans le cadre d'un système ne présentant pas de tendance générale évolutive (i.e. sans différentiation) : ce système n'est donc prédit que par les observations antérieures. Si les autres formes de modèles ARIMA possibles ne sont pas décrites ici, c'est par soucis de simplicité ; ces autres modèles n'ayant pas été observés dans le cadre de la présente étude.

2.1.1. Estime globale de soi

Pour les participantes sans TCA ($n = 23$), la majorité des modèles ARIMA obtenus pour l'estime globale de soi (i.e. 19/23) répond au modèle (0,1,1) à moyenne mobile (voir Figures 30 et 31). Statistiquement, chaque observation des séries temporelles de l'estime globale de soi est liée aux erreurs (fluctuations) associées aux observations précédentes d'une manière qui maintient la série en équilibre autour d'une moyenne qui évolue. Ainsi, si l'estime globale de soi de ces 19 participantes sans TCA oscille de manière transitoire, elle le fait autour d'un point d'équilibre qui lui tend à évoluer au cours du temps. Le Tableau 100 (Annexe CJ) montre que les coefficients θ du modèle (0,1,1) sont élevés (entre 0.61 et 0.88) ; excepté pour la participante C (coefficient = 0.55), la participante P (coefficient = 0.55) et la participante U (coefficient = 0.55). En d'autres termes, les séries temporelles de la plupart des participantes sans TCA tendent à montrer peu de fluctuations autour d'un point d'équilibre en évolution. En l'occurrence, l'estime globale de soi des participantes C, P et U intègre moins bien ces perturbations au modèle qui présente donc plus de fluctuations. Seules les séries temporelles de l'estime globale de soi de quatre participantes sans TCA (i.e. participantes E, Q, R et S) rendent compte du modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc ». Ces séries temporelles correspondent donc à une valeur de

référence stable (i.e. moyenne de la série temporelle), associée à des erreurs aléatoires de faibles amplitudes ou « bruit ». Plus concrètement, l'estime globale de soi de ces participantes fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne.

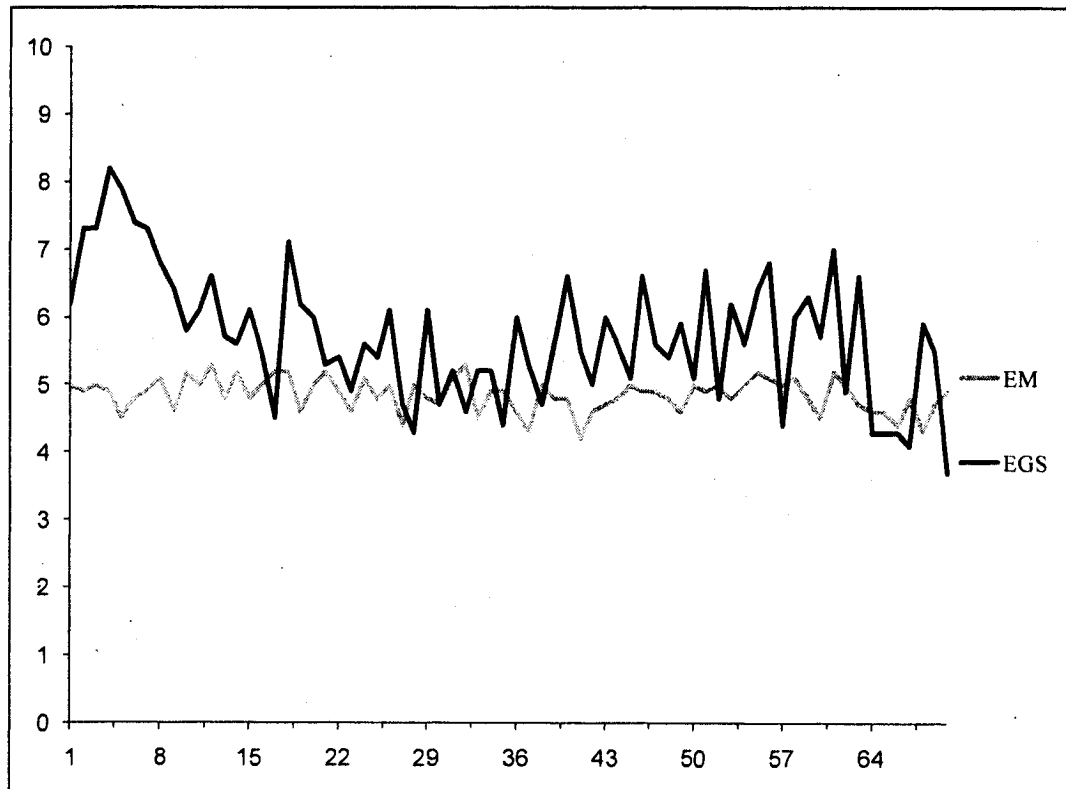


Figure 30. Séries temporelles de l'estime globale de soi (EGS) et d'erreur de mesure (EM) de la participante J [ARIMA (0,1,1)]

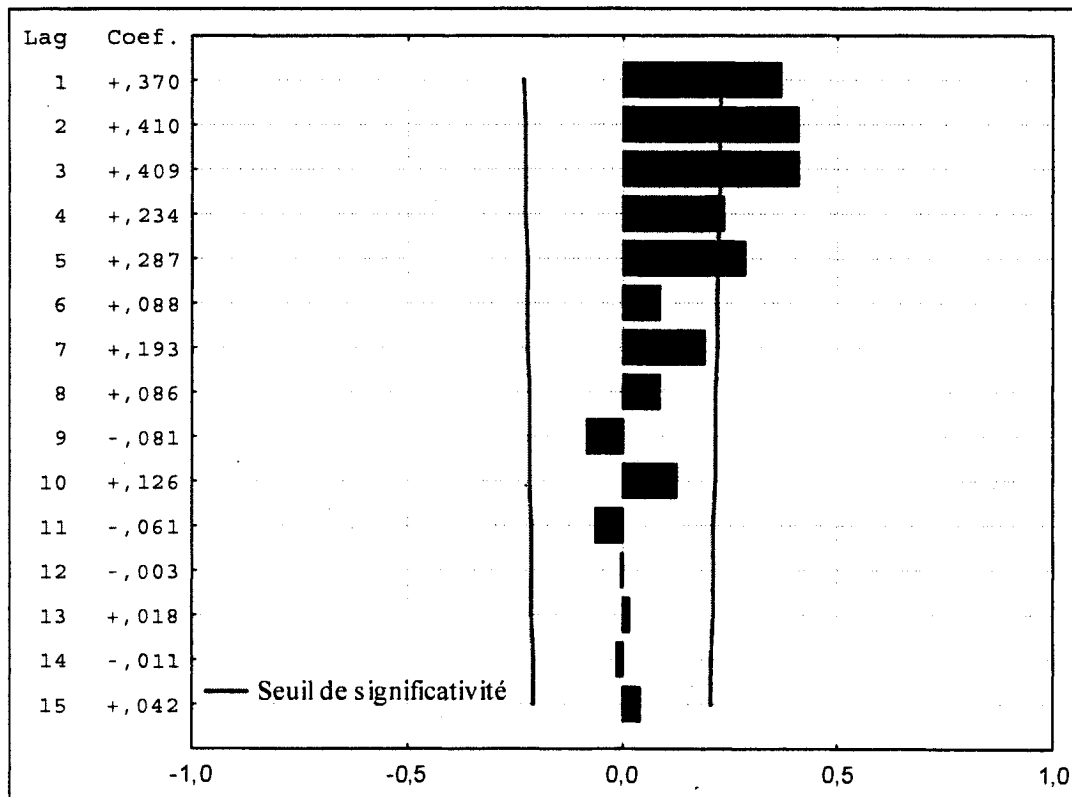


Figure 31. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de l'estime globale de soi de la participante J [ARIMA (0,1,1)]

Les modèles ARIMA de l'estime globale de soi des patientes anorexiques ($n = 26$), ne mettent pas en évidence une forme dominante de modèle. Premièrement, les séries temporelles de dix patientes anorexiques coïncident au modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir Figures 32 et 33), indiquant que l'estime globale de soi fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Deuxièmement, huit patientes présentent un modèle (1,0,0) d'autorégression de premier ordre (voir Figures 34 et 35), indiquant que chaque observation est prédite par les observations précédentes, sans valeur de référence (i.e. point d'équilibre). Cela dénote, entre autre, l'influence durable des variations des jours précédents sur l'état futur ; une certaine « mémoire » de la série temporelle. La série temporelle de l'estime globale de soi de la patiente 15 est de second ordre [i.e. deux paramètres autorégressifs (2,0,0)] ce qui signifie que son estime globale de soi est aussi affectée par des observations et fluctuations encore plus lointaines que celles des huit patientes précédentes (i.e. que l'impact de perturbations s'estompe encore plus lentement). Le Tableau 105 (Annexe CK) montre que les coefficients d'autorégression sont faibles (compris 0.24 et 0.54) ;

excepté pour la patientes 4 (coefficient = 0.68), la patiente 15 (coefficient = 0.95) et la patiente 22 (coefficient = 0.72). En d'autres termes, le coefficient d'autorégression indique que l'estime globale de soi de six sur neuf des patientes anorexiques présente un modèle autorégressif [i.e (1,0,0) ou (2,0,0)] qui ne dépend que partiellement ou peu des observations et des fluctuations précédentes alors que celle des patientes 4, 15 et 22 dépend plus fortement de celles-ci. Troisièmement, les séries temporelles de l'estime globale de soi de sept patientes correspondent à des modèles (0,1,1) à moyenne mobile, dont trois (i.e. patientes 6, 12 et 18) présentent des coefficients élevés (entre 0.63 et 0.88) et quatre (i.e. patientes 1, 10, 11 et 17) des coefficients faibles (entre 0.41 et 0.52). En d'autres termes, si l'estime globale de soi de ces patientes fonctionne comme un système équilibré en évolution, les patientes 6, 12 et 18 présentent des fluctuations d'ampleur moins importantes liées à un mécanisme d'équilibration (d'intégration des fluctuations précédentes) plus fort autour de cette moyenne que les patientes 1, 10, 11 et 17.

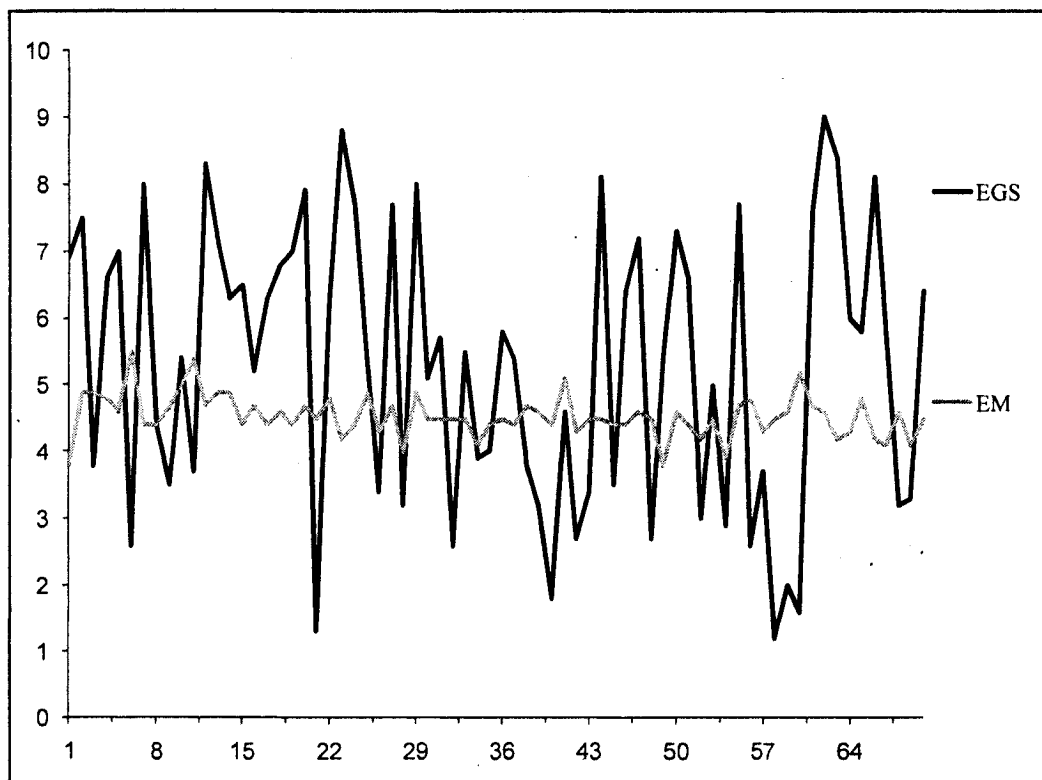


Figure 32. Séries temporelles de l'estime globale de soi (EGS) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)]

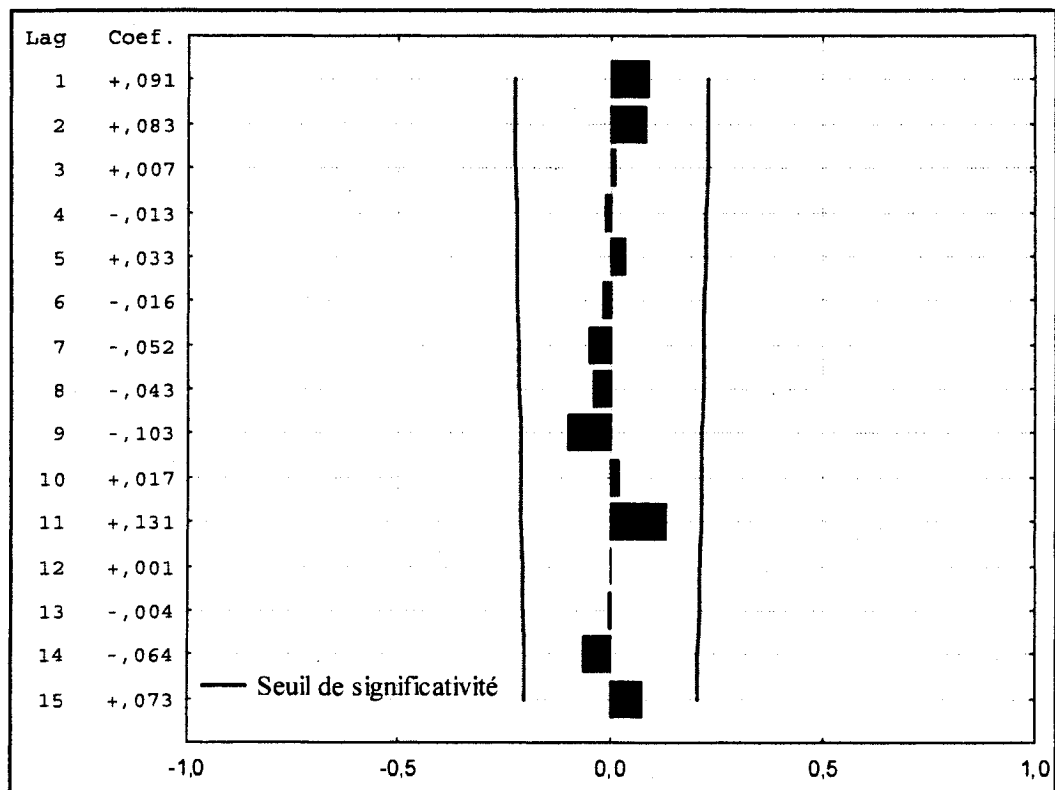


Figure 33. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de l'estime globale de soi de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)]

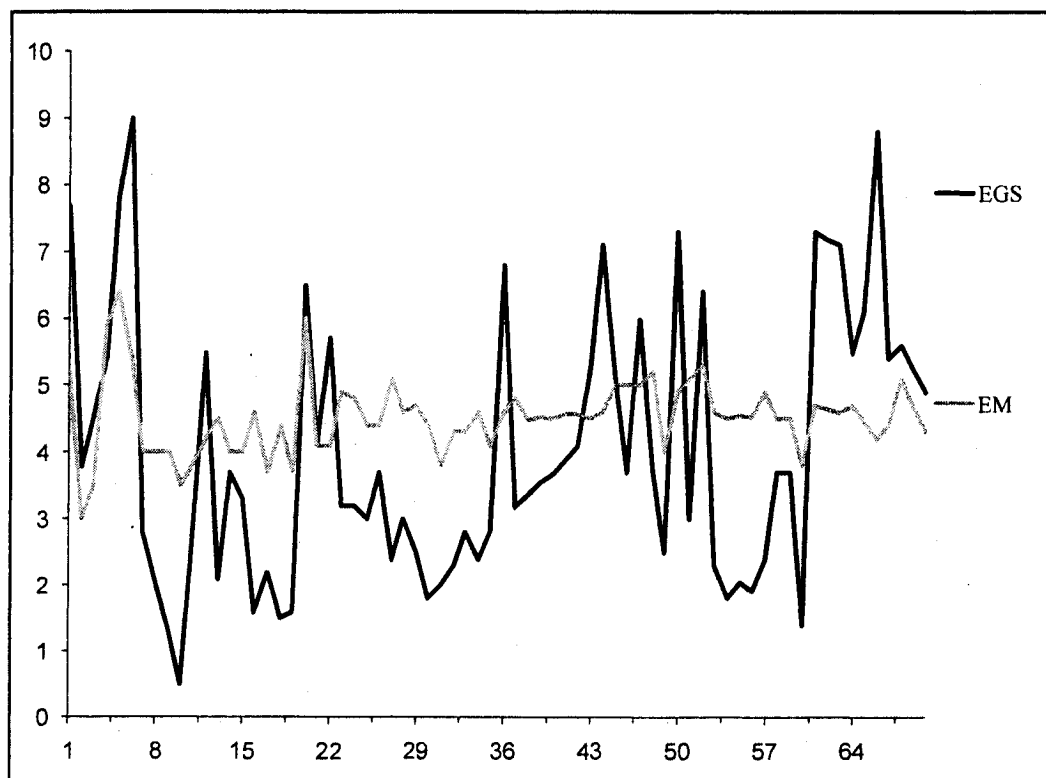


Figure 34. Séries temporelles de l'estime globale de soi (EGS) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 26 [ARIMA (1,0,0)]

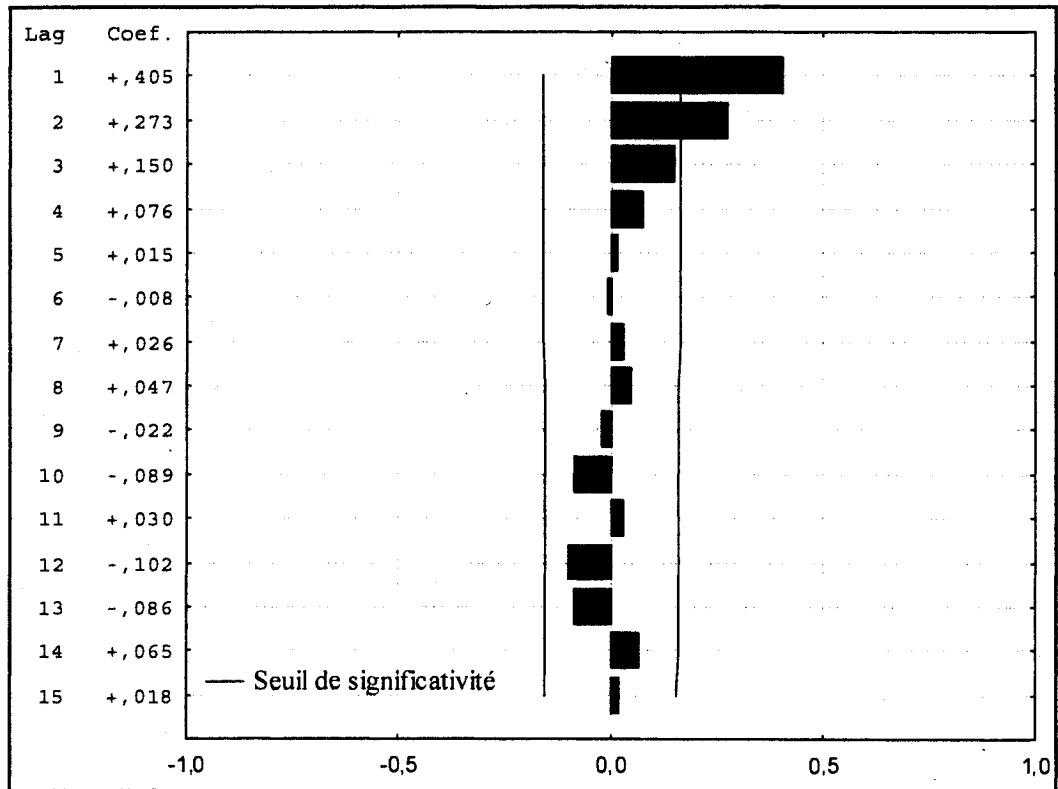


Figure 35. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de l'estime globale de soi de la participante 26 [ARIMA (1,0,0)]

2.1.1.1. Valeur physique perçue

Pour les participantes sans TCA ($n = 23$), la majorité des modèles ARIMA obtenus pour la valeur physique perçue (i.e. 17/23) met en évidence un modèle (0,1,1) à moyenne mobile (voir Figures 36 et 37). Ces résultats signifient que si la valeur physique perçue oscille de manière transitoire, cette dimension du concept de soi fonctionne comme un système caractérisé par un point d'équilibre en évolution au cours du temps. Le Tableau 104 (Annexe CJ) montre que les coefficients du modèle (0,1,1) sont moins élevés que ceux des modèles (0,1,1) de l'estime globale de soi : la moitié des coefficients sont compris entre 0.57 et 0.87 et l'autre moitié se situe entre 0.33 et 0.50. En d'autres termes, ces coefficients indiquent que les modèles présentent plus de fluctuations et que celles-ci sont moins bien intégrées au modèle que les modèles observés au niveau de l'estime globale de soi. Ensuite, les séries temporelles de la valeur physique perçue de cinq participantes sans TCA (i.e. participantes E, G, R, S et W) rendent compte du modèle (0,0,0) correspondant à du « bruit blanc », ce qui signifie que leur valeur

physique perçue fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Enfin, la série temporelle de la valeur physique perçue de la participante H coïncide au modèle (2,0,0) d'autorégression de second ordre dont la somme des coefficients est égale à 0.99 (i.e. premier coefficient = 0.56 ; second coefficient = 0.43). En d'autres termes, les observations et fluctuations des jours précédents voire lointains affectent durablement et de manière très importante la valeur physique perçue de cette participante.

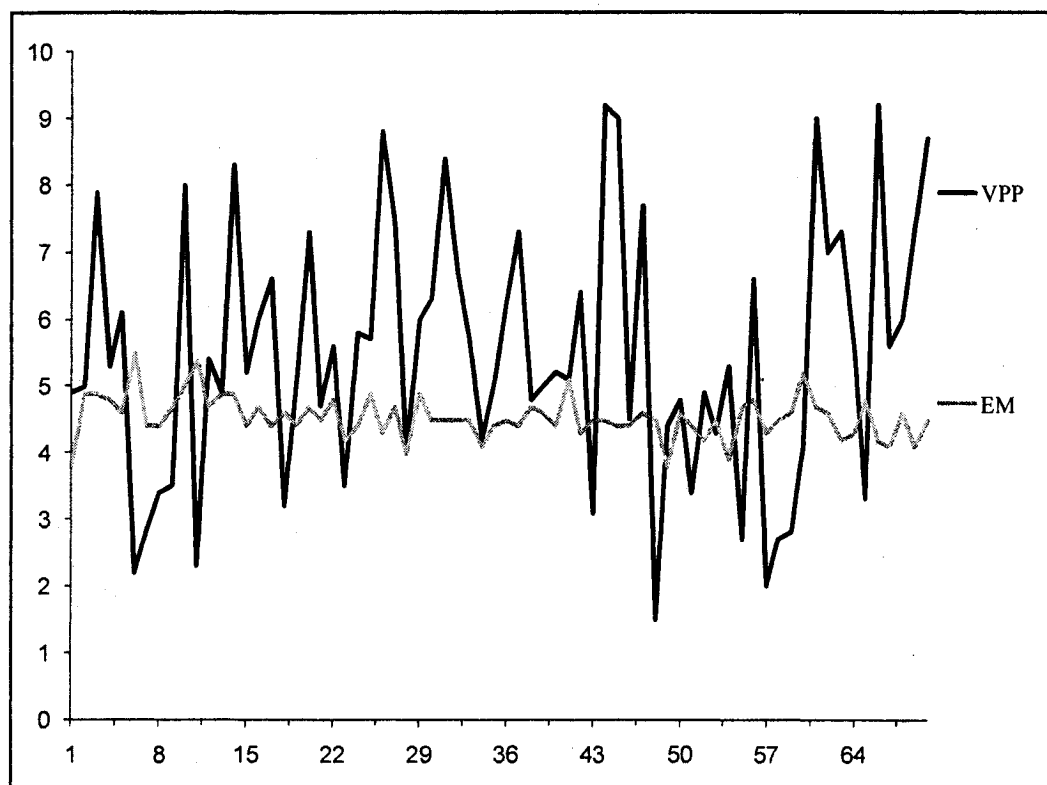


Figure 36. Séries temporelles de la valeur physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante I [ARIMA (0,1,1)]

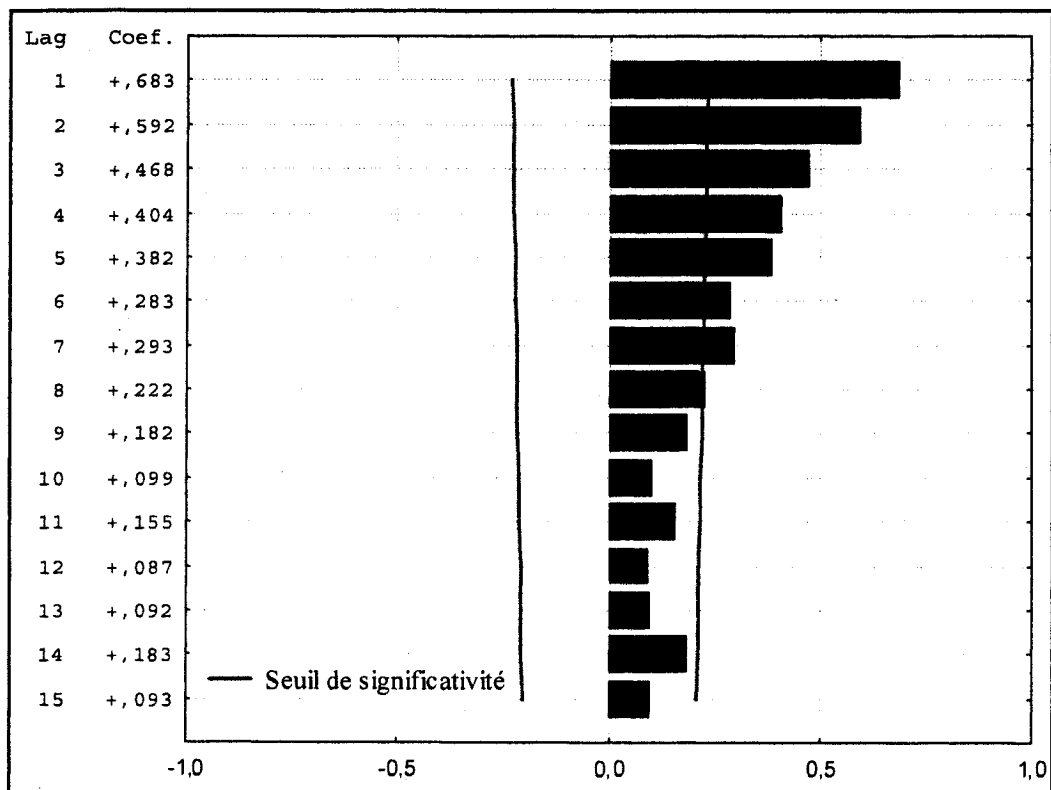


Figure 37. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la valeur physique perçue de la participante I [ARIMA (0,1,1)]

Concernant la valeur physique perçue des patientes anorexiques, la moitié des modèles ARIMA (i.e. 12/26) met en évidence des modèles (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir Figures 38 et 39), indiquant que la valeur physique perçue de la moitié des patientes fonctionne comme un état d'équilibre stable associé à des fluctuations aléatoires non-prévisibles. Deuxièmement, le quart des séries temporelles de la valeur physique perçue (i.e. 7/26) rend compte d'un modèle autorégressif de premier ordre (1,0,0), montrant une dépendance à court terme aux observations et fluctuations des jours précédents. Seule la patiente 15 montre un modèle autorégressif de second ordre (2,0,0) montrant une dépendance à plus long terme aux observations et fluctuations précédentes. Ces huit coefficients d'autorégression se répartissent également entre quatre coefficients élevés (entre 0.57 et 0.96) et quatre coefficients faibles (entre 0.39 et 0.51), montrant que la force de cette dépendance aux observations précédentes varie selon les patientes. Troisièmement, comme le montre le Tableau 105 (Annexe CK), le dernier quart des patientes (i.e. 6/23) répond au modèle (0,1,1) à moyenne mobile parmi lequel six coefficients sont élevés (compris entre 0.59 et

0.96) et un seul, celui de la patiente 1, est faible (coefficient = 0.30). Ces résultats signifient que la valeur physique perçue de ces patientes fonctionne comme un système équilibré en évolution présentant peu de fluctuations bien intégrées au modèle pour cinq patientes et plus de fluctuations moins bien intégrées pour une dernière patiente.

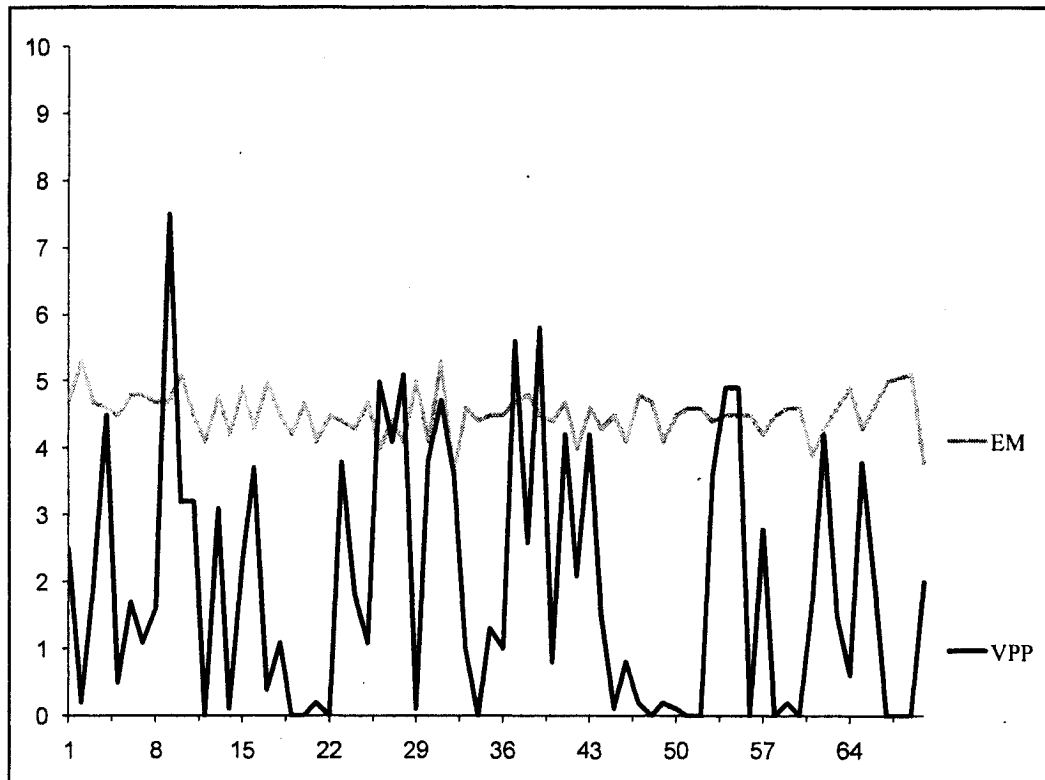


Figure 38. Séries temporelles de la valeur physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 16 [(ARIMA (0,0,0)]

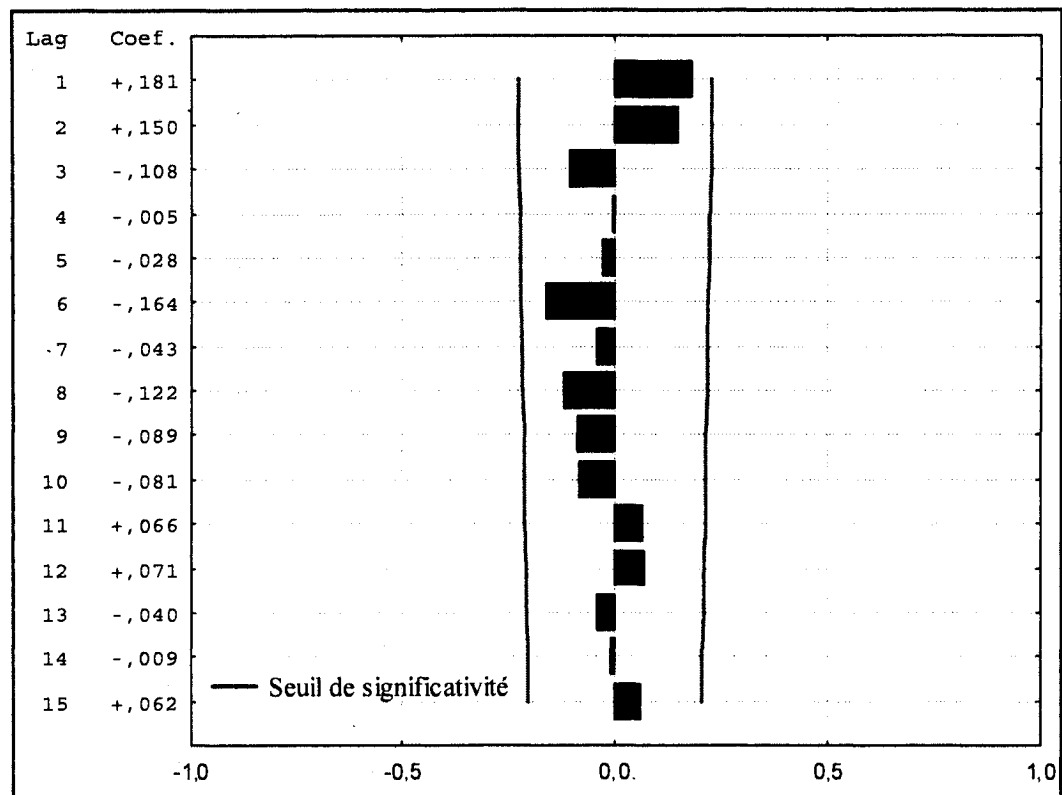
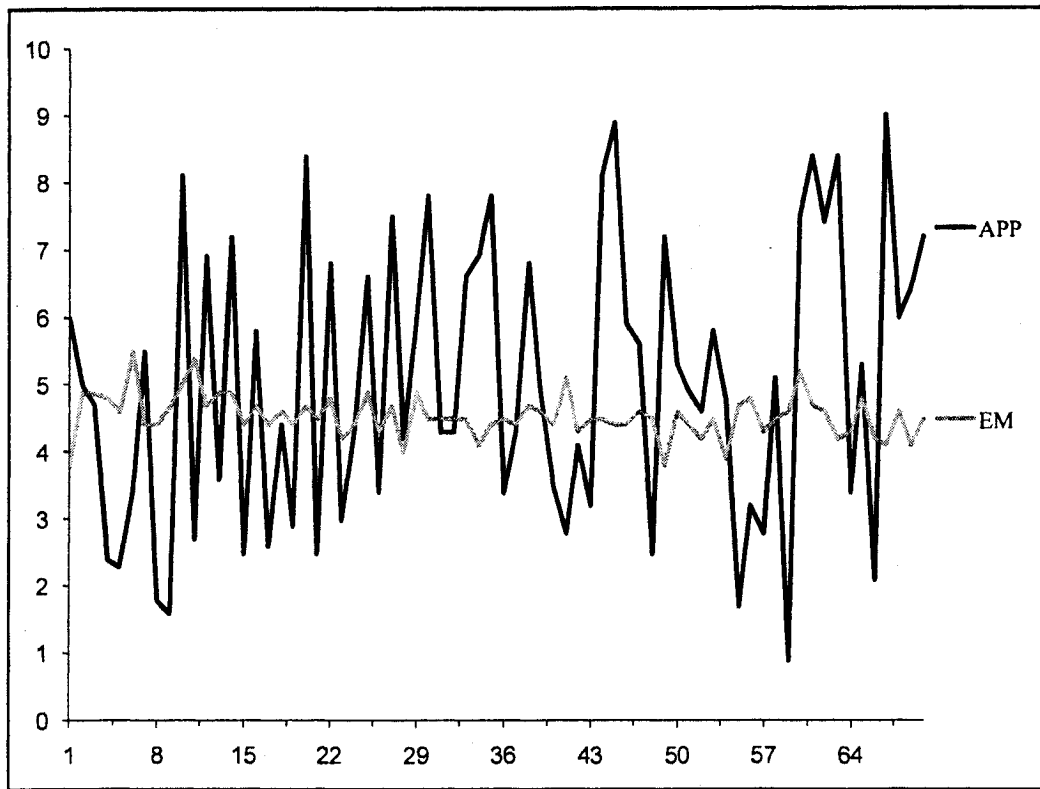


Figure 39. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la valeur physique perçue de la participante 16 [(ARIMA (0,0,0)]

2.1.1.2. Apparence physique perçue

Pour les participantes sans TCA ($n = 23$), la majorité des procédures ARIMA obtenue pour l'apparence physique perçue (20/23) met en évidence un modèle (0,1,1) à moyenne mobile (voir Figures 40. et 41). Ces résultats signifient que si l'apparence physique perçue oscille de manière transitoire, cette dimension du concept de soi fonctionne comme un système caractérisé par un point d'équilibre en évolution au cours du temps. Le Tableau 104 (Annexe CJ) montre que les coefficients du modèle (0,1,1) sont élevés (compris entre 0.57 et 0.88) excepté pour la participante C (coefficient = 0.50). En d'autres termes, à l'instar de l'estime globale de soi, les séries temporelles de la plupart des participantes sans TCA tendent à montrer des fluctuations peu importantes autour d'un point d'équilibre en évolution. En l'occurrence, l'apparence physique perçue de la dernière participante est plus soumise aux perturbations. Seules les séries temporelles de l'apparence physique perçue de trois participantes sans TCA (i.e. participantes E, L et R) rendent compte du modèle (0,0,0) correspondant au

« bruit blanc ». Plus concrètement l'apparence physique perçue de ces patientes fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne.



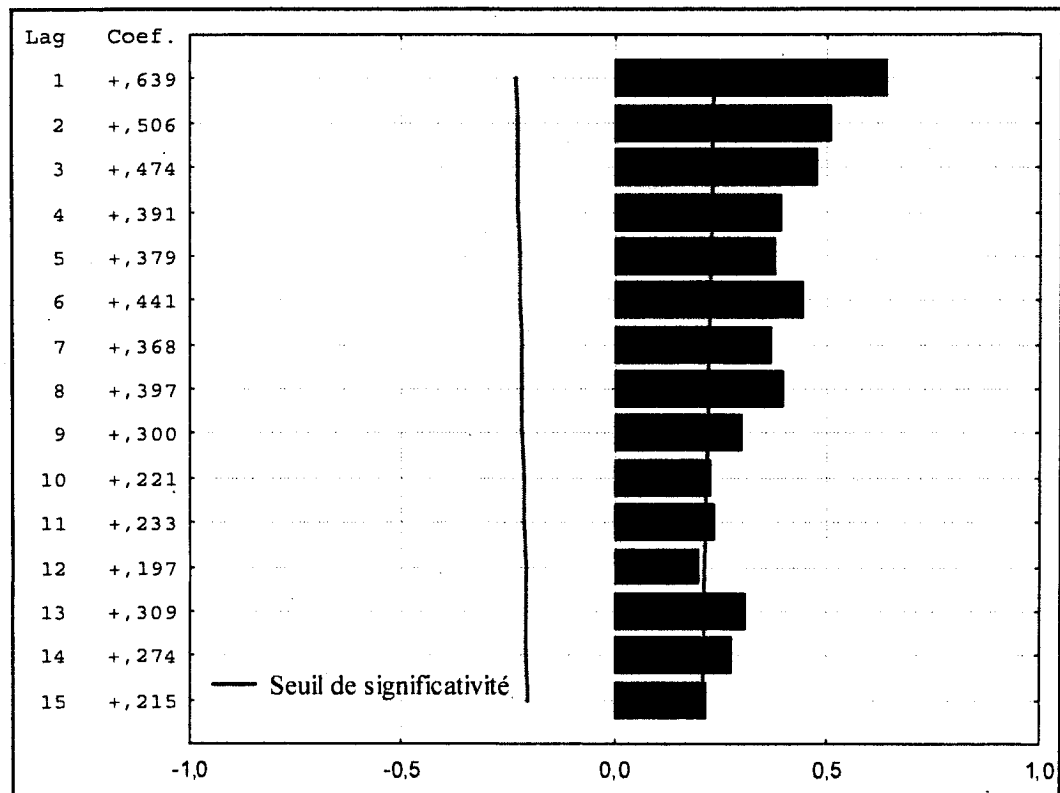


Figure 41. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle d'apparence valeur physique perçue de la participante I [ARIMA (0,1,1)]

Concernant l'apparence physique perçue des patientes anorexiques, la moitié des modèles ARIMA (i.e. 14/26) met en évidence un modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » comme la valeur physique perçue (voir Figures 42 et 43) Ces résultats signifient que l'apparence physique perçue de ces patientes fonctionne comme un état d'équilibre stable associé à des fluctuations aléatoires non prévisibles. Ensuite, comme le montre le Tableau 105 (Annexe CK), le quart des séries temporelles de l'apparence physique perçue (i.e. 7/26) rend compte du modèle (0,1,1) à moyenne mobile parmi lequel sept coefficients sont élevés (compris entre 0.56 et 0.82) et deux sont plus faibles, ceux de la patiente 1 (coefficient = 0.39) et de la patiente 20 (coefficient = 0.36). Ces résultats signifient que l'apparence physique perçue de ces patientes fonctionne comme un système équilibré en évolution présentant peu de fluctuations bien intégrées au modèle pour cinq patientes et plus de fluctuations moins bien intégrées pour les deux dernières patientes. Enfin, le dernier quart des patientes (i.e. 5/23) répond au modèle (1,0,0) d'autorégression de premier ordre, dont trois (i.e. patientes 11, 17, 22) présentent des coefficients élevés (entre 0.55 et 0.99) et deux (i.e. patientes 4,

15) des coefficients faibles (coefficients = 0.35 et 0.36). En d'autres termes, si les observations et perturbations précédentes affectent durablement l'apparence physique perçue de ces patientes, les patientes 4 et 15 présentent une dépendance plus faible aux observations précédentes que les patientes 11, 17 et 22.

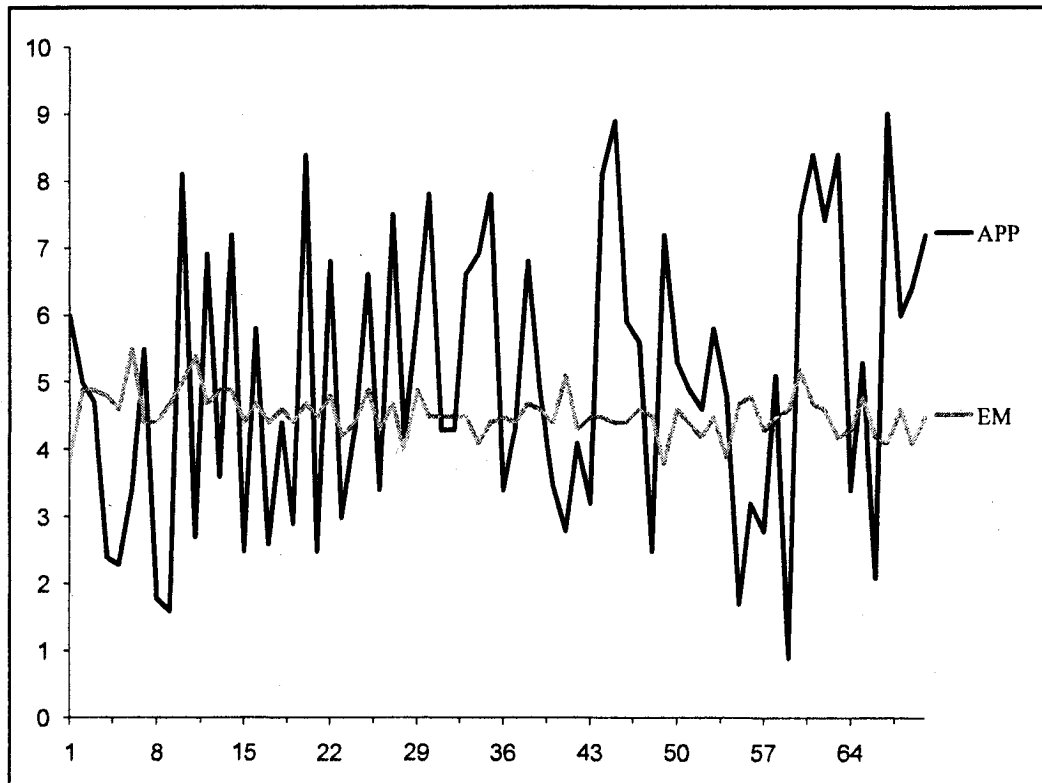


Figure 42. Séries temporelles d'apparence physique perçue (VPP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)]

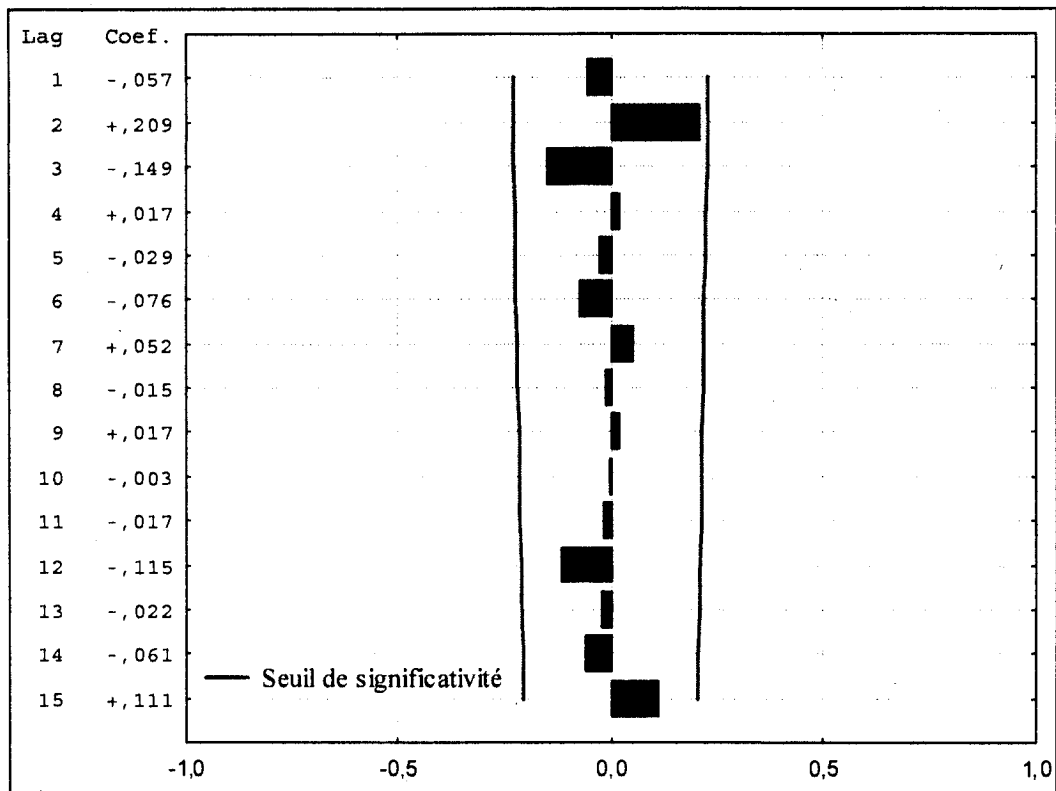


Figure 43. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle d'apparence physique perçue de la participante 5 [ARIMA (0,0,0)]

2.1.1.3. Soi social lié à la famille autre que les parents

Pour les participantes sans TCA ($n = 23$), la moitié des modèles ARIMA obtenus pour le soi social lié à la famille autre que les parents (i.e. 13/23) met en évidence premièrement, un modèle (0,1,1) à moyenne mobile (voir Figures 44 et 45) montrant que le soi social lié à la famille autre que les parents oscille de manière transitoire selon un point d'équilibre en évolution au cours du temps. Seule la participante F montre un modèle à moyenne mobile de second ordre [i.e. second ordre (0,1,2)] montrant une oscillation dépendant de fluctuations encore plus lointaines. Le Tableau 104 (Annexe CJ) montre que les coefficients du modèle (0,1,1) sont élevés (entre 0.54 et 0.88) indiquant que le soi social lié à la famille autre que les parents fluctue peu ou partiellement de manière transitoire selon un point d'équilibre en évolution au cours du temps. Deuxièmement, les séries temporelles du soi social lié à la famille autre que les parents de six participantes sans TCA rendent compte du modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » ; ce qui signifie que leur soi social lié à la famille autre que les

parents fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Troisièmement, les séries temporelles des trois participantes restantes répondent au modèle (1,0,0) d'autorégression dont une (i.e. participante R) présente un coefficient très élevé (coefficient = 0.98) et deux (i.e. participantes M, I) des coefficients faibles (coefficients = 0.27 et 0.37, respectivement). En d'autres termes, le coefficient d'autorégression montre que la force de la dépendance aux observations et fluctuations précédentes varie selon le soi social lié à la famille autre que les parents des participantes.

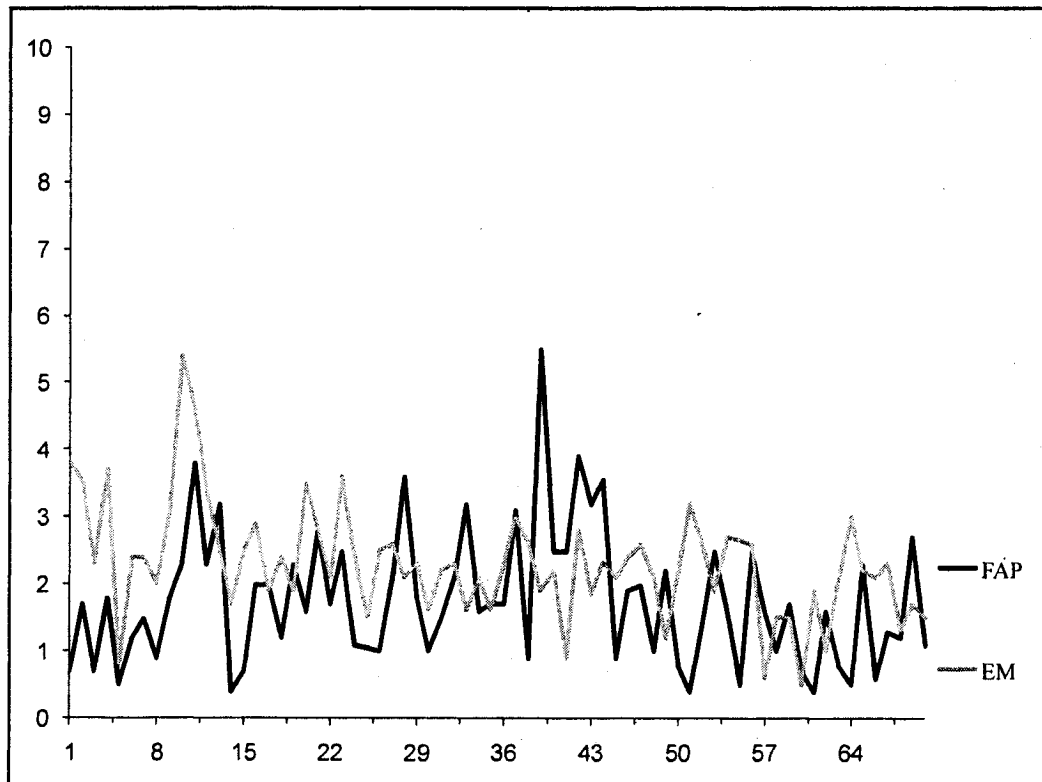


Figure 44. Série temporelle de la famille autre que les parents (FAP) et d'erreur de mesure (EM) de la participante F [ARIMA (0,0,0)]

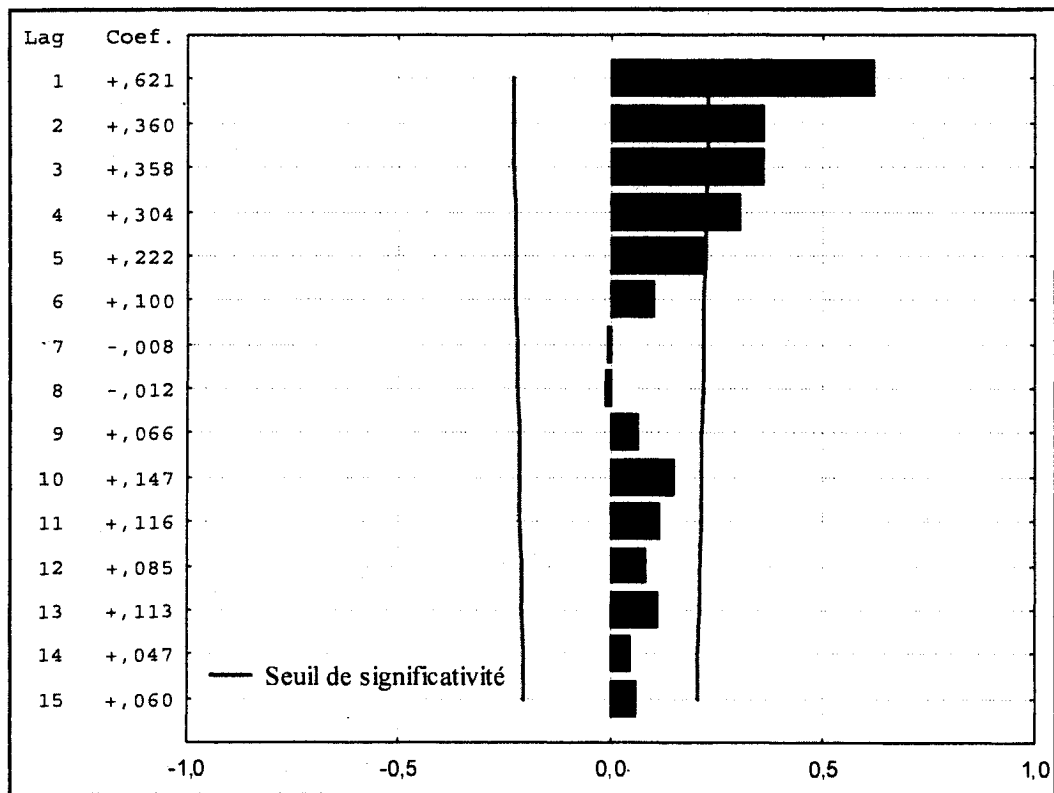
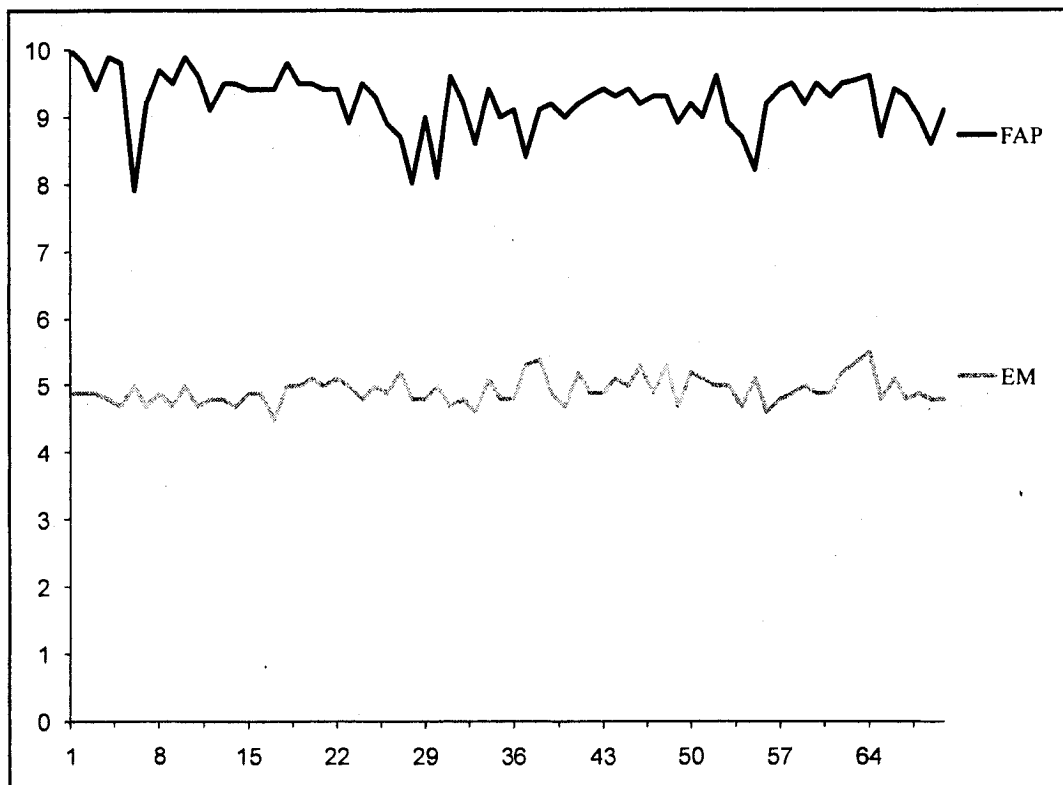


Figure 45. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la famille autre que les parents de la participante F [ARIMA (0,0,0)]

Concernant le soi social lié à la famille autre que les parents des patientes anorexiques, la moitié des modèles ARIMA (i.e. 12/26) met en évidence, premièrement, un modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir Figures 46 et 47) ; indiquant que le soi social lié à la famille autre que les parents de la moitié des patientes fonctionne comme un état d'équilibre stable associé à des fluctuations aléatoires non prévisibles. Deuxièmement, comme le montre le Tableau 105 (Annexe CK), le quart des séries temporelles du soi social lié à la famille autre que les parents (i.e. 6/26) rend compte du modèle (0,1,1) à moyenne mobile parmi lequel cinq coefficients sont élevés (entre 0.54 et 0.88) et un seul, celui de la patiente 20, est très faible (coefficient = 0.21). Ces résultats signifient que le soi social lié à la famille autre que les parents fonctionne comme un système équilibré en évolution présentant peu de fluctuations bien intégrées au modèle pour les cinq patientes. La patiente 20 quand à elle présente plus de perturbations et des mécanismes moins efficaces d'équilibration. Troisièmement, le quart des séries temporelles du soi social lié à la famille autre que les parents (i.e. 5/26) répond au modèle autorégressif de premier ordre (1,0,0) montrant une

dépendance à court terme aux observations et fluctuations des jours précédents. Seule la patiente 15 montre un modèle autorégressif de second ordre (2,0,0) montrant une dépendance à plus long terme aux observations et fluctuations précédentes. Ces cinq coefficients d'autorégression se répartissent entre trois coefficients élevés (entre 0.58 et 0.97) et deux autres coefficients faibles (coefficients = 0.39 et 0.44), montrant que la force de cette dépendance aux observations précédentes varie selon les patientes. Concernant les patientes 7 et 11, l'absence de variabilité de la série temporelle du soi social lié à la famille autre que les parents n'a pas permis de modéliser ces séries temporelles par les modèles ARIMA.



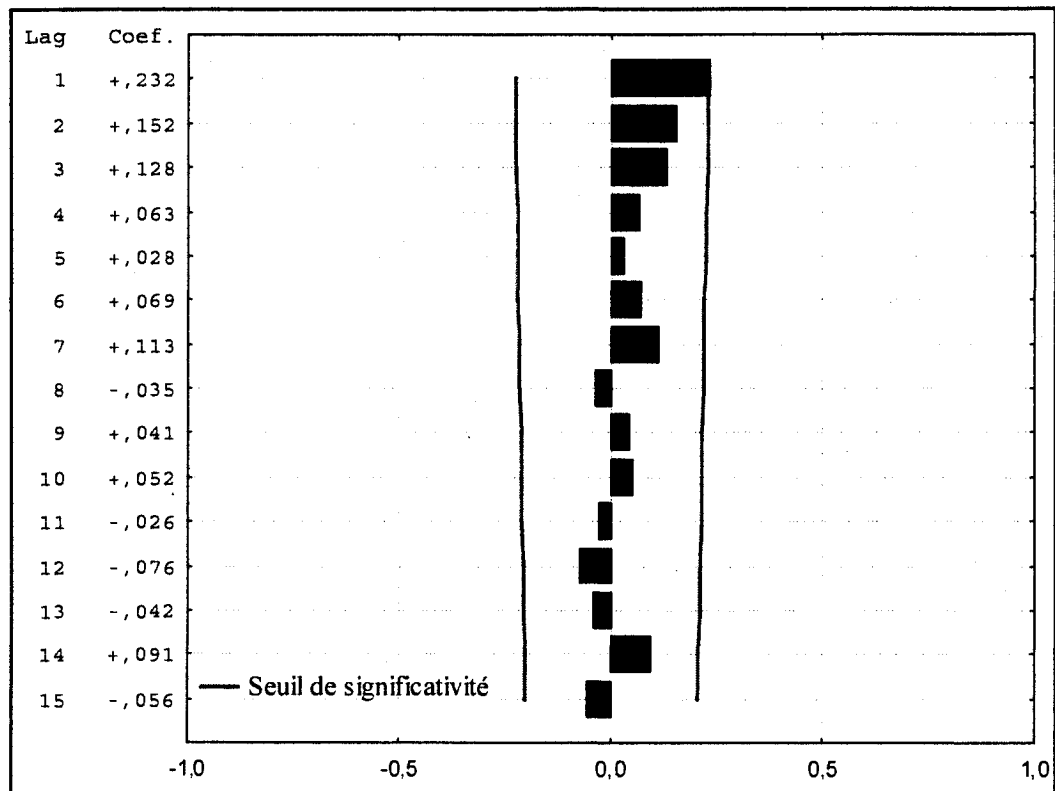


Figure 47. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle de la famille autre que les parents de la participante 9 [ARIMA (0,0,0)]

2.1.1.3.1. Soi social lié aux ami(e)s

Pour les participantes sans TCA ($n = 23$), la majorité des procédures ARIMA obtenues pour le soi social lié aux ami(e)s (i.e. 14/23) met en évidence un modèle (0,1,1) à moyenne mobile (voir Figures 48 et 49) montrant que le soi social lié aux ami(e)s oscille de manière transitoire selon un point d'équilibre en évolution au cours du temps. Le Tableau 104 (Annexe CJ) montre que les coefficients du modèle (0,1,1) sont élevés (entre 0.57 et 0.88) ; excepté pour la participante D (coefficient = 0.52) indiquant que le soi social lié aux ami(e)s fluctue peu ou partiellement de manière transitoire selon un point d'équilibre en évolution au cours du temps pour 13 participantes et fluctue d'avantage en intégrant moins ces fluctuations pour la participante D. Ensuite, les séries temporelles du soi social lié aux ami(e)s des sept participantes rendent compte du modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc », ce qui signifie que leur soi social lié aux ami(e)s fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Enfin, les dernières séries temporelles du soi social lié aux ami(e)s des deux

participantes restantes (i.e. participante O, V) répondent au modèle (1,0,0) d'autorégression dont les coefficients sont faibles (coefficients = 0.45 et 0.39, respectivement). En d'autres termes, le soi social lié aux ami(e)s de ces deux patientes dépend partiellement des événements de vie des jours précédents et de façon moins prononcé pour le participante V que pour le participante O. Ces résultats indiquent l'influence des observations et fluctuations des jours précédents sur l'état futur du soi social lié aux ami(e)s.

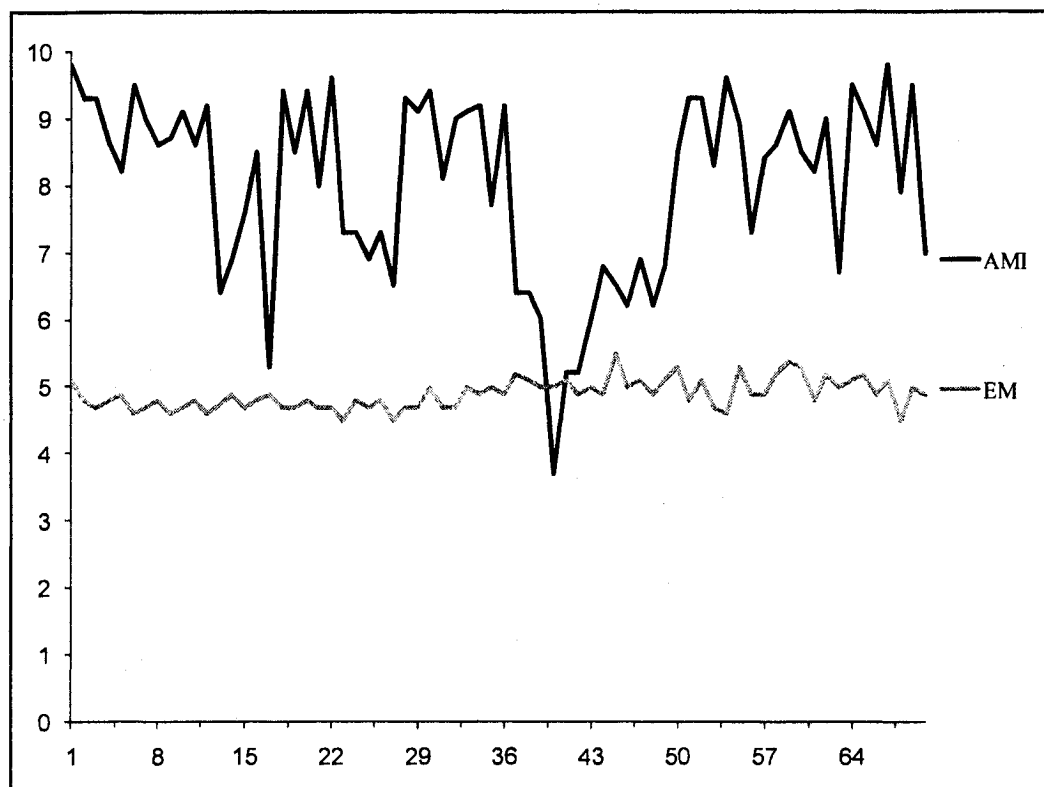


Figure 48. Série temporelle des ami(e)s (AMI) et d'erreur de mesure (EM) de la participante D [ARIMA (0,1,1)]

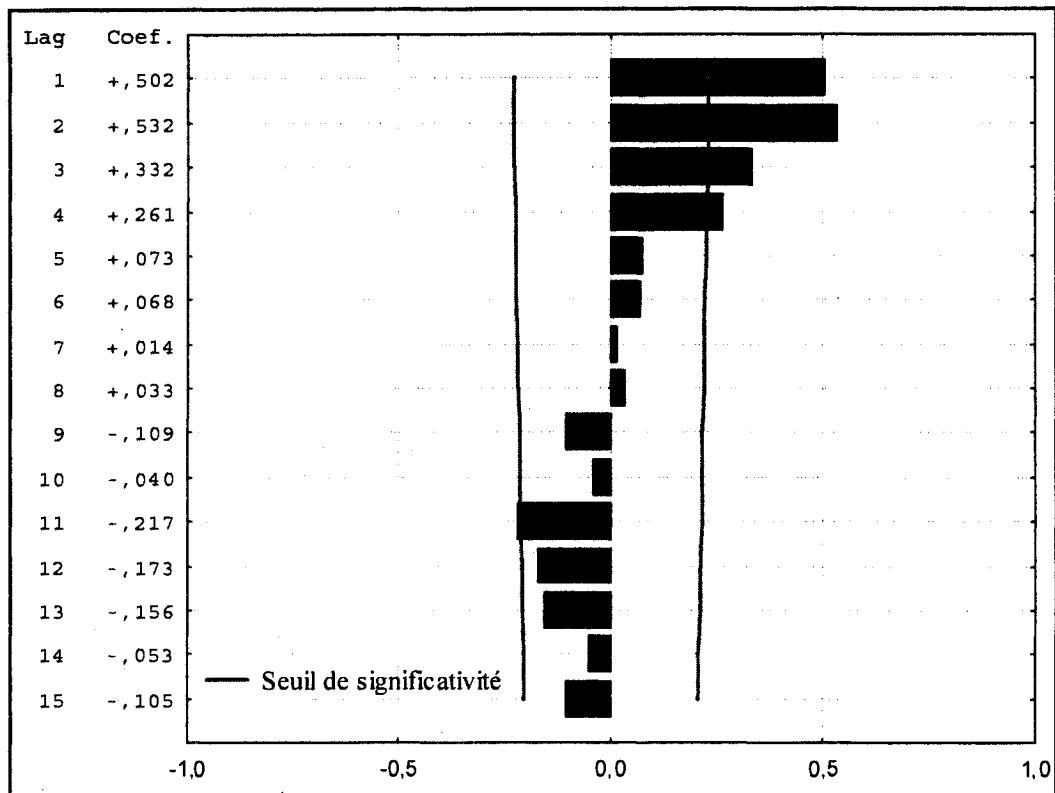


Figure 49. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des ami(e)s de la participante D [ARIMA (0,1,1)]

Les modèles ARIMA du soi social lié aux ami(e)s des patientes anorexiques ($n = 26$) ne mettent pas en évidence une forme dominante de modèle. Premièrement, les séries temporelles de onze patientes répondent au modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir Figures 50 et 51), indiquant que le soi social lié aux ami(e)s fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Deuxièmement, comme le montre le Tableau 105 (Annexe CK), neuf patientes répondent au modèle ARIMA (0,1,1) à moyenne mobile (voir Figures 52 et 53) dont sept patientes présentent des coefficients élevés (entre 0.62 et 0.97) et deux autres (i.e. patientes 2 et 21) sont faibles (coefficients = 0.49 et 0.43, respectivement). En d'autres termes, si le soi social lié aux ami(e)s de ces patientes fonctionne comme un système équilibré en évolution, les patientes 2 et 21 présentent des fluctuations d'ampleur plus importantes et intègrent moins bien les fluctuations précédentes à leur série temporelle que les sept autres patientes. Enfin, les séries temporelles du soi social lié aux ami(e)s des quatre patientes restantes rendent compte du modèle (1,0,0) d'autorégression dont les coefficients sont élevés voire très élevés (compris entre 0.81 et 0.99). Ces résultats indiquent

que le soi social lié aux ami(e)s de ces patientes dépend fortement des observations et fluctuations des jours précédents. Concernant les patientes 7 et 11, l'absence de variabilité de la série temporelle des ami(e)s n'a pas permis de modéliser ces séries temporelles par les modèles ARIMA.

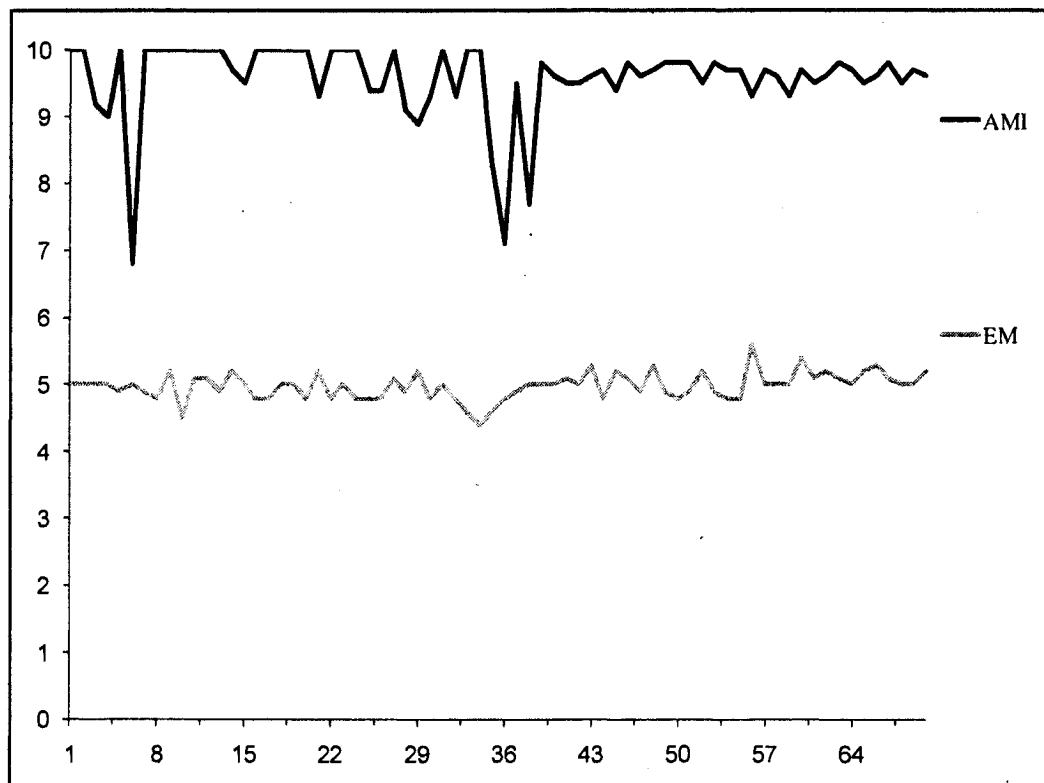


Figure 50. Séries temporelles des ami(e)s (AMI) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 12 [ARIMA (0,0,0)]

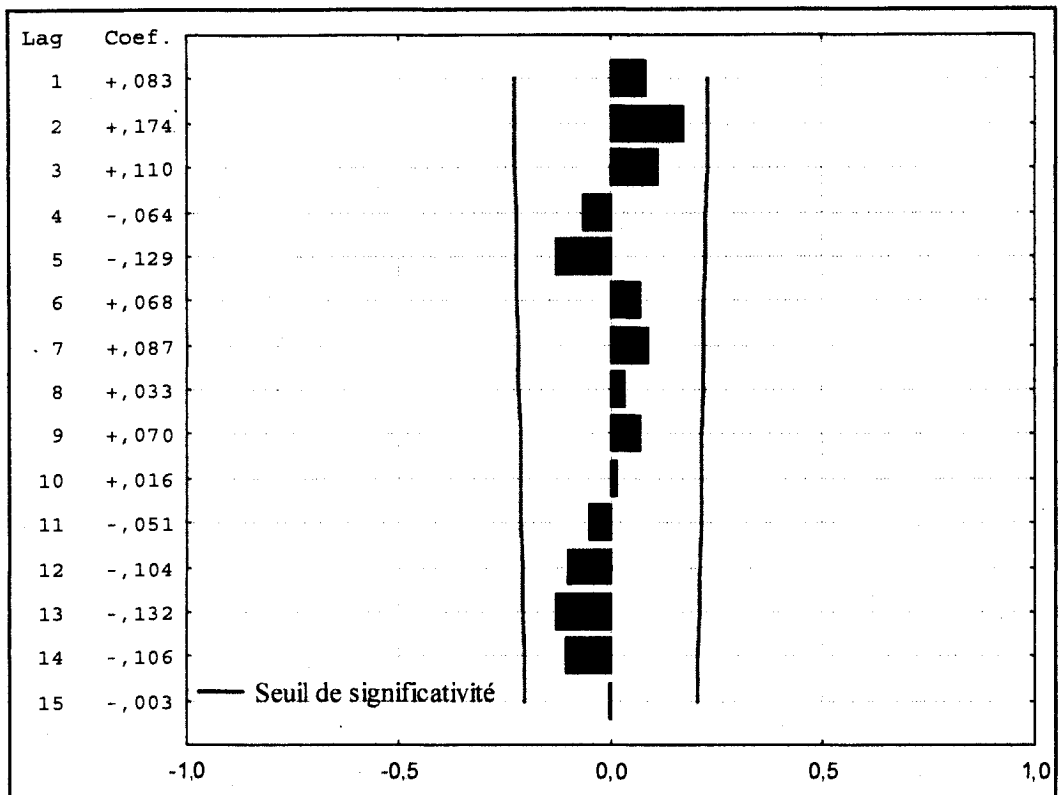


Figure 51. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des ami(e)s de la participante 12 [ARIMA (0,0,0)]

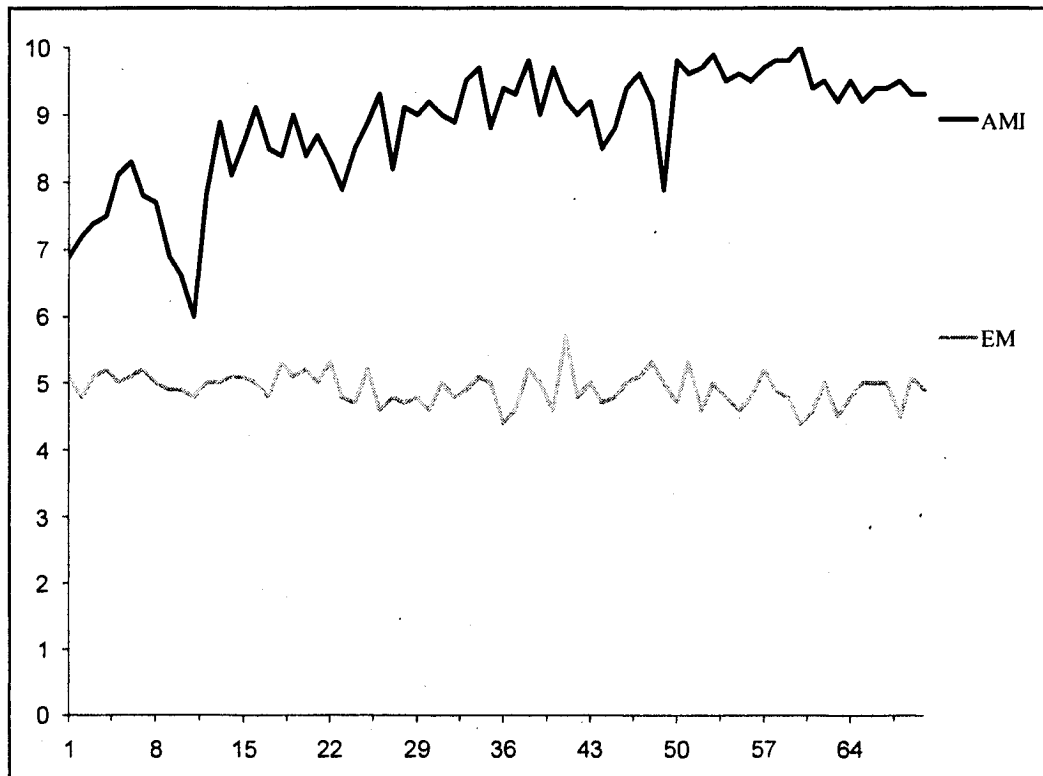


Figure 52. Séries temporelles des ami(e)s (AMI) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 2 [ARIMA (0,1,1)]

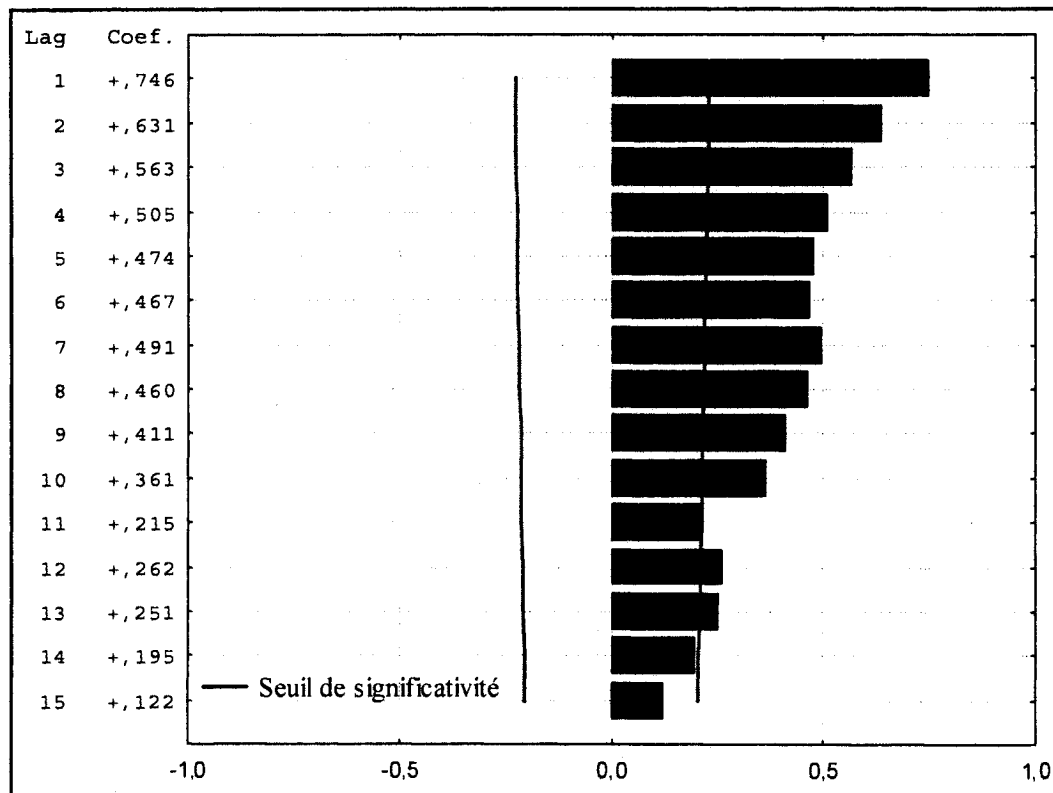


Figure 53. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des ami(e)s de la participante 2 [ARIMA (0,1,1)]

2.1.1.4. Soi social lié aux parents

A l'inverse de toutes les dimensions du concept de soi précédentes, les modèles ARIMA du soi social lié aux parents des participantes sans TCA ($n = 23$) ne mettent pas en évidence une forme dominante de modèle. Les séries temporelles du soi social lié aux parents des dix participantes répondent au modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir Figures 54 et 55), indiquant que le soi social lié aux parents fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Ensuite, comme le montre le Tableau 104 (Annexe CJ), neuf participantes présentent un modèle ARIMA (0,1,1) à moyenne mobile dont les coefficients sont élevés pour cinq participantes (entre 0.60 et 0.93) et faibles (entre 0.38 et 0.52) pour quatre autres (i.e. participantes J, K, U, W). En d'autres termes, si le soi social lié aux parents de ces participantes fonctionne comme un système équilibré en évolution, les participantes J, K, U et W présentent des fluctuations d'ampleur plus importantes et intègrent moins bien ces fluctuations à leur série temporelle que les cinq autres participantes. Enfin, les séries temporelles

du soi social lié aux parents des trois participantes restantes répondent au modèle (1,0,0) d'autorégression dont les coefficients sont faibles (entre 0.32 et 0.39). Ces résultats indiquent que le soi social lié aux parents de ces participantes dépend peu des observations et fluctuations des jours précédents. Concernant la participante D, l'absence de variabilité de la série temporelle des parents n'a pas permis de modéliser cette série temporelle par les modèles ARIMA.

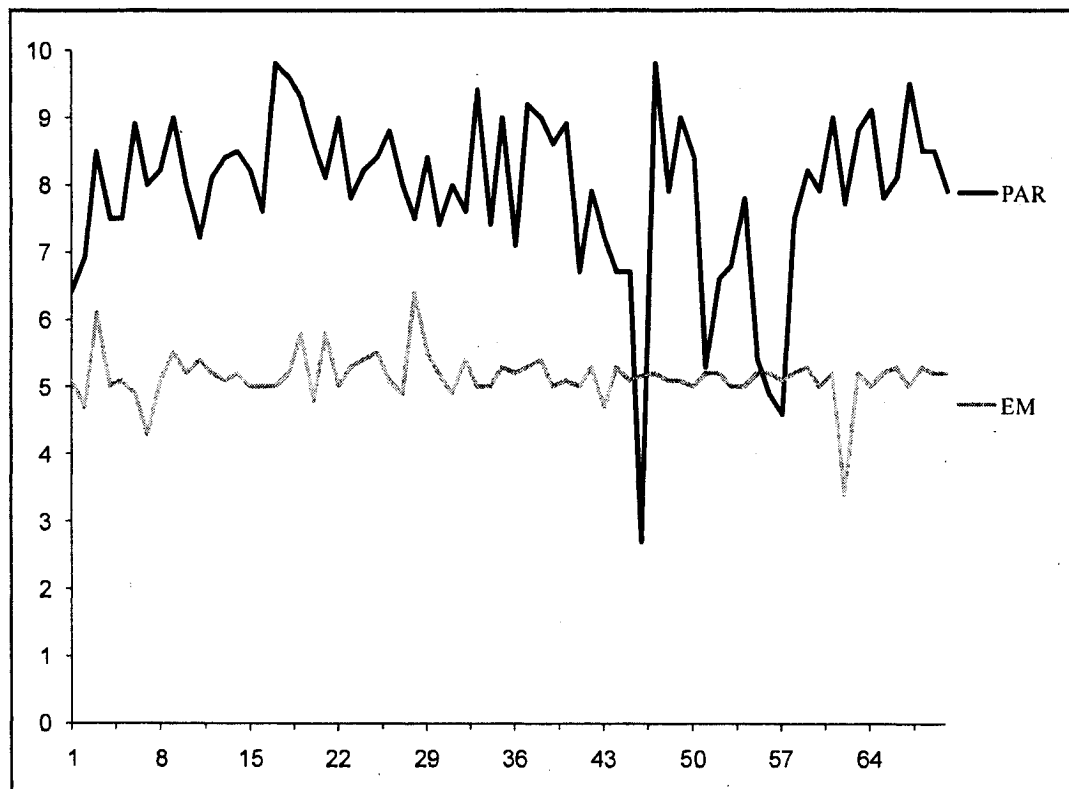


Figure 54. Séries temporelles des parents (PAR) et d'erreur de mesure (EM) de la participante B [ARIMA (0,0,0)]

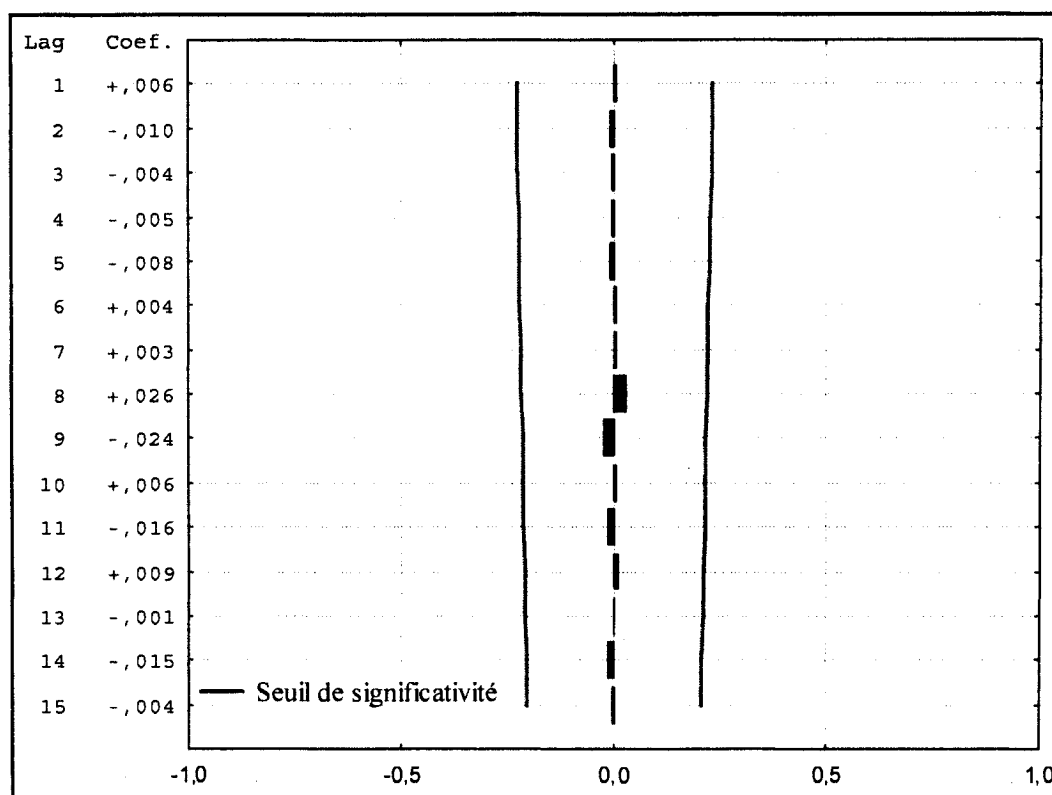


Figure 55. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des parents de la participante B [ARIMA (0,0,0)]

De même que pour les participantes sans TCA, les modèles ARIMA du soi social lié aux parents des patientes anorexiques ne mettent pas en évidence une forme dominante de modèle. Premièrement, les séries temporelles de neuf patientes répondent au modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir Figures 56 et 57) indiquant que le soi social lié aux parents fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Deuxièmement, comme le montre le Tableau 105 (Annexe CK), neuf patientes répondent au modèle ARIMA (0,1,1) à moyenne mobile, dont cinq présentent des coefficients élevés (entre 0.69 et 0.86) et quatre (i.e. patientes 4, 12, 18, 21) présentent des coefficients plus faibles (entre 0.40 et 0.51). En d'autres termes, si le soi social lié aux parents de ces patientes fonctionne comme un système équilibré en évolution, les patientes 4, 12, 18 et 21 présentent des fluctuations d'ampleur plus importantes et intègrent moins bien ces fluctuations à leur série temporelle que les cinq autres patientes. Enfin, les séries temporelles du soi social lié aux parents des cinq patientes restantes rendent compte du modèle autorégressif de premier ordre (1,0,0). Cela dénote, entre autre, l'influence durable des observations et fluctuations des jours précédents sur l'état

futur ; une certaine « mémoire » de la série temporelle. La série temporelle du soi social lié aux parents de la patiente 15 est de second ordre (2,0,0) ce qui signifie que son soi social lié aux parents est aussi affecté par des observations et perturbations encore plus lointaines que celles des six patientes précédentes (i.e. que l'impact de perturbations s'estompe encore plus lentement). Ces sept coefficients d'autorégression se répartissent également entre quatre coefficients élevés (entre 0.64 et 1.00) et quatre coefficients faibles (entre 0.35 et 0.56), montrant que la force de cette dépendance aux observations et fluctuations précédentes varie selon les patientes. Concernant les patientes 7 et 11, l'absence de variabilité de la série temporelle du soi social lié aux parents n'a pas permis de modéliser ces séries temporelles par les procédures ARIMA.

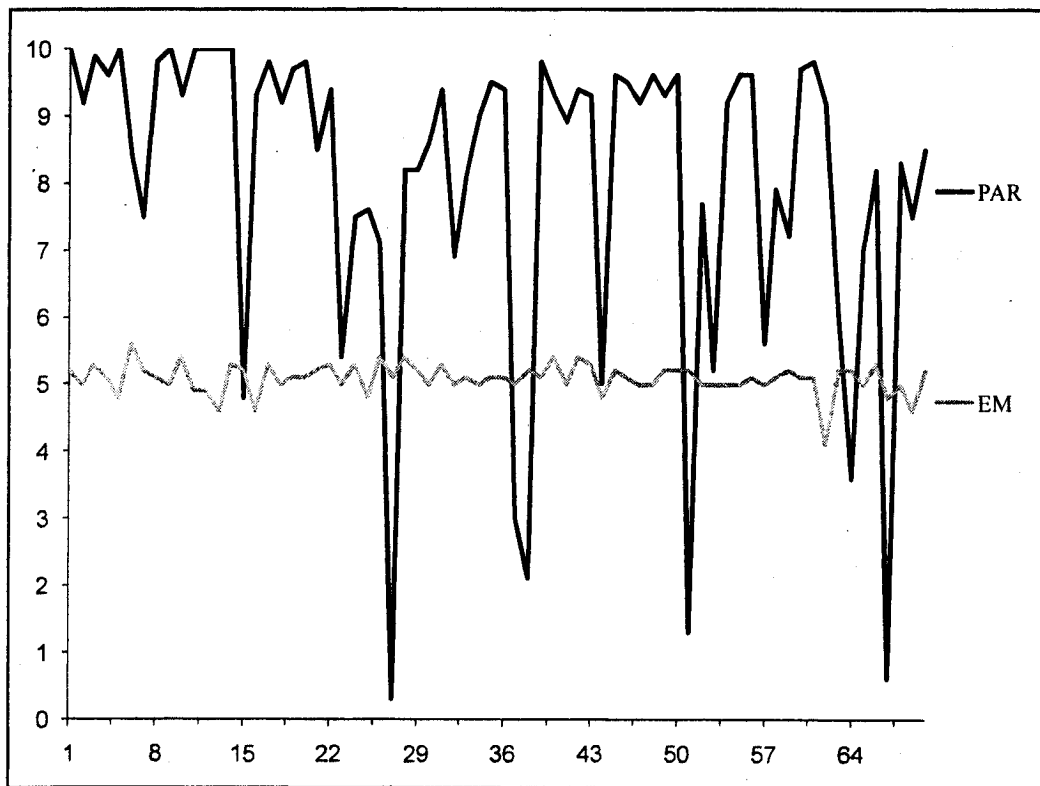


Figure 56. Séries temporelles des parents (PAR) et d'erreur de mesure (EM) de la participante 19 [ARIMA (0,0,0)]

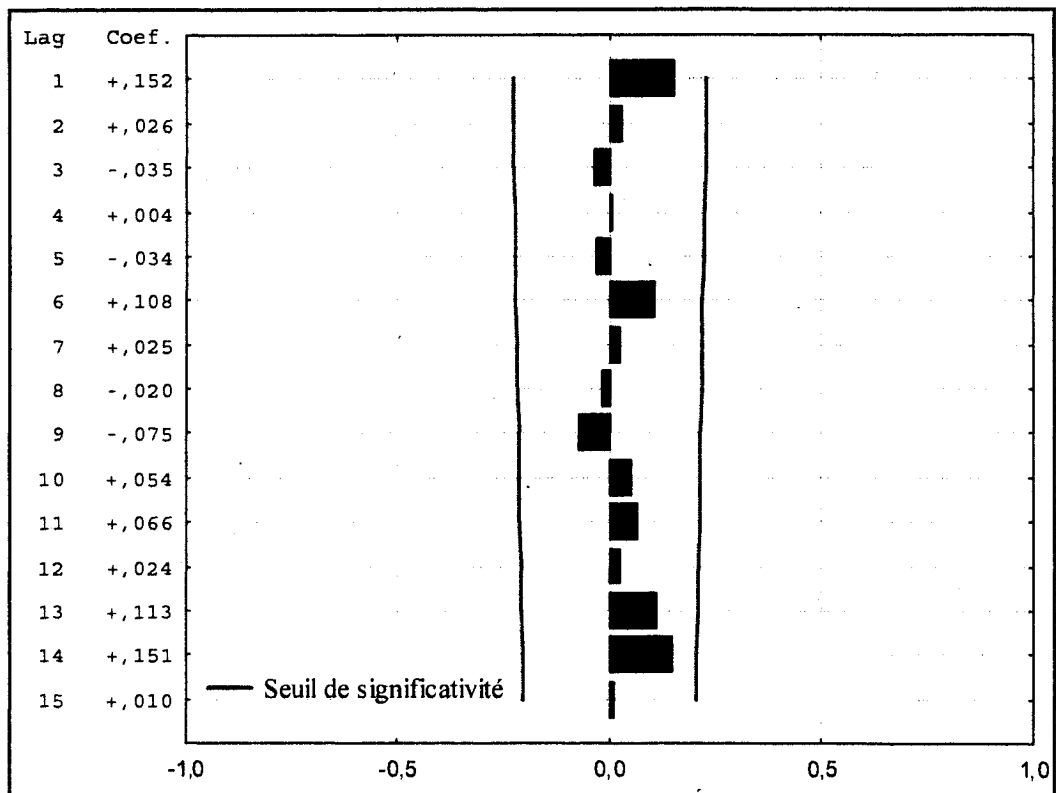


Figure 57. Corrélogramme d'autocorrélation de la série temporelle des parents de la participante 19 [ARIMA (0,0,0)]

Pour clore cette section, comme le montrent les Figures 58 et 59 et le Tableau 106, les participantes sans TCA présentent des dimensions du concept de soi [i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue, soi social lié à la famille autre que les parents, soi social lié aux ami(e)] répondant principalement (i.e. dans 67 % des cas, toutes dimensions confondues) au modèle (0,1,1) à moyenne mobile de premier ordre dont les coefficients sont principalement élevés. En d'autres termes, les dimensions de ces participantes fonctionnent comme un système équilibré en évolution dont les fluctuations sont d'ampleur peu importante et bien intégrées au modèle par des mécanismes d'équilibration efficaces. En revanche, comme le montre la Figure 59, le soi social lié aux parents se répartit entre deux modèles ARIMA : un modèle (0,0,0) correspondant au "bruit blanc" indiquant que l'estime globale de soi fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne, et un modèle (0,1,1) à moyenne mobile, identique à celui des autres dimensions du concept de soi.

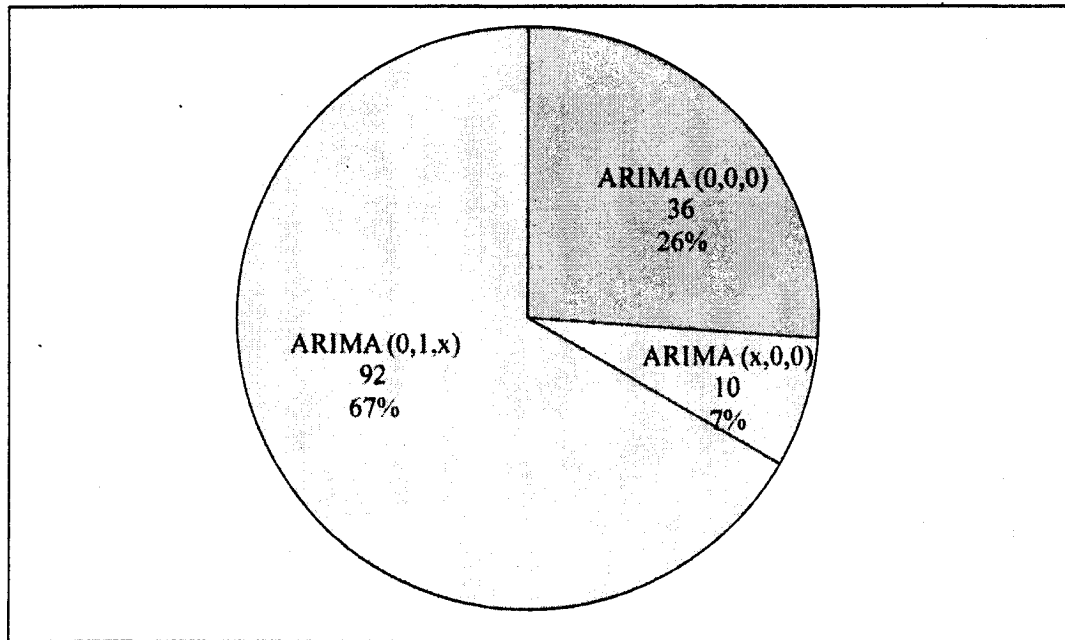


Figure 58. Répartition des modèles ARIMA de l'ensemble des dimensions du concept de soi des participantes sans TCA

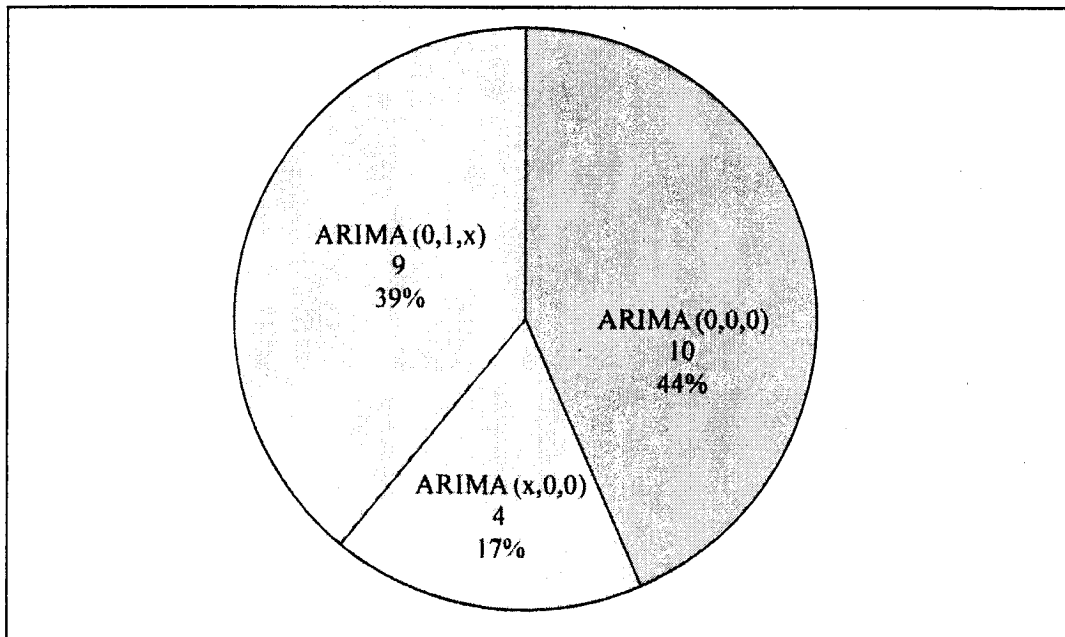


Figure 59. Répartition des modèles ARIMA du soi social lié aux parents des participantes sans TCA.

Les patientes anorexiques présentent des dynamiques des dimensions du concept de soi hétérogènes entre les dimensions et pour une même dimension entre les participantes étudiées. Néanmoins, de manière générale, les modèles ARIMA rendent compte majoritairement (i.e. dans 48 % des cas, toutes dimensions confondues) du modèle (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » (voir

Figure 60); notamment en ce qui concerne les dynamiques de la valeur physique perçue, de l'apparence physique perçue et du soi social lié à la famille autre que les parents (voir Figure 61). En d'autres termes, le concept de soi des patientes anorexiques fonctionne majoritairement comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne. Comme le montrent la Figure 62 et le Tableau 106, la dynamique de l'estime globale de soi répond aux trois modèles ARIMA [i.e. (0,0,0), (1,0,0) et (0,1,1)] dans des proportions presque équivalentes. Ainsi l'estime globale de soi des patientes anorexiques fonctionne respectivement, comme : a) un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne, ou b) un système dépendant à court terme des observations et des fluctuations des jours précédents sans niveau de référence de base, ou encore c) comme un système caractérisé par des fluctuations de manière transitoire autour d'un point d'équilibre en évolution au cours du temps. Les dynamiques du soi social lié aux ami(e)s et du soi social lié aux parents rendent compte principalement des modèles ARIMA (0,0,0) correspondant au « bruit blanc » et des modèles ARIMA (0,1,1) à moyenne mobile de premier ordre (voir Figure 63). Plus concrètement, le soi social lié aux ami(e)s et le soi social lié aux parents des patientes anorexiques fonctionne comme un état d'équilibre fixé autour de sa moyenne ou un comme système caractérisé par des fluctuations de manière transitoire autour d'un point d'équilibre en évolution au cours du temps.

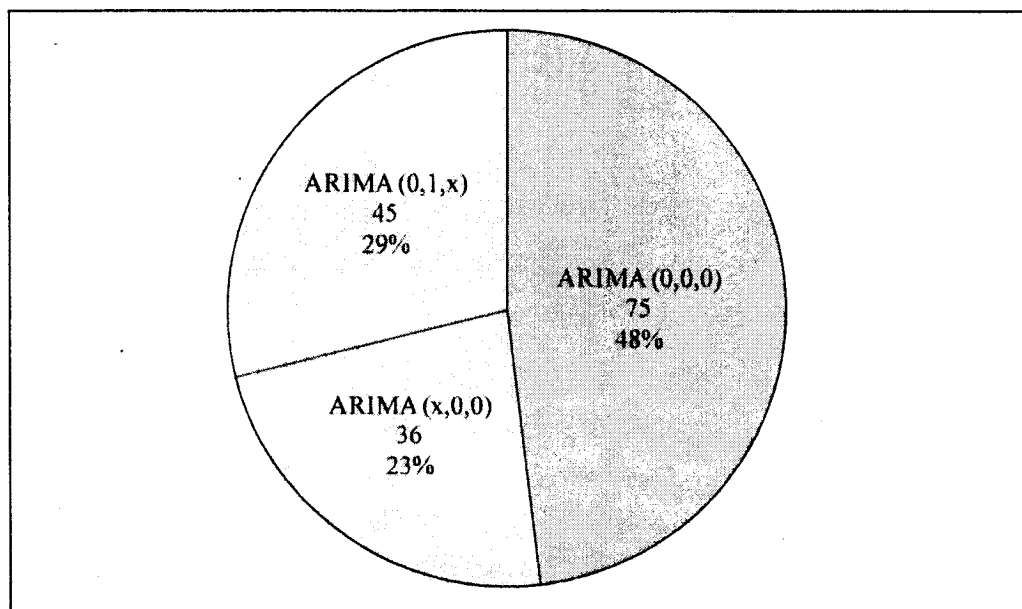


Figure 60. Répartition des modèles ARIMA de l'ensemble des dimensions du concept de soi des patientes anorexiques.

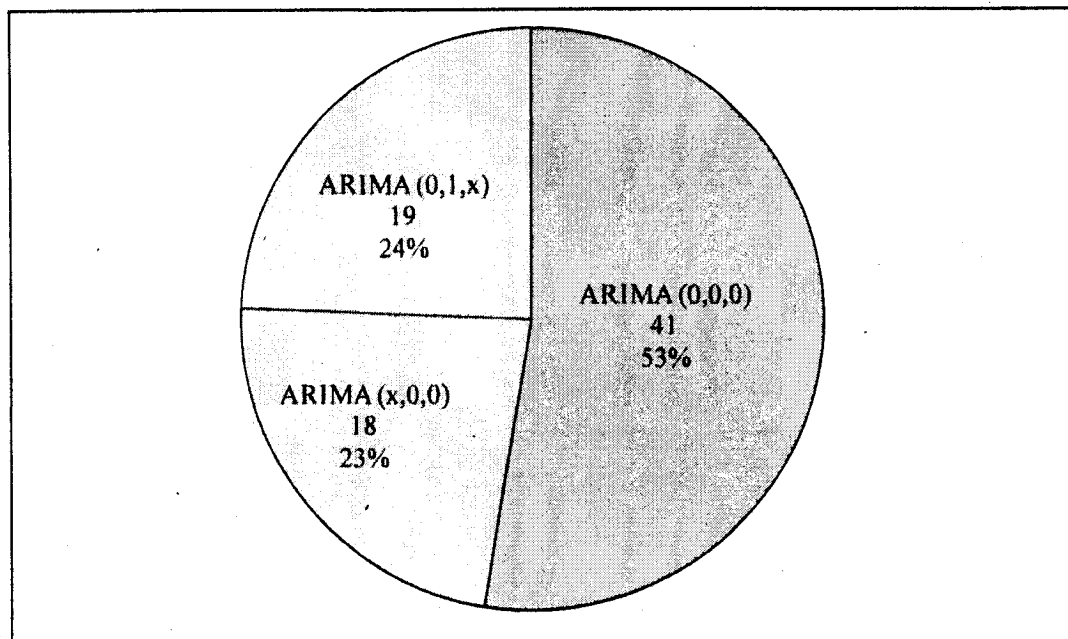


Figure 61. Répartition des modèles ARIMA de la valeur physique perçue, de l'apparence physique perçue et du soi social lié à la famille autre que les parents des patientes anorexiques.

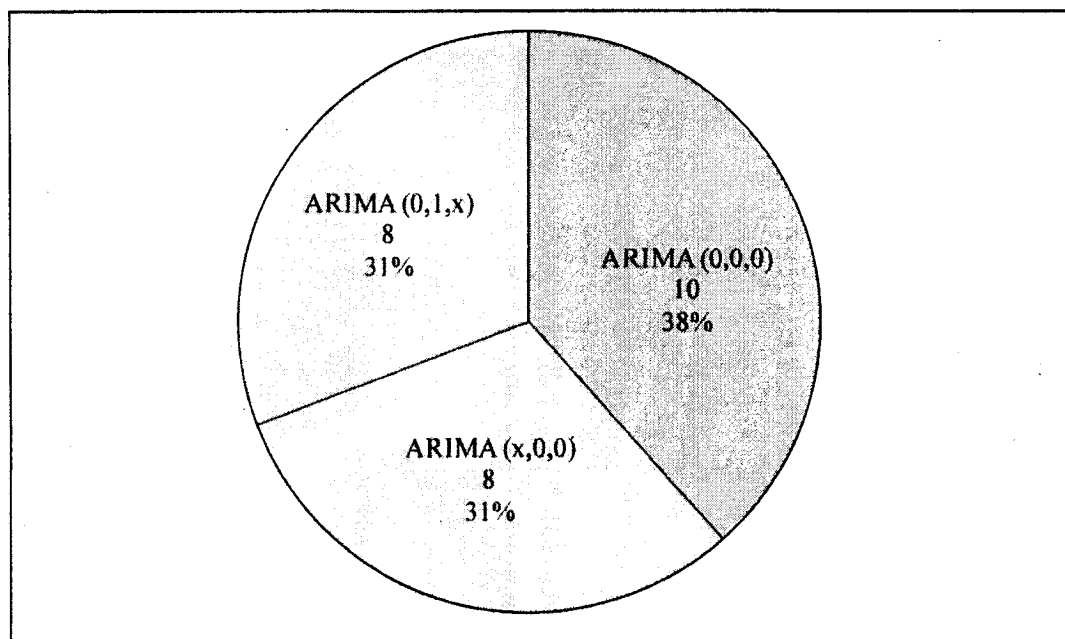


Figure 62. Répartition des modèles ARIMA de l'estime globale de soi des patientes anorexiques.

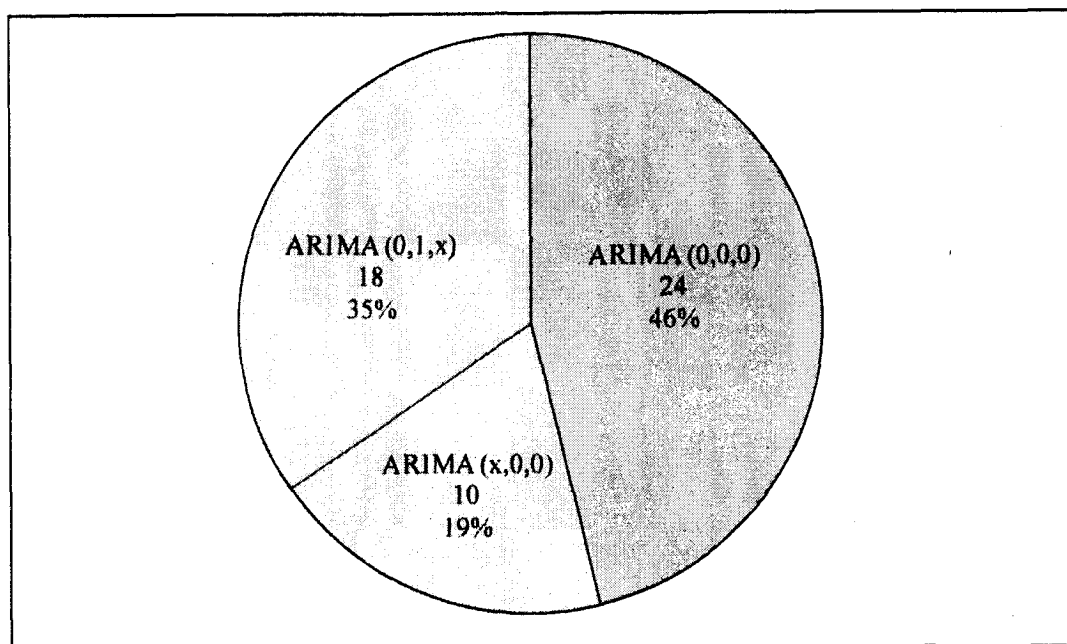


Figure 63. Répartition des modèles ARIMA du soi social lié aux ami(e)s et du soi social lié aux parents des patientes anorexiques

Tableau 106.

Répartition du nombre et du type de modèle ARIMA en fonction du statut des participantes

Statut	Dynamique	EGS	VPP	APP	FAP	AMI	PAR	Total
Participant sans TCA (n = 23)	ARIMA (0,0,0)	4	5	3	7	7	10	36
	ARIMA (p,0,0)	0	1	0	3	2	4	10
	ARIMA (0,1,q)	19	17	20	13	14	9	92
	Total	23	23	23	23	23	23	138
Patientes anorexiques (n = 26)	ARIMA (0,0,0)	10	12	14	15	13	11	75
	ARIMA (p,0,0)	8	8	5	5	4	6	36
	ARIMA (0,1,q)	8	6	7	6	9	9	45
	Total	26	26	26	26	26	26	156

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Famille autre que les parents ; AMI : Ami(e)s ; PAR : Parents ; ARIMA (0,0,0) : modèle correspondant au « bruit blanc » ; ARIMA (p,0,0) : modèle autorégressif ; ARIMA (0,1,q) : modèle à moyenne mobile

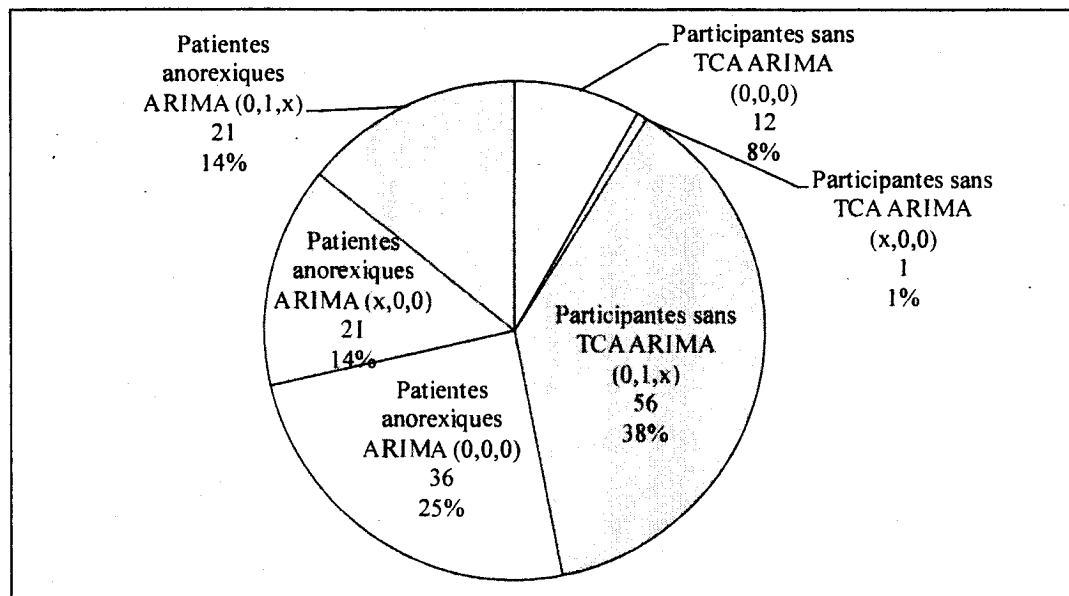


Figure 64. Comparaison de la répartition des modèles ARIMA des dimensions du concept de soi selon le statut des participantes.

2.2. Comparaison des dynamiques des dimensions du concept de soi

Concernant chaque dimension du concept de soi, les analyses de régression linéaire se décomposent en quatre modèles incluant chacun le statut des participantes comme variables de contrôle et la dynamique d'une dimension du concept de soi (i.e. variables dichotomiques) comme variables indépendantes. En l'occurrence, les variables de contrôle et l'inclusion des effets d'interaction diffèrent d'un modèle de régression à l'autre. Dans le premier modèle, le score total

de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J0 sera inclus comme variable de contrôle, en fonction de la variable dépendante étudiée (l'EDI-A-24 à J0) sera contrôlé dans la prédiction de l'IMC à J70 et vice versa). Le second modèle est similaire au premier mais inclut aussi les effets d'interaction (dynamique d'une dimension du concept de soi * statut des participantes). Le troisième modèle inclut le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC au jour J0 comme variables de contrôle, alors que le quatrième modèle lui est similaire mais ajoute les effets d'interaction (dynamique d'une dimension du concept de soi * statut des participantes). À titre de rappel, la première variable dichotomique (ou *dummy*) relative au type de dynamique d'une dimension du concept de soi a été conçue telle que le modèle (0,0,0) soit codé 1 et les modèles (p,0,0) et (0,1,q) soient codés 0. La seconde variable dichotomique également relative au type de dynamique d'une dimension du concept de soi a été conçue telle que le modèle (p,0,0) soit codé 1 et les modèles (0,0,0) et (0,1,q) soient codés 0. Le coefficient b associé à la première de ces variables reflètera donc l'écart (sur la variable dépendante) entre les participantes ayant une dynamique (0,0,0) et celles ayant une dynamique (0,1,q) alors que celui associé à la seconde reflètera l'écart entre les participantes ayant une dynamique (p,0,0) et celles ayant une dynamique (0,1,q).

Pour chaque dimension du concept de soi, les résultats des régressions linéaires entre les variables dichotomiques et le score total de l'EDI-A-24 et des effets d'interaction seront tout d'abord présentés lorsque l'IMC et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque le score total de l'EDI-A-24 est ajouté à ces deux variables de contrôle. Ensuite, les résultats des régressions linéaires entre les variables dichotomiques et l'IMC et des effets d'interaction seront présentés lorsque le score total de l'EDI-A-24 et le statut des participantes au jour J0 sont contrôlés puis lorsque l'IMC est ajouté aux deux variables de contrôle.

2.2.1. Estime globale de soi

D'emblée, notons que l'interaction entre la seconde variable dichotomique (D2) et le statut des participantes n'a pu être testé car le modèle ARIMA (p,0,0) de l'estime globale de soi n'est pas représenté dans le groupe contrôle.

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent (voir Tableau 107, Annexe C L) qu'aucun des effets principaux n'est significatif. En l'occurrence, l'effet d'interaction, entre le statut des participantes et la première variable dichotomique de l'estime globale de soi (D1, $\beta = 0.60$; $t = 2.80$; $p = .008$) est significatif. La décomposition de cette interaction révèle que la différence des moyennes du score total de l'EDI-A-24 entre le modèle ARIMA (0,0,0) et le modèle ARIMA (0,1,q) est significative exclusivement chez les patientes anorexiques (patientes : $a = 41.36$, $b_1 = 23.74$, $p = .008$; participantes sans TCA : $a = 28.52$, $b_1 = -12.37$, $p = .215$). Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, les effets principaux des deux variables dichotomiques demeurent non significatifs mais l'effet d'interaction observé entre le statut des participantes et la première variable dichotomique de l'estime globale de soi (D1, $\beta = 0.28$; $t = 2.32$; $p = .026$) reste significatif. La décomposition de cette interaction révèle que la différence des moyennes entre le modèle ARIMA (0,0,0) et les modèles ARIMA (0,1,x) est significative exclusivement chez les participantes sans TCA (patientes : $a = 43$, $b_1 = 1.72$, $p = .736$; participante sans TCA : $a = 42.31$, $b_1 = -14.90$, $p = .007$). Tout au long de ces analyses, l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent que les effets principaux ou d'interactions des variables dichotomiques ne sont pas significatifs. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'effet principal de la seconde variable dichotomique (D2) devient significatif ($\beta = 0.11$; $t = 2.23$; $p = .031$). En d'autres termes, les participantes présentant un modèle ARIMA (p,0,0) ont en moyenne un IMC plus élevé de 0.85 unité que celui des participantes présentant un modèle ARIMA (0,1,q) ou (0,0,0). Aucun effet d'interaction n'est significatif. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

2.2.2. Valeur physique perçue

Notons tout d'abord que l'interaction entre la seconde variable dichotomique (D2) et le statut des participantes n'a pu être testé car le modèle ARIMA (p,0,0) de la valeur physique perçue n'est pas représenté dans le groupe contrôle.

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire indiquent (voir tableau 108, Annexe CL) qu'aucun des effets principaux ou d'interaction n'est significatif. En revanche, lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, l'effet principal de la première variable dichotomique (D1) devient significatif ($\beta = -0.18$; $t = -2.49$; $p = .017$). En d'autres termes, les participantes présentant un modèle ARIMA (0,0,0) ont en moyenne, un score de l'EDI-A-24 moins élevé de 9.12 unités que celui des participantes présentant un modèle ARIMA (0,1,q) ou (p,0,0). Aucun effet d'interaction n'est significatif. Tout au long de ces analyses, l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, aucun des effets principaux ou d'interaction n'est significatif quelles que soient les variables contrôlées (voir Tableau 108, Annexe CM).

2.2.3. Apparence physique perçue

D'emblée, notons que l'interaction entre la seconde variable dichotomique (D2) et le statut des participantes n'a pu être testé car le modèle ARIMA (p,0,0) de l'apparence physique perçue n'est pas représenté dans le groupe contrôle.

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 109, Annexe CN) ne montrent qu'aucun des effets principaux ou d'interaction n'est significatif. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, les effets principaux et d'interaction demeurent non significatifs.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 109, Annexe CN) indiquent que l'effet principal de la première variable dichotomique (D1) est significatif ($\beta = 0.40$; $t = 3.45$; $p = .001$). En d'autres termes, les participantes présentant un modèle ARIMA (0,0,0), ont en moyenne, un IMC plus élevé de 2.40 unités que celui des participantes présentant un modèle ARIMA (0,1,x) ou (p,0,0). Aucun effet d'interaction n'est significatif. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative. Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, aucun des effets principaux ou d'interaction n'est significatif. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

2.2.4. Soi social lié à la famille autre que les parents

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 110, Annexe CO) indiquent qu'aucun effet principal ou d'interaction n'est significatif quelles que soient les variables contrôlées. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative.

De même, concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 110, Annexe CO) indiquent qu'aucun effet principal ou d'interaction n'est significatif quelles que soient les variables contrôlées. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

2.2.5. Soi social lié aux ami(e)s

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 111, Annexe CO) indiquent qu'aucun effet principal ou d'interaction n'est significatif quelles que soient les variables contrôlées. Tout au long de ces analyses, le statut des participantes est la seule variable de contrôle significative.

De même, concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 111, Annexe CP) indiquent qu'aucun effet principal ou d'interaction n'est pas significatif quelles que soient les variables contrôlées. Tout au long de ces analyses, l'IMC au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

2.2.6. Soi social lié aux parents

Concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 112, Annexe CQ) indiquent qu'aucun des effets principaux et d'interaction n'est significatif. Lorsque l'EDI-A-24 est rajouté aux deux autres variables de contrôle, l'effet principal de la première variable dichotomique (D1) devient significatif ($\beta = -0.16$; $t = -2.52$; $p = .016$). En d'autres termes, les participantes présentant un modèle ARIMA (0,0,0), ont en moyenne, un score de l'EDI-A-24 moins élevé de 7.87 unités que celui des participantes présentant un modèle ARIMA (0,1,q) ou (p,0,0). Aucun effet d'interaction n'est significatif. Tout au long de ces analyses, l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les modèles initiaux de régression linéaire (voir Tableau 112, Annexe CQ) indiquent qu'aucun effet principal ou d'interaction n'est significatif. Lorsque le score total de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, les effets principaux demeurent non significatifs. En l'occurrence, l'effet d'interaction entre le statut des participantes et la première variable dichotomique du soi social lié aux parents devient également significatif (D1, $\beta = -0.16$; $t = -2.06$; $p = .046$). La décomposition de cette interaction révèle que la différence des moyennes entre le modèle ARIMA (0,0,0) et les modèles ARIMA (0,0,0) et (0,1,q) est significative exclusivement chez les participantes sans TCA (patientes : $a = 18.11$, $b_1 = -0.29$, $p = .431$; participantes sans TCA : $a = 17.47$, $b_1 = 0.79$, $p = .045$). Tout au long de ces analyses, l'EDI-A-24 au jour J0 est la seule variable de contrôle significative.

En résumé, concernant le score total de l'EDI-A-24 au jour J70 comme variable dépendante, les analyses de régression montrent qu'aucun effet principal

n'est significatif. Lorsque l'EDI-A-24 est rajouté aux deux autres variables de contrôle, les participantes dont les séries temporelles de la valeur physique perçue et du soi social lié aux parents répondent au modèle ARIMA (0,0,0), ont en moyenne, un score de l'EDI-A-24 moins élevé (i.e. de 9.12 et 7.87 unités, respectivement) que celui des participantes dont les séries temporelles de la valeur physique perçue correspondent au modèle ARIMA (0,1,q) ou (p,0,0). L'effet d'interaction entre le statut des participantes et la première variable dichotomique de l'estime globale de soi révèle que la différence des moyennes du score total de l'EDI-A-24 entre le modèle ARIMA (0,0,0) et le modèle ARIMA (0,1,q) est significative chez les participantes sans TCA alors qu'elle devient significative chez les patientes anorexiques lorsque l'EDI-A-24 est rajouté aux deux autres variables de contrôle.

Concernant l'IMC au jour J70 comme variable dépendante, les analyses de régression indiquent que les participantes dont les séries temporelles de l'apparence physique perçue correspondent au modèle ARIMA (0,0,0), ont en moyenne, un IMC plus élevé (i.e. 2.40 unités) que celui des participantes dont les séries temporelles de l'apparence physique perçue répondent un modèle ARIMA (0,1,q) ou (p,0,0). Lorsque l'IMC au jour J0 est ajouté aux deux autres variables de contrôle, les participantes dont les séries temporelles de l'estime globale de soi répondent au modèle ARIMA (p,0,0) ont en moyenne un score de l'EDI-A-24 plus élevé (i.e. de 0.85 unité) que celui des participantes dont les séries temporelles correspondent au modèle ARIMA (0,1,q) ou (0,0,0). L'effet d'interaction entre le statut des participantes et la première variable dichotomique du soi social lié aux parents révèle que la différence des moyennes entre le modèle ARIMA (0,0,0) et les modèles ARIMA (0,0,0) et (0,1,q) est significative exclusivement chez les participantes sans TCA et uniquement lorsque l'EDI-A-24 est rajouté aux deux autres variables de contrôle (patientes : $a = 18.11$, $b_1 = -0.29$, $p = .431$; participantes sans TCA : $a = 17.47$, $b_1 = 0.79$, $p = .045$). Pour mémoire, concernant l'estime globale de soi et le soi physique, l'effet principal de la seconde variable dichotomique (D2) et l'effet d'interaction entre cette seconde variable et le statut des participantes n'ont pu être testés car le modèle ARIMA (p,0,0) n'est pas représenté dans le groupe contrôle.

NEUVIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS DU SUIVI COMPLET DE 140 JOURS

1. PRÉALABLE : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTES ANOREXIQUES

1.1. Données liées à la taille et au poids.

Les données liées au poids et à la taille des patientes anorexiques ont été mesurées au jour J0, au jour J70 et au jour J140. De plus, les résultats obtenus à l'analyse de variance montrent que les moyennes du poids au jour J0, au jour J70 et au jour J140 ($\text{poids}_{J0} = 42,32 \text{ kg}$, $\text{poids}_{J70} = 43,58 \text{ kg}$ et $\text{poids}_{J140} = 43,89 \text{ kg}$) ne sont pas significativement différentes ($t = 0.20$, $df = 22$, $p = .984$) excepté entre le jour J0 et le jour J70 ($t = -0.59$, $df = 25$, $p = .016$) où une augmentation moyenne a été observée. En revanche, les moyennes de la taille au jour J0, au jour J70 et au jour J140 sont identiques ($\text{taille}_{J0/J70/J140} = 1,65 \text{ m}$).

1.2. Diagnostic clinique

Le diagnostic d'anorexie mentale a été mesuré (cf. QEDD) aux jours J0, J70 et J140 et la comorbidité psychiatrique a été évaluée (cf. MINI-FU) exclusivement aux jours J70 et J140. Lors du jour J0, les patientes anorexiques présentent toutes le diagnostic d'anorexie mentale ; excepté trois d'entre elles qui ne répondent pas au premier critère du DSM-IV puisque leur perte de poids n'était supérieure ou égale qu'à 10 % du poids total (vs 15 %). Ces trois patientes ont été incluses dans cette étude car elles ont été reconnues anorexiques cliniquement et présentaient des scores très élevés à l'EDI-A-24 et au QEDD. L'anorexie mentale du type restrictif concerne 22 patientes anorexiques et l'anorexie mentale du type boulimique avec purge concerne 4 patientes anorexiques (voir Tableau 113).

Lors du jour J70, les patientes anorexiques présentent toutes le diagnostic d'anorexie mentale ; excepté pour une d'entre elles qui ne répond pas au premier critère puisque sa perte de poids n'était supérieure ou égale qu'à 10 % du poids total (vs 15 %). L'anorexie mentale du type restrictif concerne 21 patientes anorexiques et l'anorexie mentale du type boulimique avec purge concerne 5

patientes anorexiques (voir Tableau 113). Comme le montre le tableau 17, les principaux troubles psychiatriques actuels qui ont été identifiés, sont : un épisode dépressif majeur chez six patientes anorexiques, un risque suicidaire (i.e. de niveau léger pour 6 patientes, de niveau moyen pour 2 patientes et de niveau élevé pour 2 patientes) et des troubles anxieux pour huit patientes anorexiques. Dans un souci de synthèse les troubles psychiatriques passés ne sont pas présentés.

Lors du jour J140, la majorité des patientes anorexiques (i.e. 22/26) présentent le diagnostic d'anorexie mentale. Une patiente anorexique ne répond pas au premier critère du DSM-IV puisque sa perte de poids était de 11 % du poids total (vs 15 %) et 2 autres ne présentent plus le diagnostic de TCA. Et enfin, deux patientes, anorexiques lors de la mesure précédente, sont diagnostiquées boulimiques. Parmi les 22 patientes anorexiques, 18 présentent une anorexie mentale de type restrictif et 4 présentent une anorexie mentale de type boulimique avec purge (voir Tableau 113). Comme le montre le tableau 17, les principaux troubles psychiatriques actuels qui ont été identifiés sont : un épisode dépressif majeur chez quatre patientes anorexiques, un risque suicidaire (i.e. de niveau léger pour 7 patientes, de niveau moyen pour 1 patiente et de niveau élevé pour 1 patiente) et des troubles anxieux pour six patientes anorexiques. Dans un souci de synthèse les troubles psychiatriques passés ne sont pas présentés.

Tableau 113.
Diagnostic clinique chez les 26 patientes anorexiques aux jours
J0, J70 et J140

Trouble psychiatrique		N J0	N J70	N J140
TCA	Anorexie mentale Restrictif	22	21	18
	Boulimique-Purge	4	5	4
	Boulimie	0	0	2
Épisode dépressif majeur (avec mélancolie)			6	4
Dysthymie			1	1
Risque suicidaire			10	9
Épisode (hypo)maniaque			2	0
Troubles paniques			2	1
Agoraphobie			2	2
Phobie sociale			4	2
Trouble obsessionnel-compulsif			3	2
Stress post-traumatique			1	0
Psychose			0	1
Troubles anxieux			8	6

Notes : TCA : Troubles du comportement alimentaire ; N J0 : Nombre de patientes anorexiques au jour J0 ; N J70 : Nombre de patientes anorexiques au jour J70 ; N J140 : Nombre de patientes anorexiques au jour J140.

2. NEUVIÈME HYPOTHÈSE : DIRECTIONS DES ASSOCIATIONS ENTRE LES DIMENSIONS DU CONCEPT DE SOI ET SYMPTÔMES ANOREXIQUES

2.1. Évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques

A partir du seuil de l'index de symptômes EDI-A-24 (i.e. [-10,71 ; +10,71]) et du seuil pondéral (i.e. [-1,4 kg ; +1,4 kg]), les Figures 65 à 67 ainsi que le Tableau 114 indiquent l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques des 26 patientes anorexiques. Les analyses descriptives portent sur les 140 jours consécutifs. Elles révèlent que 2 patientes anorexiques présentent une aggravation complète des symptômes anorexiques (i.e. aggravation complète significative de deux critères d'évolution : index de symptômes EDI-A-24 et seuil pondéral), 10 patientes anorexiques présentent une aggravation partielle des symptômes anorexiques (i.e. aggravation complète significative d'un seul critère d'évolution), 4 patientes anorexiques présentent une stabilisation des symptômes anorexiques (i.e. aucune aggravation complète ou amélioration complète significative des deux critères d'évolution), 8 patientes anorexiques présentent une discordance des symptômes anorexiques (i.e. aggravation complète et amélioration complète significatives des deux critères d'évolution), 2 patientes

anorexiques présentent une amélioration partielle (i.e. amélioration complète significative d'un seul critère d'évolution) et aucune patiente anorexique ne présente d'amélioration complète des symptômes anorexiques (i.e. Amélioration complète significative des deux critères d'évolution).

Tableau 114
Répartition des 26 patientes anorexiques en fonction de l'évolution des symptômes anorexiques en fin de suivi complet

Patiente	I-EDI J0	I-EDI J140	I-EDI J140-J0	Evolution I-EDI	Poids J0	Poids J140	Poids J140-J0	Evolution poids	Evolution en de suivi
1	15	15	0	S	30.7	29.8	-0.9	S	S
2	13	34	21	A	34.7	39.3	+4.6	Am	D
3	5	35	30	A	40.0	40.0	+0.0	S	A.P
4	7	15	8	S	50.2	50.9	+0.7	S	S
5	12	31	19	A	45.3	44.8	-0.5	S	A.P
6	4	22	18	A	41.0	41.0	+0.0	S	A.P
7	5	24	19	A	44.0	45.5	+1.5	Am	D
8	6	9	3	S	46.0	46.0	+0.0	S	S
9	5	15	10	S	42.7	41.0	-1.7	A	A.P
10	0	22	22	A	50.5	50.2	-0.3	S	A.P
11	1	16	15	A	40.2	39.9	-0.3	S	A.P
12	11	18	7	S	47.0	53.2	+6.2	Am	Am.P
13	1	23	22	A	45.0	45.0	+0.0	S	A.P
14	13	36	23	A	48.0	46.0	-2.0	A	A
15	18	34	16	A	33.0	36.2	+3.2	Am	D
16	8	24	16	A	46.0	44.0	-2.0	A	A
17	2	30	28	A	42.0	44.0	+2.0	A	D
18	9	15	6	S	40.0	37.0	-3.0	A	A.P
19	16	31	15	A	47.0	54.0	+7.0	Am	D
20	5	33	28	A	37.0	39.0	+2.0	Am	D
21	5	30	25	A	41.5	41.0	-0.5	S	A.P
22	24	31	7	S	38.0	37.0	-1.0	S	S
23	1	5	4	S	40.5	47.3	+6.8	Am	Am.P
24	3	33	30	A	43.0	44.0	+1.0	S	A.P
25	5	28	23	A	39.0	41.0	+2.0	Am	D
26	23	34	11	A	48.0	64.0	16.0	Am	D

Notes. I-EDI J0 : Score de l'Index de symptômes de l'EDI-A-24 au jour J0 ; I-EDI J140 : Score de l'Index de symptômes de l'EDI-A-24 au jour J140 ; I-EDI J0-J140 : Soustraction entre le score de l'Index de symptômes de l'EDI-A-24 au jour J140 et celui au jour J0 ; Poids J0 : Poids au jour J0 (kg) ; Poids J140 : Poids au jour J140 (kg) ; Poids J140-J0 : Soustraction entre le poids au jour J140 et celui au jour J0 ; A : Aggravation complète ; A.P : Aggravation partielle ; S : Stabilisation ; D : discordance ; Am.P : Amélioration partielle ; Am : Amélioration complète.

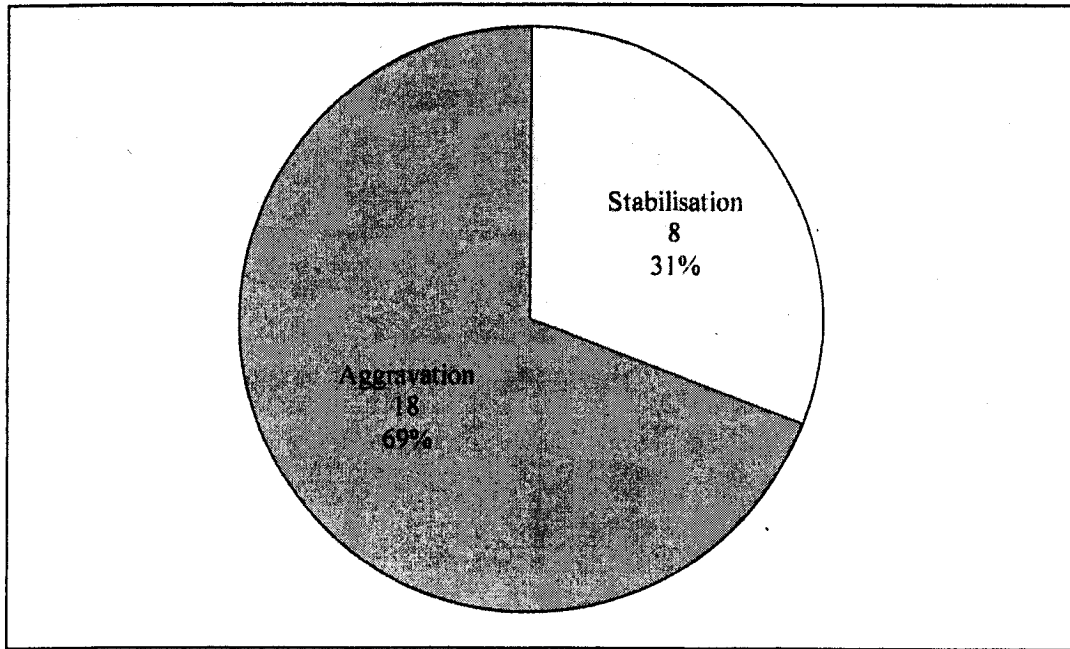


Figure 65. Répartition des évolutions de l'index de symptômes de l'EDI-A-24 en fin de suivi complet

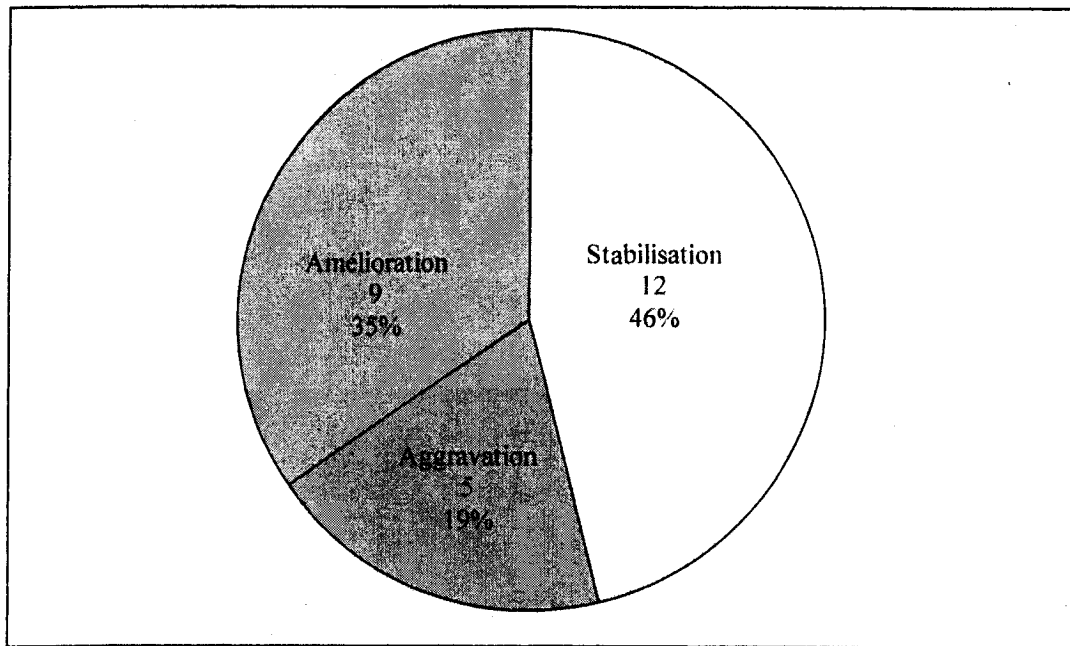


Figure 66. Répartition des évolutions du poids en fin de suivi complet

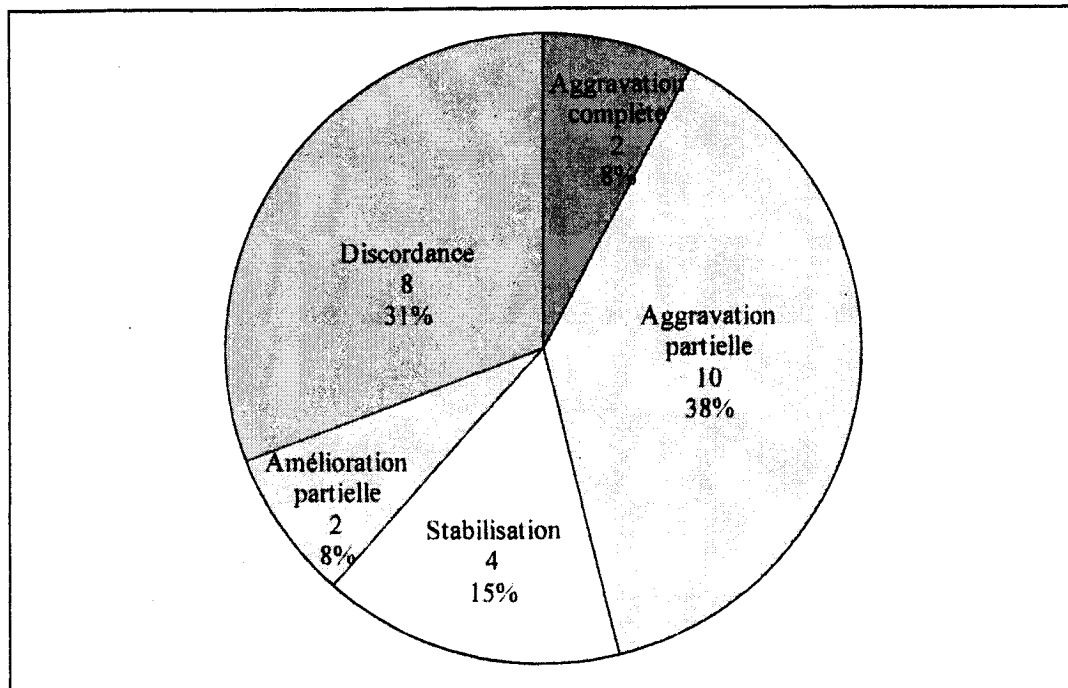


Figure 67. Répartition des évolutions des symptômes anorexiques en fin de suivi complet

2.2. Corrélations croisées : direction des associations

L'apparence physique perçue est la dimension du concept de soi qui est significative pour chaque résultat des hypothèses précédentes (i.e. H1 à H8). En effet, l'apparence physique perçue est un prédicteur significatif du score total de l'EDI-A-24 au jour J0 du suivi initial (H1), au jour J70 du suivi initial (H2) et 70 jours plus tard (H3). Elle est également un prédicteur significatif du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC au jour J70, durant les sept derniers jours, de même que chacune des semaines de ce suivi initial (H4-H5). Le niveau et/ou les indices d'instabilité de la série temporelle de l'apparence physique perçue à 70 jours prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC, quels que soient le statut des participantes et l'IMC au jour J0 (H6 et H7). Enfin, certains types de dynamique de l'apparence physique perçue des participantes prédisent davantage l'IMC que d'autre. Ainsi, tout au long des analyses permettant de tester la neuvième hypothèse (H9) et la dixième hypothèse (H10), seule l'apparence physique perçue a été incluse.

Les corrélations croisées ont permis de mettre en évidence la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les trois échelles de l'index-

EDI-A-24 (i.e. le désir de minceur, l'insatisfaction corporelle et la boulimie) de chaque patiente anorexique au cours des 140 jours consécutifs (voir Tableau 115). Les directions et les coefficients des associations entre les séries temporelles de l'apparence physique perçue et celles du désir de minceur, les séries temporelles de l'apparence physique perçue et celles de l'insatisfaction corporelle, et enfin les séries temporelles de l'apparence physique perçue et celles de la boulimie seront successivement présentées. La présentation de chaque association sera structurée en fonction du type de direction des relations observées (i.e. décalage positif, négatif et égal à 0) puis pour chaque type de direction, le signe et la valeur de chaque coefficient de corrélation croisée et enfin les coefficients de corrélation croisée seront décrits.

2.2.1. Désir de minceur

Concernant l'association entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur, parmi les décalages positifs chez 12 patientes, les résultats des corrélations croisées montrent que les coefficients de corrélation croisée les plus élevés sont : a) négatifs et centrés à des décalages compris entre 1 et 15 chez cinq patientes anorexiques, b) positifs et centrés sur des décalages compris entre 1 et 11 chez cinq patientes anorexiques et c) non-significatifs que des décalages compris entre 5 et 10 chez deux patientes. Plus concrètement, le fait que le décalage soit positif indique que, pour ces dix patientes anorexiques, l'apparence physique perçue précède le désir de minceur au cours des 140 jours. Le signe de ces corrélations indique alors que des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue prédisent des niveaux plus faibles de désir de minceur chez cinq patientes et des niveaux plus élevés de désir de minceur chez cinq autres patientes. Par exemple, la série temporelle et le corrélogrammes rapportés aux Figures 68 et 69 rapportent l'association positive au cours des 140 jours de l'apparence physique perçue et du désir de minceur de la patiente 13 et situent cette association au décalage.

Parmi les décalages négatifs chez 8 patientes, les résultats des corrélations croisées indiquent également que les coefficients de corrélation croisée les plus élevés sont négatifs et centrés à des décalages compris entre -7 et -1 chez quatre

patientes anorexiques. Une autre patiente anorexique (i.e. patiente 4) présente un coefficient de corrélation croisée positif et centré à un décalage de -2. En d'autres termes, le fait que le décalage soit négatif indique que, pour ces cinq patientes anorexiques, le désir de minceur précède l'apparence physique perçue au cours des 140 jours. De même, le signe des corrélations indique que des niveaux plus élevés de désir de minceur prédisent des niveaux plus faibles d'apparence physique perçue chez quatre patientes et des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue chez une patiente.

Enfin, chez six patientes anorexiques, les résultats des corrélations croisées montrent que les coefficients de corrélation croisée les plus élevés sont négatifs et centrés au décalage 0 montrant ainsi un profil d'associations principalement simultané entre ces deux variables. Le signe des corrélations indique que des niveaux plus élevés de désir de minceur prédisent des niveaux plus faibles d'apparence physique perçue chez six patientes. Pour les cinq dernières patientes anorexiques (i.e. patientes 4, 7, 11, 14 et 24), les coefficients de corrélation croisée ne sont pas significatifs (voir le Tableau 115).

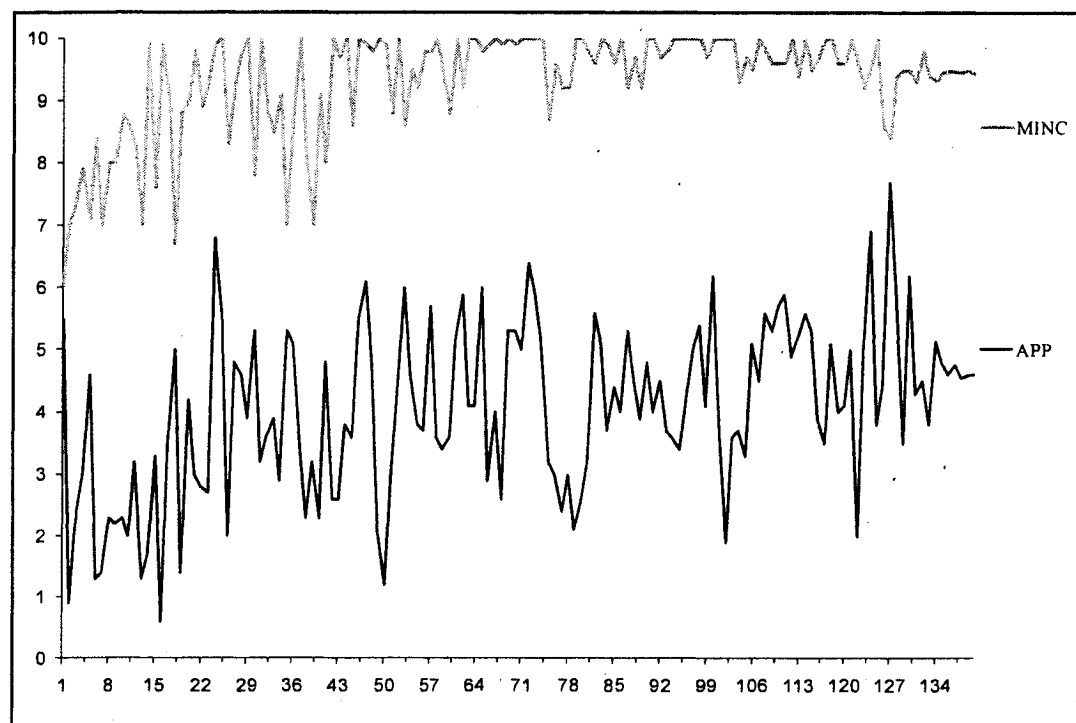
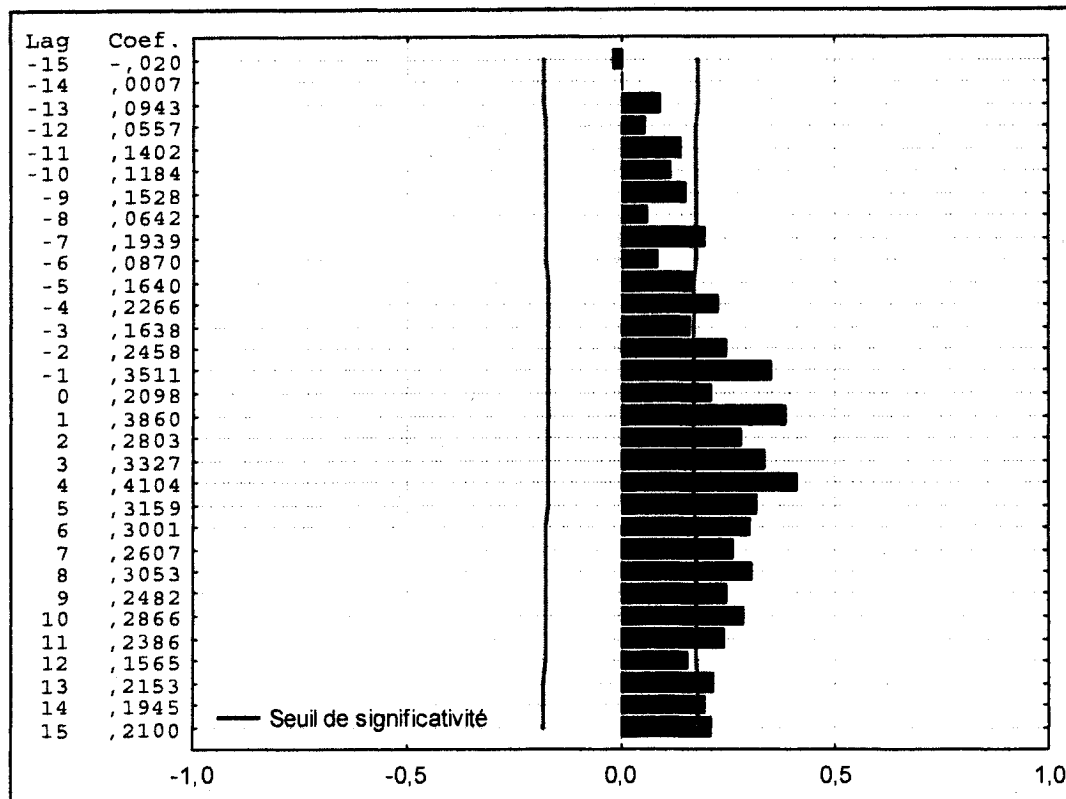


Figure 68. Séries temporelles de l'apparence physique perçue (APP) et du désir de minceur (MINC) de la patiente 13 au cours des 140 jours consécutifs



Notes. Lag : Décalage; Coef. : Coefficient de corrélation croisée

Figure 69. Corrélogramme de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur chez la patiente 13 au cours des 140 jours consécutifs.

2.2.2. Insatisfaction corporelle

Concernant l'association entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle, un total de 20 patientes anorexiques présente un corrélogramme centré (i.e. présentant une corrélation maximale) à 0, montrant ainsi un profil d'associations principalement simultané entre ces deux variables. Parmi ces patientes les résultats révèlent des coefficients de corrélation croisée majoritairement: a) négatifs chez 17 patientes anorexiques (i.e. des niveaux élevés d'apparence physique perçue sont associés à des niveaux plus faibles d'insatisfaction corporelle), et b) positifs chez trois patientes anorexiques (i.e. des niveaux élevés d'apparence physique perçue sont associés à des niveaux plus élevés d'insatisfaction corporelle). Par exemple, le corrélogramme rapporte l'association au cours des 140 jours entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle de la patiente 1 au décalage 0 (voir Figures 70 et 71).

Ce graphique présente la forme caractéristique des corrélations croisées centrées au décalage 0 (*lag 0*).

Parmi les décalages négatifs chez cinq patientes, les résultats des corrélations croisées indiquent également que les coefficients de corrélation croisée les plus élevés sont négatifs et centrés à des décalages compris entre -12 et -1 chez trois patientes anorexiques. Ainsi, chez ces patientes, l'insatisfaction corporelle précède l'apparence physique perçue au cours des 140 jours dans le cadre d'une relation inverse (i.e. des niveaux élevés d'insatisfaction corporelle prédisent des niveaux plus faibles d'apparence physique perçue). Une patiente anorexique (i.e. patiente 17) présente quant à elle un coefficient de corrélation croisée positif et centré à un décalage de -12, montrant que chez elle des niveaux élevés d'insatisfaction corporelle prédisent des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue.

Enfin, les résultats des corrélations croisées montrent un décalage positif centré au décalage 15 pour une patiente anorexique (i.e. 21), dont le coefficient de corrélation croisée le plus élevé est positif. Ce résultat montre que pour cette patiente, des niveaux élevés d'apparence physique perçue prédisent des niveaux plus élevés d'insatisfaction corporelle. Pour une seule patiente anorexique (i.e. patientes 14), le coefficient de corrélation croisée n'est pas significatif (voir Tableau 115).

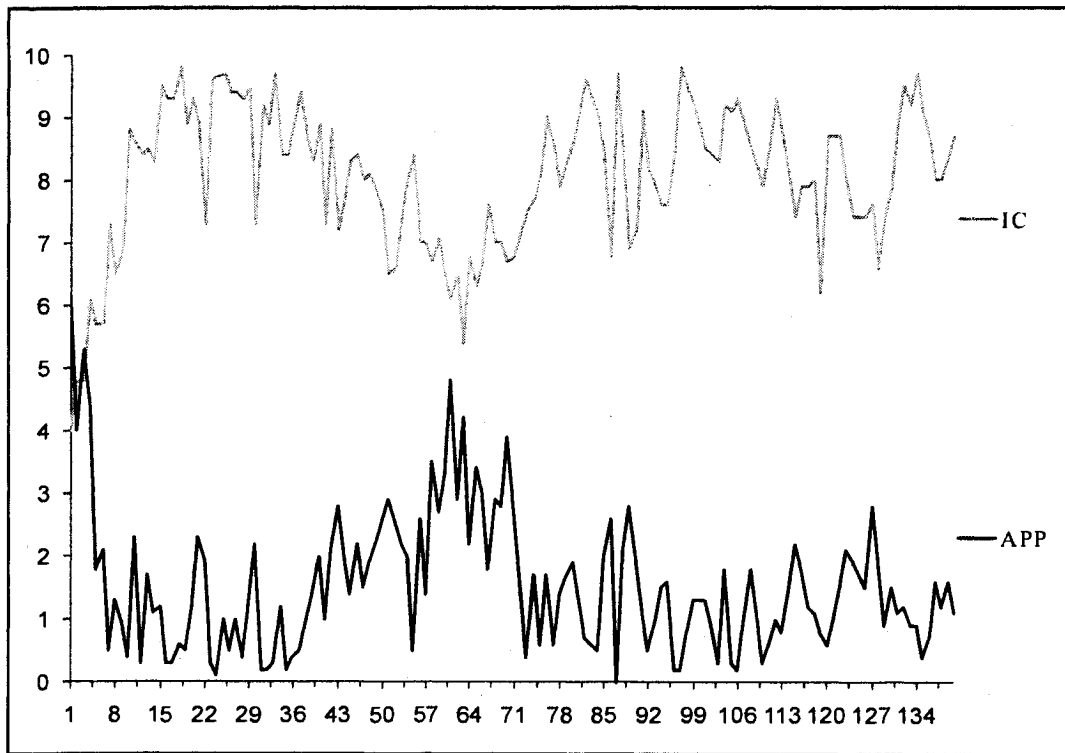
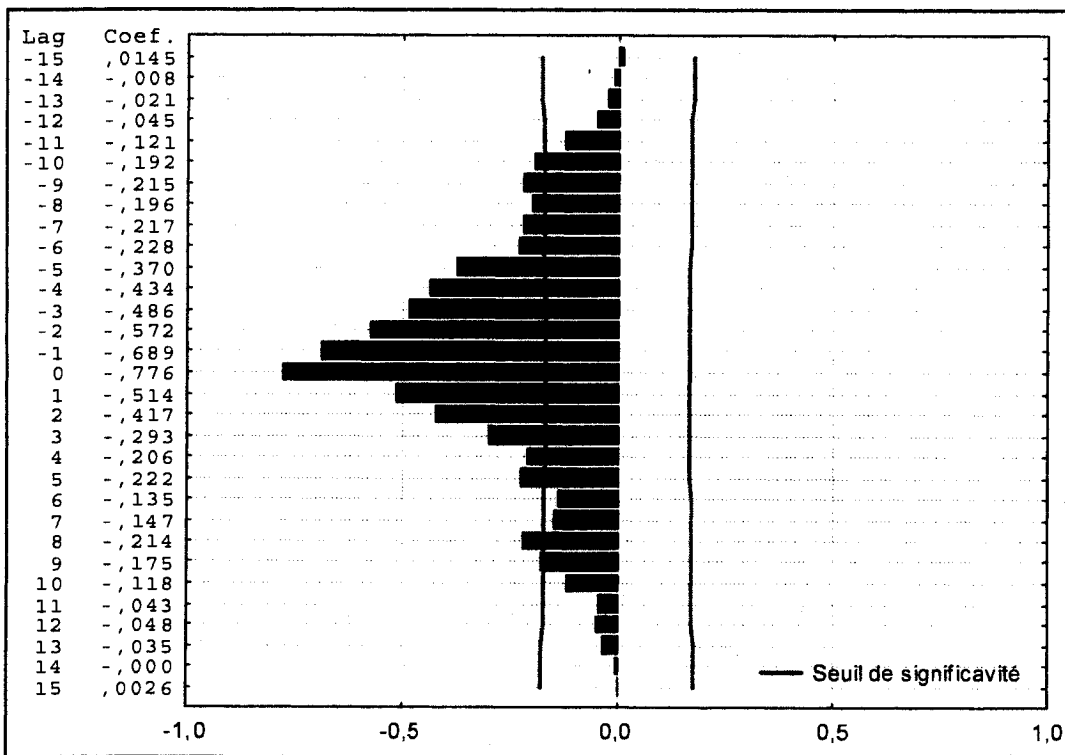


Figure 70. Séries temporelle de l'apparence physique perçue (APP) et de l'insatisfaction corporelle (IC) de la patiente 1 au cours des 140 jours consécutifs



Notes. Lag : Décalage; Coef. : Coefficient de corrélation croisée

Figure 71. Corrélogramme de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle chez la patiente 1 au cours des 140 jours consécutifs.

2.2.3. Boulimie

Concernant l'association entre l'apparence physique perçue et la boulimie, 8 patientes anorexiques présentent un corrélogramme centré (i.e. présentant une corrélation maximale) à un décalage négatif (variant de -1 à -15) chez onze patientes, montrant que la boulimie précède l'apparence physique perçue au cours des 140 jours. Plus précisément, les coefficients de corrélation croisée maximaux sont : a) positifs chez cinq patientes anorexiques (i.e. des niveaux plus élevés de boulimie prédisent des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue), et b) négatifs chez trois patientes anorexiques (i.e. des niveaux plus élevés de boulimie prédisent des niveaux plus faibles d'apparence physique perçue). Par exemple, le corrélogramme rapporte l'association au cours des 140 jours entre l'apparence physique perçue et la boulimie de la patiente 24 au décalage -2 (voir Figure 72 et 73).

Six patientes présentent quant à elles un corrélogramme centré à un décalage positif (variant de 1 à 6) chez huit patientes, montrant que l'apparence physique perçue précède la boulimie au cours des 140 jours. De celles-ci : a) trois patientes présentent des coefficients de corrélation croisée principalement négatifs (i.e. des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue prédisent des niveaux plus faibles de boulimie), b) trois patientes présentent des coefficients de corrélation croisée principalement positifs (i.e. des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue prédisent des niveaux plus élevés de boulimie).

Cinq patientes présentent quant à elles un corrélogramme centré à 0 chez six patientes, montrant ainsi que les relations entre l'apparence physique perçue et la boulimie se produisent en simultané au cours des 140 jours. Pour trois de ces patientes ces coefficients sont majoritairement positifs (i.e. des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue sont associés à des niveaux plus élevés de boulimie) alors qu'ils sont majoritairement négatifs pour les deux autres patientes (i.e. des niveaux plus élevés d'apparence physique perçue sont associés à des niveaux plus faibles de boulimie).

Enfin, pour six patientes anorexiques (i.e. patientes 5, 10, 16, 17, 22 et 23), le coefficient de corrélation croisée n'est pas significatif et pour une patiente anorexique (i.e. patiente 9), les corrélations croisées n'ont pas pu être testées à cause de l'absence de variabilité de la série temporelle de boulimie (voir Tableau 115).

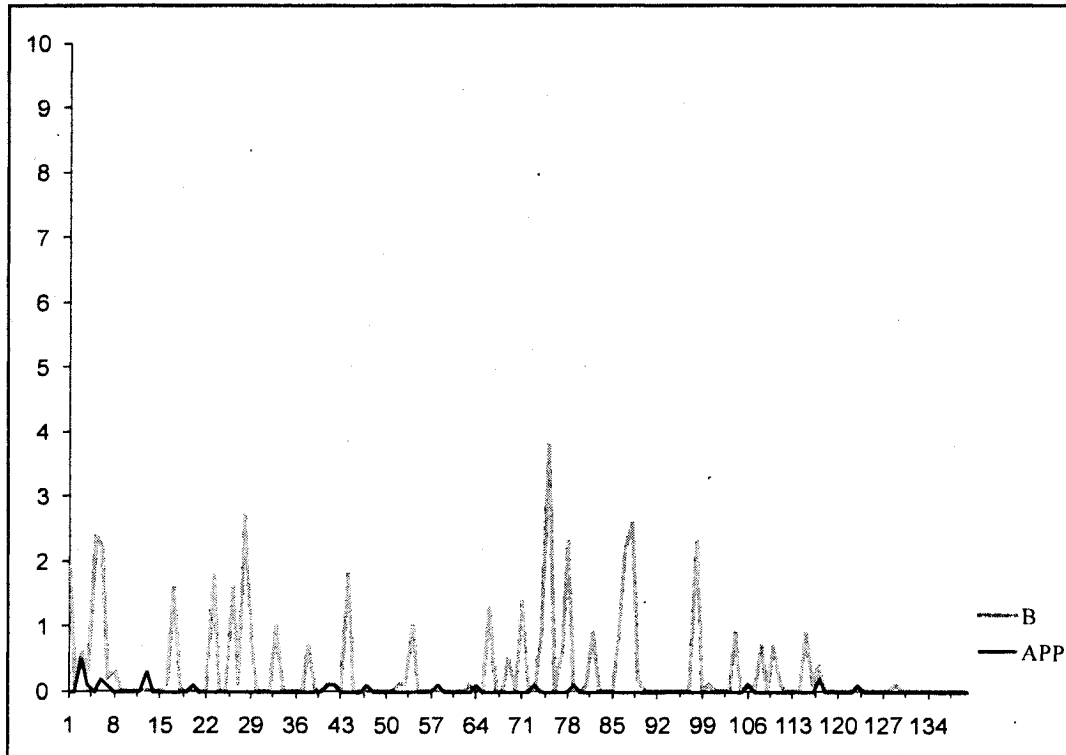
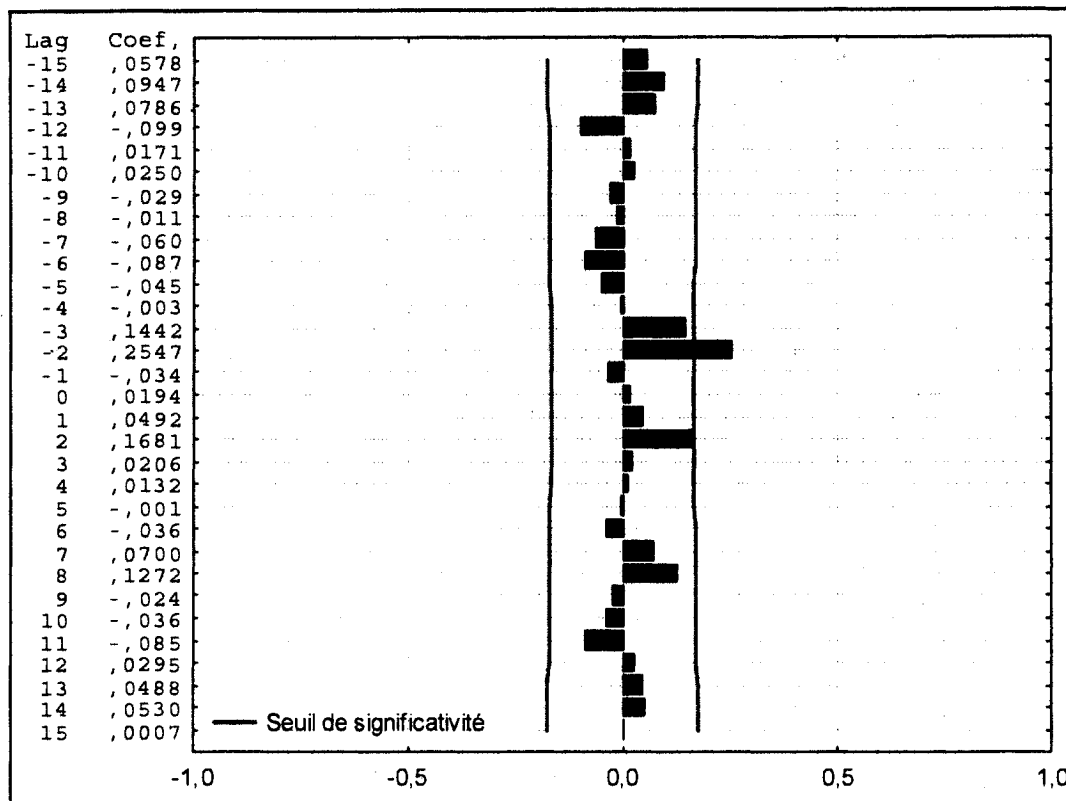


Figure 72. Séries temporelles de l'apparence physique perçue (APP) et de la boulimie (B) de la patiente 24 au cours des 140 jours consécutifs



Notes. Lag : Décalage; Coef. : Coefficient de corrélation croisée

Figure 73. Corrélogramme de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et la boulimie chez la patiente 24 au cours des 140 jours consécutifs.

En définitive, les associations entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur révèlent des coefficients significatifs maximum a) à des décalages positifs chez dix patientes anorexiques dont les coefficients de corrélation croisée sont autant positifs que négatifs, b) à des décalages négatifs chez cinq autres dont les coefficients de corrélation croisée sont majoritairement positifs (i.e. 4/5), et c) au décalage 0 chez les six restantes dont les coefficients de corrélation croisée sont tous négatifs. Cinq coefficients de corrélation croisée ne sont pas significatifs. Ensuite, les associations entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle révèlent des coefficients significatifs maximum a) au décalage 0 chez vingt patientes anorexiques dont les coefficients de corrélation croisée sont majoritairement négatifs (i.e. 17/20), b) à des décalages négatifs chez quatre autres dont les coefficients de corrélation croisée sont majoritairement négatifs (i.e. 3/4), et c) à des décalages positifs chez une patiente dont le coefficient de corrélation croisée est positif. Un seul coefficient de corrélation croisée n'est pas significatif. Enfin, les associations entre l'apparence physique

perçue et la boulimie révèlent des coefficients significatifs maximum a) à des décalages négatifs chez huit patientes anorexiques dont les coefficients de corrélation croisée sont majoritairement positifs (i.e. 5/8), b) à des décalages positifs chez six autres dont les coefficients de corrélation croisée sont autant positifs que négatifs, et c) au décalage 0 chez les cinq restantes dont les coefficients de corrélation croisée sont majoritairement positifs (i.e. 3/5). Pour six patientes anorexiques, le coefficient de corrélation croisée n'est pas significatif et pour une seule patiente anorexique, les corrélations croisées n'ont pas pu être testées à cause de l'absence de variabilité de la série temporelle de boulimie.

Tableau 115
Coefficients de corrélation croisée maximum et décalages pour les 26
patientes anorexiques au cours des 140 jours consécutifs

Patiente	Age	IMC	APP-MINC		APP-IC		APP-B	
			r	lag	r	lag	r	lag
1	17	13.29	-.28	(12)	-.78	(0)	.27	(0)
2	15	12.75	-.42	(0)	-.48	(0)	-.21	(0)
3	15	14.69	-.32	(0)	-.41	(0)	.29	(1)
4	21	17.37	.18 ^{NS}	(-11)	.54	(0)	.20	(-4)
5	21	16.05	-.28	(-7)	.34	(0)	-.15 ^{NS}	(-15)
6	20	15.43	.25	(8)	-.37	(-12)	.18	(-11)
7	17	16.36	.13 ^{NS}	(10)	-.71	(0)	.49	(8)
8	21	16.90	.25	(1)	-.49	(0)	.22	(0)
9	19	15.68	-.24	(15)	-.74	(0)		
10	20	16.68	.55	(13)	-.69	(0)	.17 ^{NS}	(-9)
11	15	14.77	-.15 ^{NS}	(-2)	.30	(0)	.19	(-6)
12	18	16.46	-.43	(0)	-.94	(0)	-.71	(3)
13	16	17.36	.41	(4)	-.22	(0)	-.31	(6)
14	17	17.63	-.14 ^{NS}	(5)	-.12 ^{NS}	(-1)	-.21	(0)
15	19	12.57	-.23	(1)	-.33	(0)	-.27	(-8)
16	14	18.66	-.46	(4)	-.61	(-2)	.12 ^{NS}	(-6)
17	17	13.11	.34	(-14)	.51	(-12)	.12 ^{NS}	(2)
18	17	14.34	-.29	(-2)	-.30	(0)	.27	(-15)
19	14	17.06	-.27	(-7)	-.37	(0)	-.30	(4)
20	18	14.64	-.30	(8)	-.56	(0)	.21	(0)
21	16	14.53	-.19	(-1)	-.23	(15)	.59	(6)
22	18	15.61	-.38	(0)	-.60	(0)	-.16 ^{NS}	(13)
23	14	14.01	-.81	(0)	-.91	(0)	.06 ^{NS}	(0)
24	17	15.06	.12 ^{NS}	(-10)	-.38	(-1)	.25	(-2)
25	16	14.15	.38	(11)	-.44	(0)	-.20	(-6)
26	14	17.63	-.24	(0)	-.33	(0)	-.25	(-1)

Notes. Tous les coefficients des corrélations croisées sont significatifs ($p < .05$); excepté les coefficients marqués des lettres ^{NS} (non significatif). IMC : Indice de masse corporelle; MINC : Désir de minceur; IC : Insatisfaction Corporelle; B : Boulimie; APP : Apparence physique perçue; r : Coefficient de corrélation croisée; lag : Décalage.

2.3. Test d'association du χ^2

Les tests d'association du χ^2 ont permis de vérifier le lien entre l'évolution des patientes anorexiques en fin de suivi complet et la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques (i.e. désir de minceur, insatisfaction corporelle et boulimie). À titre de rappel, chaque test d'association du χ^2 correspond à un type de symptôme de TCA: le premier test d'association du χ^2 concerne le type de décalage relatif aux coefficients de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur ; le second test d'association

du χ^2 concerne le type de décalage relatif aux coefficients de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle ; et enfin le troisième et dernier test d'association du χ^2 concerne le type de décalage relatif aux coefficients de corrélation croisée entre l'apparence physique perçue et la boulimie. Au regard du faible nombre de participantes par type de décalage relatif aux coefficients de corrélation croisée, les types d'évolution ont été regroupés. Ainsi, chaque test d'association du χ^2 inclut le type d'évolution des patientes anorexiques en fin de suivi complet comme variable indépendante nominale à trois modalités (i.e. amélioration, stabilisation, aggravation) et le type de décalage relatif aux coefficients de corrélation croisée comme variable test ou dépendante à trois modalités (i.e. *lag* positif, *lag* 0 et *lag* négatif).

Le premier test d'association du χ^2 , concernant l'association entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur, s'est avéré non significatif ($\chi^2 = 8.50$, $df = 4$, $p = .075$). Le second test d'association du χ^2 concernant l'association entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle s'est avéré non significatif ($\chi^2 = 3.46$, $df = 4$, $p = .484$). Enfin, le troisième test d'association du χ^2 concernant l'association entre l'apparence physique perçue et la boulimie s'est avéré non significatif ($\chi^2 = 4.13$, $df = 4$, $p = .388$).

3. DIXIEME HYPOTHESE : ASSOCIATION ENTRE CONCEPT DE SOI ET EVENEMENTS

3.1. Présentation des cinq cas cliniques

Au regard des résultats relatifs à l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques (i.e. amélioration complète non représentée dans cette étude), cinq patientes anorexiques correspondant aux cinq types d'évolution en fin de suivi ont été sélectionnées (aléatoirement).

Oda est une jeune femme âgée de 18 ans qui mesure 1,69 m pour 47 kg (i.e. IMC = 16.46 kg/m²). En hospitalisation ambulatoire durant tout le suivi, elle présente une anorexie mentale de type restrictif. Lors de sa première hospitalisation en long séjour, elle était âgée de 16 ans. Depuis sa puberté (i.e. 12 ans), son poids le plus élevé fut de 62 kg et son poids le plus bas fut de 43 kg. Les

problèmes de poids ont débuté à l'âge de 16,5 ans. Elle est étudiante en première année à l'université. La mère d'Oda est décédée. Elle vit seule avec son père.

Laure est une jeune femme âgée de 18 ans qui mesure 1,56 m pour 38 kg (i.e. $IMC = 15.61 \text{ kg/m}^2$). En hospitalisation long séjour jusqu'au 72^{ème} jour du suivi, elle présente une anorexie mentale de type boulimique avec purge. Lors de sa première hospitalisation en long séjour, elle était âgée de 16 ans. Depuis sa puberté (i.e. 12 ans), son poids le plus élevé fut de 45 kg et son poids le plus bas fut de 33 kg. Les problèmes de poids ont débuté à l'âge de 3 ans. Laure est une élève de terminale (i.e. dernière année de secondaire) mais pour des raisons liées à l'anorexie mentale, elle assiste aux cours de façon épisodique depuis 1 an. Ses parents sont séparés. Laure qui vivait initialement avec sa mère à la Réunion louera un appartement seule à partir du 75^{ème} jour du suivi complet.

Jeanne est une jeune femme âgée de 18 ans qui mesure 1,59 m pour 37 kg (i.e. $IMC = 14.64 \text{ kg/m}^2$). En hospitalisation long séjour durant la totalité du suivi, elle présente une anorexie mentale de type boulimique avec purge. Lors de sa première hospitalisation en long séjour, elle était âgée de 17 ans. Depuis sa puberté (i.e. 12 ans), son poids le plus élevé fut de 55 kg et son poids le plus bas fut de 33 kg. Les problèmes de poids ont débuté à l'âge de 16,5 ans. Jeanne est une élève de terminale (i.e. dernière année de secondaire) mais pour des raisons liées à l'anorexie mentale, elle n'assiste plus aux cours depuis 6 mois. Ses parents sont séparés. Jeanne vit principalement chez sa mère et ses grands parents maternels.

Marie est une jeune femme âgée de 19 ans qui mesure 1,65 m pour 43,3 kg (i.e. $IMC = 15.68 \text{ kg/m}^2$). En hospitalisation ambulatoire durant la totalité du suivi, elle présente une anorexie mentale de type restrictif. Lors de sa première hospitalisation en long séjour, elle était âgée de 15 ans. Depuis sa puberté (i.e. 12 ans), son poids le plus élevé fut de 45,8 kg et son poids le plus bas fut de 36 kg. Les problèmes de poids ont débuté à l'âge de 10 ans. Elle est étudiante en première année à l'université et vit chez ses parents. Il est intéressant de noter que Marie a une sœur jumelle qui ne présente aucun trouble du comportement alimentaire.

Thérèse est une adolescente âgée de 17 ans qui mesure 1,65 m pour 48 kg (i.e. IMC = 17.63 kg/m²). En hospitalisation long séjour du 1^{ier} au 11^{ème} jour et en hospitalisation ambulatoire (contre avis médical) du 12^{ème} jour à la fin du suivi complet, elle présente une anorexie mentale de type boulimique avec purge. Lors de sa première hospitalisation en long séjour, elle était âgée de 16 ans. Depuis sa puberté (i.e. 12 ans), son poids le plus élevé fut de 52 kg et son poids le plus bas fut de 40 kg. Les problèmes de poids ont débuté à l'âge de 16 ans. Elle est étudiante en première année à l'université, inscrite dans deux programmes différents et vit avec ses parents.

3.2. Evénements personnels et sociaux

Pour chacune des cinq patientes anorexiques, la moyenne des séries différenciée (MSD) de l'apparence physique perçue (i.e. utilisée comme seuil de variabilité significative de la série temporelle) a permis d'identifier les jours relatifs aux zones d'impression personnelle retenus aux fins de l'analyse qualitative. Ainsi, concernant Oda, 28 jours parmi les 140 ont été sélectionnés comme présentant une variabilité significative (i.e. supérieure à la MSD de 0.50) et 4 d'entre eux n'ont pas été complétés par Oda. Pour Laure, 68 jours parmi les 140 ont été sélectionnés comme présentant une variabilité significative (i.e. supérieure à la MSD de 0.40) et 15 d'entre eux n'ont pas été complétés par Laure. Concernant Jeanne, 35 jours parmi les 140 ont été sélectionnés comme présentant une variabilité significative (i.e. supérieure à la MSD de 0.20) et 28 d'entre eux n'ont pas été complétés par Jeanne. Pour Marie, 50 jours parmi les 140 ont été sélectionnés comme présentant une variabilité significative (i.e. supérieure à la MSD de 1.00) et 16 d'entre eux n'ont pas été complétés par Marie. Concernant Thérèse, 18 jours parmi les 140 ont été sélectionnés comme présentant une variabilité significative (i.e. supérieure à la MSD de 0.20) et un d'entre eux n'a pas été complété par Thérèse.

L'analyse qualitative révèle 7 thèmes tirés des écrits scientifiques (i.e. changement somatique, relations sociales, événements de vie, symptômes anorexiques, traits de personnalité, troubles psychiatriques et éléments relatifs à la prise en charge). Comme le montrent les Tableaux 116 et 117, ces thèmes ont été

constitués de différents sous-thèmes tirés des écrits scientifiques¹⁰ et de la « lecture flottante » des zones d'impressions personnelles de chaque patiente anorexique, réalisée par les analystes¹¹. A partir d'un code couleur, la grille des thèmes et des sous-thèmes a été appliquée au corpus selon la sémantique des phrases et portions de phrases.

¹⁰ C'est-à-dire : poids, avec les parents, avec les pairs, avec la famille, avec la société, régime minceur/diète, exercice physique excessif, vomissement provoqué, utilisation de purgatifs/diurétiques, crise de boulimie, insatisfaction corporelle, peur intense de grossir, inconscience intéroceptive/alexithymie, peur de maturité, perfectionnisme, faible concept de soi, hyperactivité, obsession-compulsion, dépression, abus de substance, paranoïa, mauvais état de l'humeur, motivation à changer, attente irréaliste du rétablissement et gestion de stress de la « vraie vie ».

¹¹ C'est-à-dire : état physique général, avec le ou la petit(e) ami(e), avec le personnel soignant, pesée programmée, maladie ou perte d'un être cher, tâche intellectuelle/professionnelle, activité thérapeutique, visite/sortie relative à l'hospitalisation, mutilation, sentiment de culpabilité, mythomanie/dissimulation, hypercontrôle, idée/tentative suicidaire, anxiété généralisée.

Tableau 116.
Répartition des sous-thèmes en fonction des thèmes constituant les événements personnels et sociaux

Thème	Sous-thème	Catégorie
Changement somatique	Poids (prise vs perte)	Pers.
	Etat physique général (bon vs mauvais)	Pers.
Relations sociales	Avec les parents (positive vs négative)	Soc.
	Avec les pairs (positive vs négative)	Soc.
	Avec la famille (positive vs négative)	Soc.
	Avec le ou la petit(e) ami(e) (positive vs négative)	Soc.
	Avec le personnel soignant (positive vs négative)	Soc.
	Avec la société (positive vs négative)	Soc.
	Événements de vie	Pesée programmée
Maladie ou perte d'un être cher		Soc.
Tâche intellectuelle/professionnelle		Soc.
Activité thérapeutique		Soc.
Visite/sortie relative ou pas à l'hospitalisation		Soc.
Symptômes anorexiques	Régime minceur/diète (vs grossissant)	Pers.
	Exercice physique excessif (vs aucun/diminué)	Pers.
	Vomissement provoqué (vs évité)	Pers.
	Utilisation de purgatifs/diurétiques (vs évitée)	Pers.
	Crise de boulimie (vs évitée)	Pers.
	Insatisfaction corporelle (vs satisfaction)	Pers.
	Peur intense de grossir (vs aucune/diminuée)	Pers.
	Mutilation (vs évitée/diminuée)	Pers.
Traits de personnalité	Sentiment de culpabilité (vs aucun/diminué)	Pers.
	Inconscience intéroceptive/alexithymie (vs conscience)	Pers.
	Peur de maturité (vs aucune/diminuée)	Pers.
	Perfectionnisme (vs aucun/diminué)	Pers.
	Faible concept de soi (vs élevé)	Pers.
	Mythomanie/dissimulation (vs aucune/évitée)	Pers.
	Hyperactivité (vs détente/laisser aller)	Pers.
	Hypercontrôle (vs perte de contrôle)	Pers.
Troubles psychiatriques	Obsession-compulsion (vs aucun/diminuée)	Pers.
	Dépression (vs aucune/diminuée)	Pers.
	Idée/tentative suicidaire (vs évitée)	Pers.
	Abus de substance (vs absence)	Pers.
	Paranoïa (vs aucune/diminuée)	Pers.
	Mauvais état thymique (vs bon état thymique)	Pers.
	Anxiété (vs aucune/diminuée)	Pers.
Eléments relatifs à la prise en charge	Motivation à changer (vs aucune/diminuée)	Pers.
	Attente irréaliste du rétablissement (vs réaliste)	Pers.
	Gestion de stress de la « vraie vie » (vs aucune)	Pers.

Notes. Pers. : Événement personnel ; Soc. : Événement social

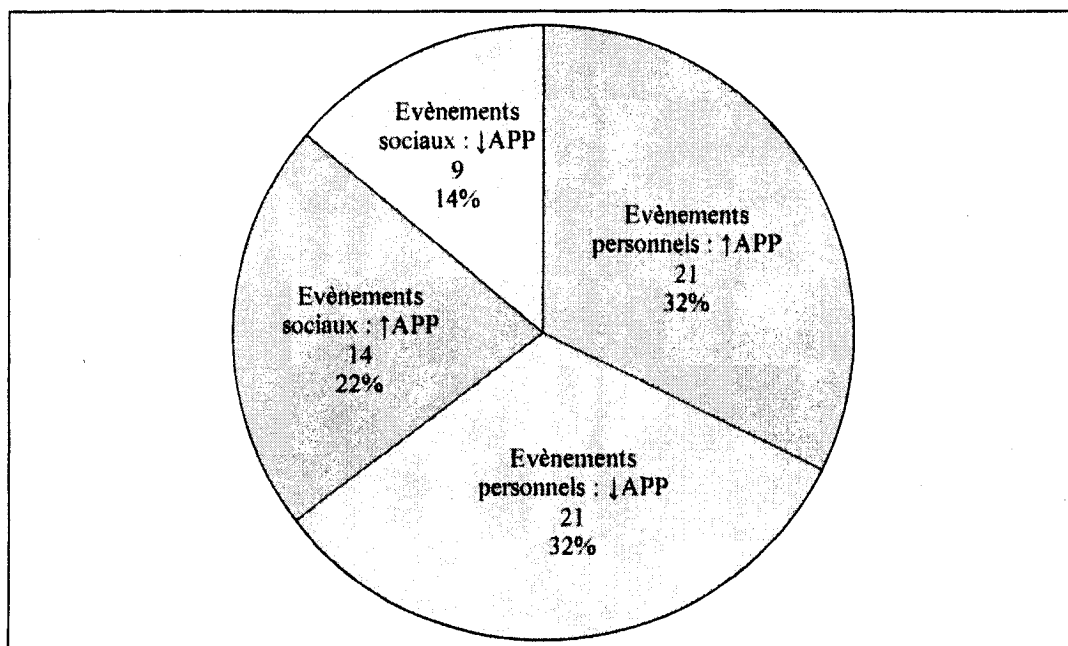
Tableau 117.

Exemple de portion de phrases en fonction dessous-thèmes

Sous-thème	Exemple
Poids	« la petite prise de poids me contrarie »
Etat physique général	« j'étais fatiguée et avec une sorte de migraine »
Avec les parents	« les choses sont tendues avec mon père »
Avec les pairs	« bon après-midi avec un ami à discuter »
Avec la famille	« cinéma avec mon petit frère »
Avec le ou la petit(e) ami(e)	« bon moment avec mon copain actuel »
Avec le personnel soignant	« le psy et le médecin m'ont félicitée »
Avec la société	« les regards (de certains) m'ont dérangée »
Pesée programmée	« lundi c'est la pesée... »
Maladie ou perte d'un être cher	« l'état de ma grand-mère qui s'aggrave »
Tâche	« j'ai passé mes épreuves de TP du bac »
intellectuelle/professionnelle	
Activité thérapeutique	« l'activité cuisine a été organisée au centre »
Visite/sortie relative ou pas à l'hospitalisation	« j'ai eu une permission pour la journée que j'ai passée chez moi »
Régime mincissant/diète	« je n'ai pas mangé jusqu'au soir »
Exercice physique excessif	« faire des dizaines d'aller retour entre le rez-de-chaussée et le 6 ^e étage par les escaliers »
Vomissement provoqué	« je mange pour vomir. »
Utilisation de purgatifs/diurétiques	« j'ai continué à prendre mes laxatifs »
Crise de boulimie	« j'ai fait une crise de boulimie »
Insatisfaction corporelle	« je ne supporte plus mon corps, mes formes »
Peur intense de grossir	« j'ai une peur bleue de ne pas y rentrer »
Mutilation	« je me suis encore mutilée »
Sentiment de culpabilité	« je suis vraiment un poids pour tout le monde »
Inconscience	« je ne contrôle plus mes émotions, je ne sais pas ce qui m'arrive »
intéroceptive/alexithymie	
Peur de maturité	« les contraintes de ma vie future m'oppressent »
Perfectionnisme	« la perfection, c'est une chose importante, »
Faible concept de soi	« je ne vaudrais vraiment vraiment RIEN !! »
Mythomanie/dissimulation	« moins manger sans qu'ils ne s'en aperçoivent »
Hyperactivité	« envie de bouger, de me divertir à tout prix »
Hypercontrôle	« de ne pas arriver à contrôler, c'est un échec »
Obsession-compulsion	« c'est mon rituel et j'ai dû mal à ne pas l'exercer »
Dépression	« énormément déprimée ! Je me sens si seule »
Idée/tentative suicidaire	« Le suicide m'obsède de plus en plus »
Abus de substance	« je fume comme un pompier... pour oublier »
Paranoïa vs aucune/diminuée	« je deviens parano, je doute de tout le monde »
Mauvais état thymique	« Le moral est un peu meilleur aujourd'hui »
Anxiété	« C'est une angoisse qui reste en moi »
Motivation à changer	« je finis même mon assiette »
Attente irréaliste du rétablissement	« je n'y comprends rien, moi qui avais trouvé le dé clic »
Gestion de stress de la "vraie vie"	« Mais c'est très désagréable d'être dans son monde et de se sentir perturbée dans un endroit où l'on n'avait jamais l'habitude de l'être. »

Note. L'intégralité des propos relatés par les patientes anorexiques ont été uniquement corrigés sur le plan orthographique et grammatical.

Oda, dont l'évolution en fin de suivi complet correspond à une amélioration partielle des symptômes anorexiques, rapporte 64,6 % (i.e. 42/65) d'évènements personnels versus 35,4 % (i.e. 23/65) d'évènements sociaux (voir Figure 74). Les évènements personnels sont principalement (i.e. 14/65) relatifs à certains troubles psychiatriques tels que l'état thymique tandis que les évènements sociaux se répartissent entre les relations sociales (i.e. 12/23) plus précisément avec les pairs et les évènements de vie (i.e. 11/23) tels que la maladie d'un être cher. Concernant le lien entre l'évolution quantitative de l'apparence physique perçue et les données qualitatives des évènements, 53,8 % (i.e. 35/65) des évènements correspondent aux augmentations significatives de l'apparence physique perçue dont près des 2/3 sont des évènements personnels et le tiers restant des évènements sociaux. De plus, 46,2 % (i.e. 30/65) correspondent aux diminutions significatives de l'apparence physique perçue dont les 2/3 sont des évènements personnels et le tiers restant des évènements sociaux (voir Tableau 118, Annexe CS).

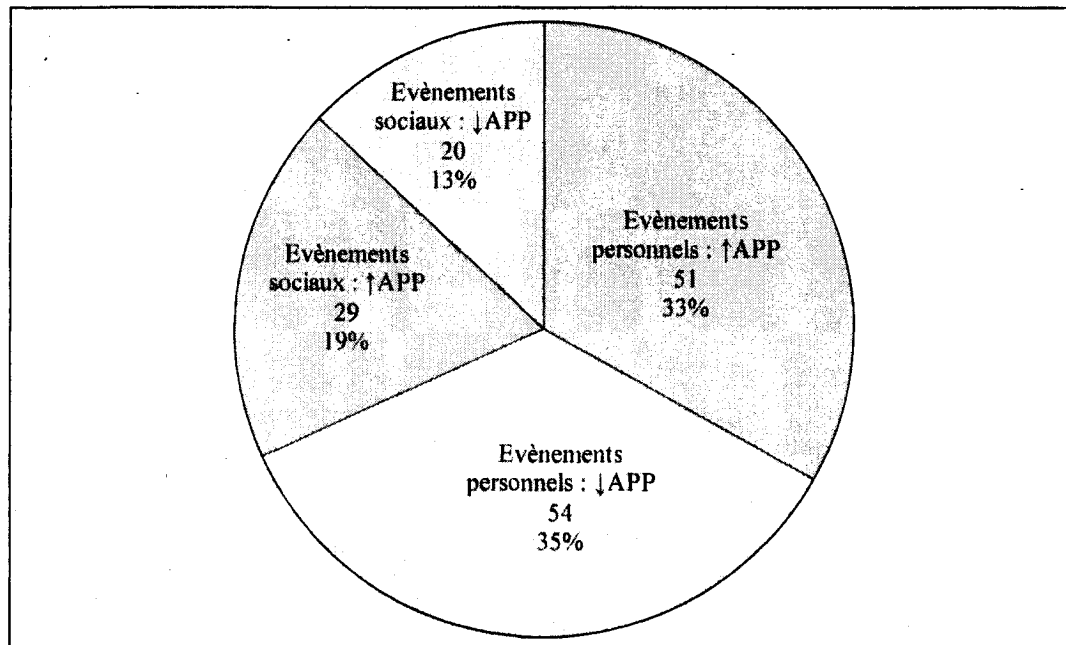


Notes. ↑APP : Augmentation de l'apparence physique perçue ; ↓APP: Diminution de l'apparence physique perçue

Figure 74. Répartition des évènements personnels et sociaux d'Oda

Laure dont l'évolution en fin de suivi complet correspond à une stabilisation des symptômes anorexiques rapporte 68,2 % (i.e. 105/154) d'évènements personnels versus 31,8 % (i.e. 49/154) d'évènements sociaux (voir

Figure 75). Les événements personnels sont principalement (i.e. 37/105) relatifs à certains symptômes anorexiques tels que les vomissements et les régimes amincissants tandis que les événements sociaux se répartissent entre les relations sociales (i.e. 28/49) plus précisément avec le personnel soignant et les événements de vie (i.e. 11/23) tels que les visites et les sorties relatives à l'hospitalisation. Concernant le lien entre l'évolution quantitative de l'apparence physique perçue et les données qualitatives des événements, 52 % (i.e. 80/154) des événements correspondent aux augmentations significatives de l'apparence physique perçue dont près des 2/3 sont des événements personnels et le tiers restant des événements sociaux. De plus, 48,05 % (i.e. 74/154) correspondent aux diminutions significatives de l'apparence physique perçue dont les 2/3 sont des événements personnels et le tiers restant des événements sociaux (voir Tableau 118, Annexe CS).

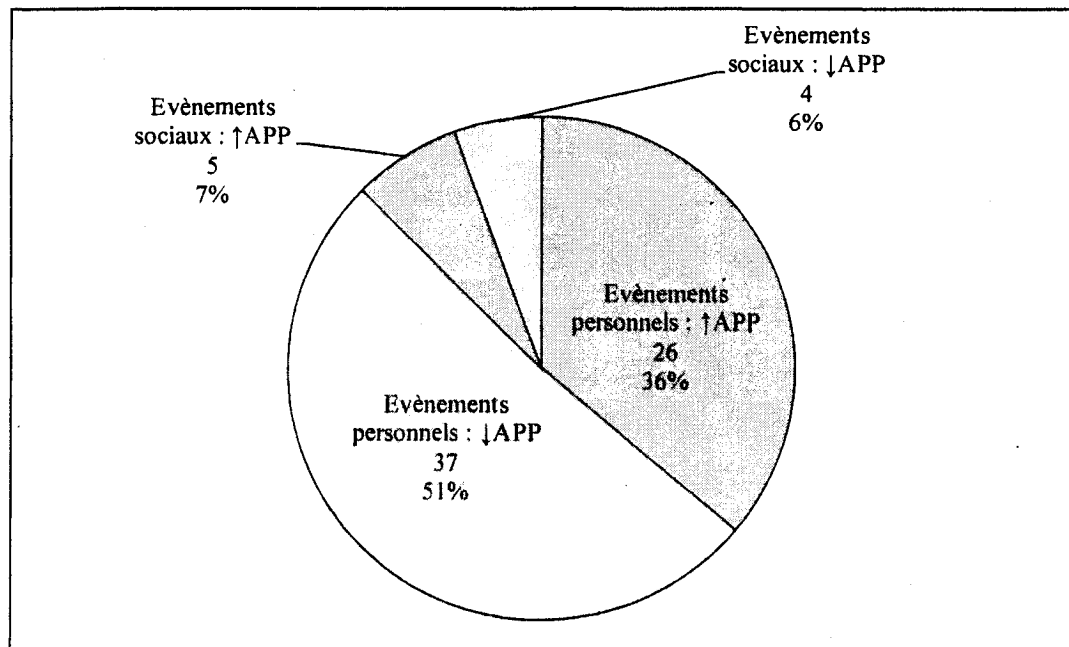


Notes. ↑APP : Augmentation de l'apparence physique perçue ; ↓APP: Diminution de l'apparence physique perçue.

Figure 75. Répartition des événements personnels et sociaux de Laure

Jeanne dont l'évolution en fin de suivi complet correspond à une discordance des symptômes anorexiques rapporte 87,5 % (i.e. 63/72) d'événements personnels versus 12,5 % (i.e. 9/72) d'événements sociaux (voir Figure 76). Les événements personnels sont principalement (i.e. 23/63) relatifs à certains symptômes anorexiques tels que les régimes amincissants tandis que les

événements sociaux se répartissent entre les relations sociales (i.e. 4/9) en général et les événements de vie (i.e. 5/9) tels que les visites et les sorties relatives à l'hospitalisation. Concernant le lien entre l'évolution quantitative de l'apparence physique perçue et les données qualitatives des événements, 43,1 % (i.e. 31/72) des événements correspondent aux augmentations significatives de l'apparence physique perçue dont près des 3/4 sont des événements personnels et le quart restant des événements sociaux. De plus, 56,9 % (i.e. 41/72) correspondent aux diminutions significatives de l'apparence physique perçue dont la majorité (i.e. 37/41) correspond à des événements personnels et les 4 restants à des événements sociaux (voir Tableau 118, Annexe CS).

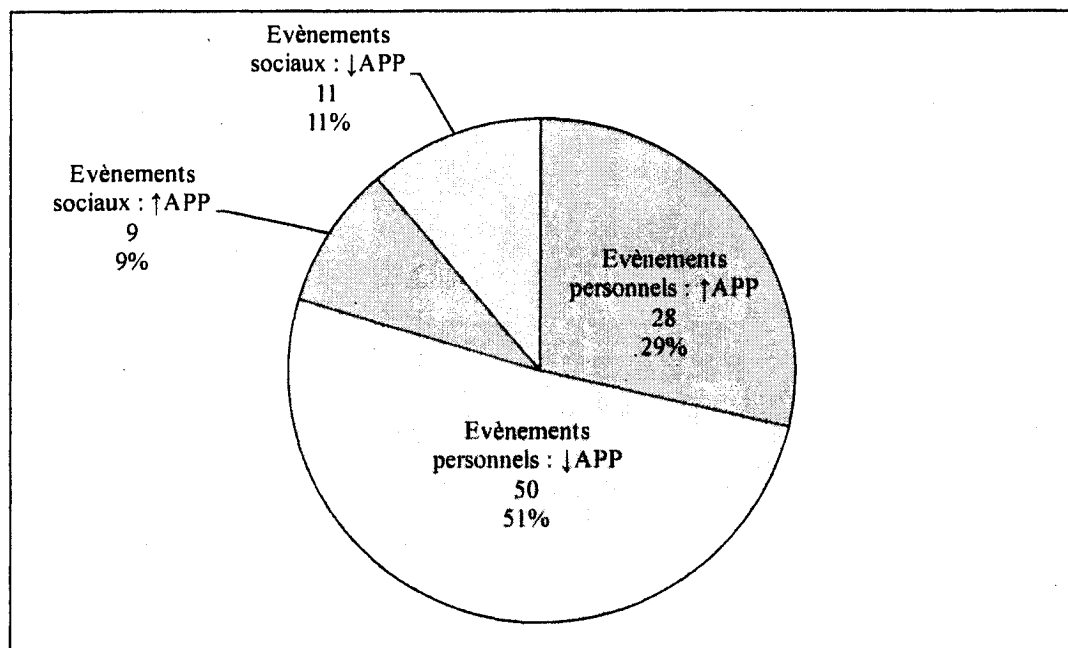


Notes. ↑APP : Augmentation de l'apparence physique perçue ; ↓APP: Diminution de l'apparence physique perçue.

Figure 76. Répartition des événements personnels et sociaux de Jeanne

Marie dont l'évolution en fin de suivi complet correspond à une aggravation partielle des symptômes anorexiques rapporte 79,6 % (i.e. 78/98) d'événements personnels versus 20,4 % (i.e. 20/98) d'événements sociaux (voir Figure 77). Les événements personnels sont principalement (i.e. 29/78) relatifs à certains troubles psychiatriques tels que la dépression tandis que les événements sociaux se répartissent entre les relations sociales (i.e. 11/20) plus précisément avec la société et les événements de vie (i.e. 9/20) tels que les tâches intellectuelles relatives aux examens. Concernant le lien entre l'évolution

quantitative de l'apparence physique perçue et les données qualitatives des événements, 37,8 % (i.e. 37/98) des événements correspondent aux augmentations significatives de l'apparence physique perçue dont près des 3/4 sont des événements personnels et le quart restant des événements sociaux. De plus, 62,3 % (i.e. 61/98) correspondent aux diminutions significatives de l'apparence physique perçue dont les 3/4 sont des événements personnels et le quart restant des événements sociaux (voir Tableau 118, Annexe CS).

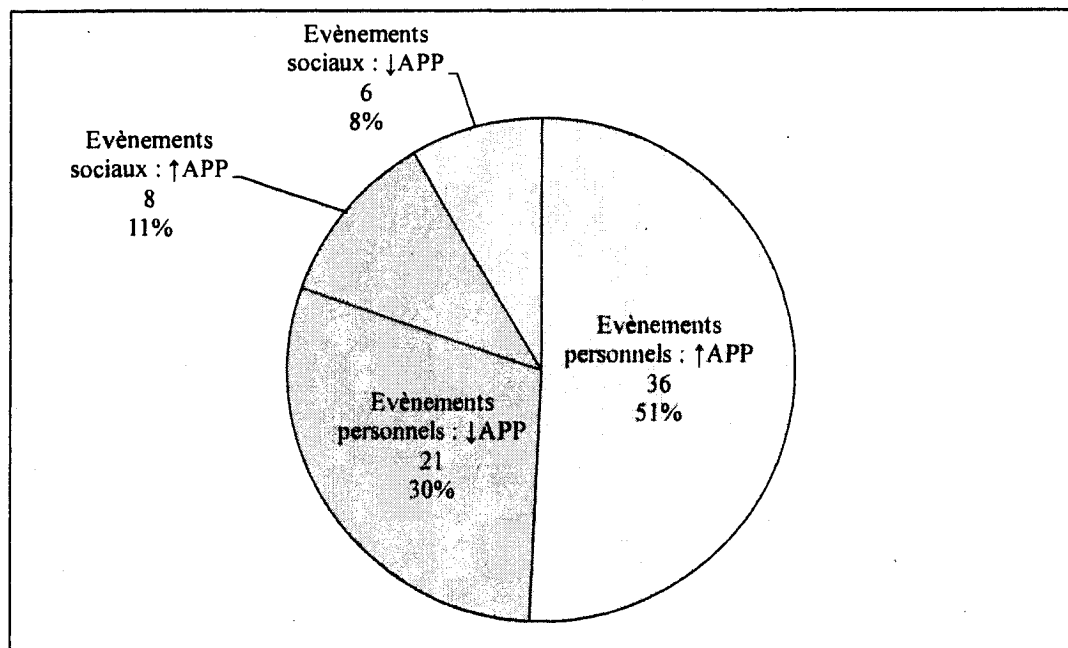


Notes. ↑APP : Augmentation de l'apparence physique perçue ; ↓APP : Diminution de l'apparence physique perçue.

Figure 77. Répartition des événements personnels et sociaux de Marie

Thérèse dont l'évolution en fin de suivi complet correspond à une aggravation complète des symptômes anorexiques rapporte 80,3 % (i.e. 57/71) d'événements personnels versus 19,7 % (i.e. 14/71) d'événements sociaux (voir Figure 78). Les événements personnels sont principalement (i.e. 28/57) relatifs à certains symptômes anorexiques tels que le régime amincissant et les crises de boulimie tandis que les événements sociaux se répartissent entre les relations sociales (i.e. 8/14) plus précisément avec la société et les événements de vie (i.e. 6/14) tels que les tâches intellectuelles relatives aux examens. Concernant le lien entre l'évolution quantitative de l'apparence physique perçue et les données qualitatives des événements, 62 % (i.e. 44/71) des événements correspondent aux augmentations significatives de l'apparence physique perçue dont près des 3/4

sont des événements personnels et le quart restant des événements sociaux. De plus, 38 % (i.e. 27/71) correspondent aux diminutions significatives de l'apparence physique perçue dont les 3/4 sont des événements personnels et le quart restant des événements sociaux (voir Tableau 118, Annexe CS).



Notes. ↑APP : Augmentation de l'apparence physique perçue ; ↓APP: Diminution de l'apparence physique perçue.

Figure 78. Répartition des événements personnels et sociaux de Thérèse

En synthèse (voir Figure 79), Oda et Laure, qui présentent respectivement une amélioration partielle et une stabilisation des symptômes anorexiques, ont des pourcentages d'événements personnels et sociaux presque similaires (i.e. Oda : 65 % vs 35 % et Laure : 68 % vs 32 %). Marie et Thérèse, présentant respectivement une aggravation partielle et complète des symptômes anorexiques, ont des pourcentages d'événements personnels et sociaux similaires (i.e. 80 % vs 20 %). Jeanne correspondant à une discordance des symptômes anorexiques (i.e. aggravation complète pondérale et amélioration complète psychologique) présente 88 % d'événements personnels versus 12 % d'événements sociaux. En rapportant, l'ensemble de ces résultats sur un continuum d'intensité des symptômes anorexiques, le pourcentage d'événements personnels est plus élevé chez les cas cliniques dont les symptômes d'anorexie mentale se sont aggravés ou sont discordants (i.e. Marie, Thérèse et Jeanne) que celui des cas cliniques dont les symptômes anorexiques se sont améliorés ou ont stagné (i.e. Oda et Laure).

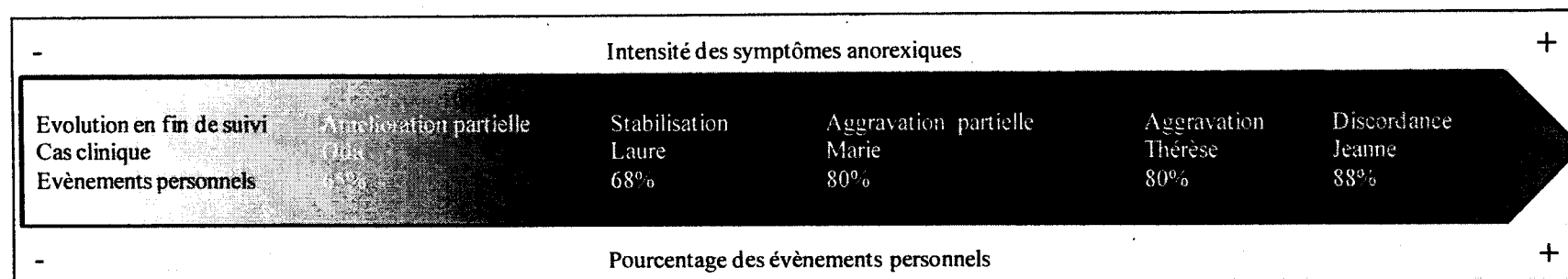


Figure 79. Continuum d'intensité des symptômes anorexiques en fonction du pourcentage d'évènements personnels notés dans le carnet de suivi quotidien

DIXIÈME CHAPITRE

CARACTÉRISTIQUES ET LA REPRÉSENTATIVITÉ DES ÉCHANTILLONS

Le suivi initial de 70 jours et le suivi complet de 140 jours ont respectivement permis d'étudier les 49 participantes sans TCA et patientes anorexiques puis uniquement les 26 patientes anorexiques. Avant de discuter des résultats relatifs à ces échantillons et sous-échantillons, il convient de revenir sur les caractéristiques du groupe de patientes anorexiques afin d'évaluer la cohérence de ce profil avec les caractéristiques connues de cette population.

1. DONNÉES LIÉES AU POIDS ET À LA TAILLE

Les comparaisons des données statur pondérales (i.e. poids et IMC) indiquent a) des niveaux significativement plus faibles chez les patientes anorexiques que chez les participantes sans TCA au premier jour et au dernier jour du suivi initial et b) aucune différence significative relative à la taille entre ces deux groupes. La différence pondérale est directement liée aux critères d'inclusion des participantes du suivi initial car les patientes anorexiques devaient avoir un poids inférieur à 85 % du poids total et les participantes sans TCA, un IMC correspondant à un poids normal ou une insuffisance pondérale du type 1 selon l'algorithme de Cole *et al.* (2007). Les quelques études contrôlées rétrospectives ou prospectives qui ont comparé la population anorexique à la population générale (i.e. non clinique) auprès d'adolescentes confirment l'ensemble de ces résultats (Råstam *et al.*, 2003; Sullivan *et al.*, 1998b; Bizeul *et al.*, 2001; Federici & Kaplan, 2008).

Aucune différence significative n'a été constatée en ce qui concerne le poids et l'IMC des participantes sans TCA entre le premier (i.e. 20,03 kg/m²) et le dernier jour (i.e. 20 kg/m²) du suivi initial. La principale raison est la durée du suivi (i.e. 70 jours). D'après les courbes de corpulences (Sempé, Pédrón & Roy-Pernot, 1979), le poids des participantes sans TCA peut avoir augmenté en moyenne de 170 g au plus en 70 jours. A ce propos, Löwe *et al.* (2001) ne

montrent aucune différence d'IMC entre la 12^{ième} année et la 21^{ième} année de suivi (IMC = 19,8 et 20,2 kg/m², respectivement) chez les 63 patientes anorexiques guéries présentant les mêmes caractéristiques cliniques que la population générale.

Les mesures statur pondérales prises aux jours J0, J70 et J140 révèlent que le poids moyen des patientes anorexiques augmente significativement entre les jours J0 et J70 mais se stabilise par la suite. Par ailleurs, le niveau initial (J0) diffère du niveau final (J140). Une interprétation partielle de ces résultats met en jeu la modalité d'hospitalisation utilisée dans le groupe clinique et le refus de prendre du poids à partir d'un certain seuil. D'une part, 46 % des patientes anorexiques ont été hospitalisées en long séjour du jour J0 au jour J70 et seules 4 % des patientes ont gardé cette modalité d'hospitalisation entre les jours J70 et J140. D'après le Collège Royal des Psychiatres (2004), la prise de poids d'environ 1 kg par semaine qui passerait à 500g pour ces participantes, expliquerait l'augmentation non-significative du poids entre les jours J70 et J140. Mewes *et al.* (2008) observent également une augmentation significative du poids a) du jour J0 au jour J70 auprès de 100 patientes anorexiques et b) du jour J70 au jour J140 mais exclusivement chez les 50 patientes anorexiques qui ont terminé leur programme thérapeutique en long séjour. D'autre part, les patientes anorexiques entre les jours J70 et J140 ont pu être ambivalentes face à l'intervention: même en s'engageant dans un programme thérapeutique, elles ne sont pas nécessairement prêtes à continuer de prendre du poids au-delà d'un certain seuil (Colton & Pistrang, 2004; Halmi *et al.*, 2005; Kahn & Pike, 2001; Surgenor *et al.*, 2004). Les résultats de la majorité des autres études longitudinales à moyen et long terme portant sur les prédicteurs des symptômes anorexiques auprès des patientes anorexiques montrent également une prise de poids significative (Deter & Herzog, 1994; Fichter *et al.*, 2006; Halvorsen *et al.*, 2004; McHugh, 2007; Zipfel *et al.*, 2000). Concernant la taille des patientes anorexiques, aucune différence significative n'a été trouvée entre les jours J0, J70 et J140. En effet, il est possible que la dénutrition relative à l'anorexie mentale ait provoqué un ralentissement voire un arrêt de la croissance osseuse (i.e. facteur de croissance IGH1) au cours des 140 jours (Alvin, 2001).

2. DIAGNOSTIC CLINIQUE

Concernant les patientes anorexiques, la sévérité des symptômes anorexiques est significativement plus élevée (i.e. score total de l'EDI-A-24) chez les patientes anorexiques que chez les participantes sans TCA au premier jour et au dernier jour du suivi initial. Cette différence clinique est également liée aux critères d'inclusion des participantes du suivi initial car les participantes sans TCA ne devaient présenter ni a) un score dépassant le seuil de détection des TCA aux instruments permettant de les mesurer ni b) de TCA cliniques ou subcliniques. L'étude rétrospective et contrôlée de Sullivan *et al.* (1998b) confirme partiellement ces résultats auprès des patientes anorexiques; précisément en ce qui concerne deux échelles de l'EDI parmi les cinq évaluées : le désir de minceur et le perfectionnisme. Howard *et al.* (1999) ainsi que Bizeul *et al.* (2001) montrent également que les patientes anorexiques rétablies (c'est-à-dire aux caractéristiques semblables à celles de la population générale) ont à la fois un index de symptômes de l'EDI et un score total de l'EDI inférieurs à ceux des patientes anorexiques non rétablies.

Le score total de l'EDI-A-24 des patientes anorexiques et des participantes sans TCA est moins élevé au dernier jour du suivi initial que celui au premier jour. Concernant les patientes anorexiques, il est possible que a) l'intervention thérapeutique, b) le facteur temps qui a pu jouer un rôle dans la maturation psychologique des adolescentes (i.e. capacité d'introspection) et/ou c) l'évaluation quotidienne de leurs perceptions relatives au concept de soi durant la période qui sépare les deux temps de mesure, ait participé à la diminution du score total de l'EDI-A-24. Ce dernier point est d'ailleurs évoqué par des travaux cliniques préliminaires (Monthuy-Blanc *et al.*, 2008). En effet, dans cette étude, les auteurs concluent qu'au-delà d'un simple instrument de mesure, le carnet de suivi a semblé jouer un rôle « thérapeutique » important dans les deux cas cliniques présentés. En ce qui concerne les participantes sans TCA, les changements observés peuvent vraisemblablement aussi être liés aux deux derniers facteurs proposés (i.e. b et c). Ces résultats vont partiellement à l'encontre de ceux obtenus par Clausen (2008) qui ont révélé qu'au contraire une échelle de l'EDI (i.e.

inefficacité personnelle) diminuait significativement dans le temps et qu'une autre demeurait identique (i.e. insatisfaction corporelle) chez un échantillon de participantes avec TCA. De même, Löwe *et al.* (2001), n'ont observé aucune différence significative concernant le score total de l'EDI entre les deux temps de mesure (i.e. 12 ans) auprès des participantes avec TCA.

Concernant l'évolution des TCA au cours des 140 jours, le nombre de cas d'anorexie mentale restrictive a diminué (i.e. de 22 cas à 18), celui de cas d'anorexie mentale boulimique avec purge a augmenté de J0 à J70 (i.e. de 4 cas à 5) et deux cas de boulimie ont été diagnostiqués au jour J140. L'augmentation du nombre de cas de boulimie fait écho à plusieurs études de suivi à moyen (Clausen, 2008; Herpertz-Dahlmann *et al.*, 1996) et long terme (Fichter *et al.*, 2006). D'une part, les études longitudinales identifient un taux d'émergence de comportements boulimiques avec purge chez les patientes anorexiques restrictives compris entre 30-44 % principalement au cours des cinq premières années de suivi (Bulik, *et al.*, 1997; Eckert *et al.*, 1995; Garfinkel *et al.*, 1980; Strober *et al.*, 1997). D'autre part, dans l'étude française de Flament et Jeammet (2000), un tiers des 313 patientes boulimiques ont présenté d'emblée une anorexie mentale restrictive ou boulimique.

Concernant la comorbidité psychiatrique, les entretiens directifs révèlent principalement la présence de risque suicidaire, d'anxiété et d'épisodes dépressifs majeurs. Ces résultats corroborent ceux issus d'autres études de suivi (Fichter *et al.*, 2006; Halvorsen *et al.*, 2004; Sullivan *et al.*, 1998b). Néanmoins, il est intéressant de souligner que la présence de troubles psychiatriques associés à l'anorexie mentale tend à diminuer entre le jour J70 et J140. A l'instar de Herpertz-Dahlmann *et al.* (1996), il semblerait que l'intervention thérapeutique relative à l'anorexie mentale auprès de ces patientes anorexiques ait contribué à la diminution d'autres troubles psychiatriques associés.

ONZIÈME CHAPITRE

DISCUSSION DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS : ANALYSES PRÉVISIONNELLES CLASSIQUES

L'objectif général du suivi initial de 70 jours de cette étude était de déterminer s'il est possible de prévoir la sévérité des symptômes anorexiques en fonction du processus évolutif de l'estime globale de soi et du soi physique et social chez des jeunes filles sans TCA et des patientes anorexiques en milieu naturel durant 70 jours consécutifs. Ce travail a été mené au travers d'un volet nomothétique et d'un volet idiographique. L'objectif du volet nomothétique était de vérifier si l'estime globale de soi et le soi physique et social prédisent la sévérité des symptômes anorexiques. De même, un des objectifs du volet idiographique consistait à déterminer le jour et la semaine à partir desquels les niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique et social sont des facteurs psychologiques prédicteurs des symptômes anorexiques auprès de jeunes filles sans TCA et de patientes souffrant d'anorexie mentale. Il s'agit donc de compléter par des prédictions à très court terme, les analyses effectuées sous le volet nomothétique.

1. CONCEPT DE SOI, UN PRÉDICTEUR DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES

Les première et seconde hypothèses supposent que l'estime globale de soi et le soi physique et social prédisent le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC, respectivement le premier jour (H1) et le dernier jour (H2) du suivi. Cependant, ces prédictions demeurent transversales et suggèrent, plutôt qu'elles ne prouvent réellement, la présence d'une prédiction longitudinale, au sens prévisionnel du terme. Ainsi, la capacité des résultats obtenus, en ce qui concerne les dimensions du concept de soi au premier jour de l'étude, de prédire statistiquement le score total de l'EDI-A-24 et l'IMC au dernier jour de cette étude, a aussi été vérifiée, en elle-même et au-delà de l'effet du niveau de base de la variable prédite (H3). Cette dernière vérification permet d'évaluer si l'effet des dimensions du concept de soi est

réellement indépendant de celui du niveau initial de la variable prédite (EDI-A-24 et IMC) sur ces facettes du concept de soi. Il s'agit donc d'un test de la directionnalité des effets et une régression significative démontrerait le lien entre les dimensions du concept de soi et l'élévation ou la diminution de la variable prédite. Dans toutes ces hypothèses, la présence de relations linéaires et curvilinéaires a été vérifiée. De même, le rôle modérateur du statut (clinique ou non) des participantes a aussi été systématiquement évalué afin de vérifier si les effets observés variaient en fonction du groupe de provenance des participantes (i.e. clinique ou non). Une synthèse de ces résultats est présentée au Tableau 118.

Tableau 118.
Synthèse des résultats relatifs aux hypothèses (H1, H2, H3)

	Prédiction linéaire				Prédiction curvilinéaire				Effet d'interaction			
	J0	J70	J0-70	J0-70*	J0	J70	J0-70	J0-70*	J0	J70	J0-70	J0-70*
VD : EDI-A-24												
EGS	↓↓	↓↓	↓↓	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	↓	↓	↓	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	↓	↓	↓	--	--	--	--	--	--	--	--	--
SS	↓↓	↓	↓↓	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC												
EGS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	--	--	↓	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
SS	--	↑	↑	↑	--	--	--	--	--	↓ ^a	--	--

Notes. J0 : Jour 0 (Hypothèse H1) ; J70 : Jour 70 (hypothèse H2) ; J0-70 : Prédiction du jour 70 par le jour 0 (hypothèse H3) ; J0-J70* : Prédiction du jour 70 par le jour 0 en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante (hypothèse 3) ; VD : Variable dépendante; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue; APP : Apparence physique perçue; SS : Soi social; ↑ : Prédiction positive; ↓ : Prédiction négative; ↑↑ : Prédiction positive dans le modèle final; ↓↓ : Prédiction négative dans le modèle final; -- : Prédiction non significative ; ^a Prédiction positive, exclusivement chez les participantes sans TCA.

Ces prédictions initiales demeurent générales et reposent sur des analyses transversales peu précises parce qu'elles négligent de considérer la direction des effets dans le temps ou sur des analyses longitudinales à moyen terme (70 jours). Par conséquent, ces analyses ne permettent pas de vérifier si le concept de soi est aussi un état susceptible de varier sur de plus courtes périodes de temps et si ces fluctuations pourraient exercer un effet beaucoup plus proximal sur l'évolution des symptômes anorexiques et de l'IMC.

Une seconde série d'analyses a donc été effectuée en réponse aux hypothèses (H4) et (H5) afin d'évaluer si les résultats de prédictions à très court (i.e. un jour à la fois) et à court (i.e. une semaine à la fois) terme modifieraient les résultats obtenus à plus long terme. Ainsi, la quatrième hypothèse envisage que les mesures consécutives des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique et social au cours des sept derniers jours du suivi initial prédisent la mesure du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC au dernier jour du suivi initial. La cinquième hypothèse envisage que les mesures consécutives des niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique et social prises au cours des dix semaines du suivi initial prédisent la mesure du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC au dernier jour du suivi initial. L'idée de base sous-jacente à ces deux hypothèses étant d'évaluer la présence d'effets longitudinaux à plus court terme ainsi que la durée de maintien de ces effets. Une fois de plus, une attention particulière a été portée à la vérification d'effets curvilinéaires et d'interactions. Ces analyses ont aussi été effectuées avec et sans contrôle du niveau de base. Une synthèse des résultats de ces deux hypothèses est présentée aux Tableaux 119 et 120.

Tableau 119.
Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H4)

	Prédiction linéaire													
	64	64*	65	65*	66	66*	67	67*	68	68*	69	69*	70	70*
VD : EDI-A-24														
EGS	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓↓	--	↓	--	↓↓	--
VPP	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	--	--	↓	--	↓↓	--
APP	↓↓	--	↓↓	↓	↓↓	--	↓↓	--	↓	--	↓↓	--	↓↓	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↓↓	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	↓	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC														
EGS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	--	--	--	--	--	↑↑	--	--	--	--	--	--
APP	↓	--	↓	--	--	--	--	--	--	--	↓	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	↓	--	↓↓	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Prédiction curvilinéaire													
	64	64*	65	65*	66	66*	67	67*	68	68*	69	69*	70	70*
VD : EDI-A-24														
EGS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC														
EGS	--	--	--	--	--	--	--	↓	--	--	--	↓	--	↓
VPP	--	--	--	--	--	--	--	↓	--	--	--	↓	--	--
APP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	↓	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	--	↓	--	↓	--	--	--	↓↓	--	--	--	↓	--	↓
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Effet d'interaction													
	64	64*	65	65*	66	66*	67	67*	68	68*	69	69*	70	70*
VD : EDI-A-24														
EGS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↓ ^a	--	--	--
VPP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC														
EGS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	↑ ^b	↑ ^b	--	↑ ^b	--	↑ ^b	--	↑ ^b	↑ ^b	↑ ^b	↑ ^b	↑ ^b	--	↑ ^b
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes. 64 à 70 : Jours J64 à J70; *prédiction du jour 70 par le jour Jx en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante; VD : Variable dépendante; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue; APP : Apparence physique perçue; FAP : Soi social lié à la famille autre que les parents; AMI : Soi social lié aux ami(e)s; PAR : Soi social lié aux parents; ↑ : Prédiction positive; ↓ : Prédiction négative; ↑↑ : Prédiction positive dans le modèle final; ↓↓ : Prédiction négative dans le modèle final; -- : Prédiction non significative; ^aPrédiction négative exclusivement chez les patientes anorexiques, après décomposition de l'interaction; ^bPrédiction positive exclusivement chez les participantes sans TCA, après décomposition de l'interaction.

Tableau 120.
Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H5)

		Prédiction linéaire																			
		1	1*	2	2*	3	3*	4	4*	5	5*	6	6*	7	7*	8	8*	9	9*	10	10*
VD : EDI-A-24																					
EGS		↓↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓↓	--	↓	--	↓	--	↓↓	--
VPP		↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--
APP		↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--	↓	--
FAP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI		↓	--	↓	--	↓↓	--	↓↓	--	↓↓	--	↓↓	--	↓	--	--	--	--	--	--	--
PAR		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC																					
EGS		--	↑	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↑	--	↑	--	↑	--	--	--	↑
VPP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↑	--
APP		--	--	--	--	--	--	↓	--	↓	--	↓	--	--	--	↓	--	↓	--	↓	--
FAP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR		--	--	--	↑	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
		Prédiction curvilinéaire																			
		1	1*	2	2*	3	3*	4	4*	5	5*	6	6*	7	7*	8	8*	9	9*	10	10*
VD : EDI-A-24																					
EGS		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC																					
EGS		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↓	--
APP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↓
PAR		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
		Effet d'interaction																			
		1	1*	2	2*	3	3*	4	4*	5	5*	6	6*	7	7*	8	8*	9	9*	10	10*
VD : EDI-A-24																					
EGS		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC																					
EGS		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP		--	↑ ^b	--	--	--	--	--	--	--	↑ ^b	--	↑ ^b	--	↑ ^b	--	↑ ^b	--	--	--	↑ ^a
FAP		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes. 1 à 10 : Semaines S1 à S10; *prédiction du jour 70 par la semaine Sx en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante; VD : Variable dépendante; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue; APP : Apparence physique perçue; FAP : Soi social lié à la famille autre que les parents; AMI : Soi social lié aux ami(e)s; PAR : Soi social lié aux parents; ↑ : Prédiction positive; ↓ : Prédiction négative; ↑↑ : Prédiction positive dans le modèle final; ↓↓ : Prédiction négative dans le modèle final; -- : Prédiction non significative; ^aPrédiction négative et marginale exclusivement chez les participantes sans TCA, après décomposition de l'interaction; ^bPrédiction négative chez les patientes anorexiques après décomposition de l'interaction.

1.1. Score total de l'EDI-A-24

Au premier jour et au dernier jour, toutes les dimensions du concept de soi (i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue et soi social) représentent des prédicteurs significatifs du score total de l'EDI-A-24, lorsque leurs effets sont considérés séparément. Par conséquent, l'amélioration des dimensions du concept de soi apparaît associée de manière strictement linéaire à une réduction du score total de l'EDI-A-24. Toutefois, la considération simultanée des dimensions du concept de soi dans la prédiction du score total de l'EDI-A-24 indiquent que : a) l'estime globale de soi et le soi social seraient des prédicteurs linéaires de ces symptômes anorexiques plus puissants que la valeur physique perçue et l'apparence physique perçue (deux composantes du soi physique) au jour J0, et b) l'estime globale de soi serait un prédicteur linéaire du score total de l'EDI-A-24 plus puissant que le soi physique et le soi social au jour J70. En d'autres termes, seuls les faibles niveaux de l'estime globale de soi et du soi social au jour J0 et de l'estime globale de soi au jour J70 prédisent significativement le score total de l'EDI-A-24. Le fait que le soi physique aux jours J0 et J70 et que le soi social au J70 deviennent non-significatifs lorsque toutes les dimensions du concept de soi sont considérées simultanément pourrait être dû au caractère interrelié des variables étudiées et indique que l'effet de ces variables dépend de leurs interrelations avec les autres facettes du concept de soi (i.e. estime globale de soi à J0 et J70 et soi social à J0). Ces résultats persistent lorsque les dimensions du concept de soi au jour J0 sont utilisées afin de prédire le score total de l'EDI-a-24 au jour J70 mais disparaissent lorsque le niveau de base (i.e. au jour J0) de l'EDI-A-24 est ajouté comme contrôle additionnel dans les analyses. Ceci signifie que l'association observée, bien que réelle, ne se maintient pas lorsqu'il est question de prédire l'élévation ou la diminution du niveau de l'EDI-A-24 70 jours plus tard. Ces associations semblent refléter davantage la stabilité des symptômes anorexiques et leur effet négatif sur les dimensions du concept de soi qu'un réel « impact » du concept de soi sur les symptômes anorexiques mesurés 70 jours plus tard.

Lorsque les prévisions à très court terme sont considérées, l'estime globale de soi et le soi physique (i.e. apparence physique perçue et valeur physique perçue) des sept derniers jours (H4) et des dix semaines du suivi (H5), prédisent significativement les scores obtenus à l'EDI-A-24 au jour J70. Alors que les variables - estime globale de soi et soi physique - entretiennent des relations proximales avec l'EDI-A-24 (i.e. effets significatifs de quelques jours à quelques semaines avant la fin du suivi), certaines relations plus distales (i.e. à court terme versus à très court terme) apparaissent également en ce qui concerne le soi social lié aux amis prédisant significativement l'EDI-A-24 au jour J70. Par ailleurs, ces effets, conformément aux résultats précédents, disparaissent presque tous, lorsque le niveau de base de l'EDI-A-24 est considéré dans les analyses. En fait, seul l'effet de l'apparence physique perçue demeure parfois significatif (jour 65 et semaines 5, 6, 8 et 9), faisant de cette dimension du concept de soi perçue l'un des prédicteurs le plus robuste de l'EDI-A-24.

1.2. Indice de masse corporelle (IMC)

Au premier jour de l'étude, la valeur physique perçue est le seul prédicteur significatif de l'IMC selon une relation curvilinéaire. En d'autres termes, le niveau d'IMC croît avec l'augmentation de la valeur physique perçue jusqu'à un point d'inflexion (correspondant à un niveau de valeur physique perçue = 0,4 soit 1,30 écarts types, et un IMC = 20,58 kg/m², soit 2,86 écarts types) puis décroît à partir de ce point. Ce résultat suggère qu'une augmentation progressive de la valeur physique perçue des participantes jusqu'à un niveau de 0,8 écarts types au dessus de la moyenne est associée à une hausse de l'IMC, mais qu'au-delà de ce niveau, la relation s'inverse. Cet effet curvilinéaire disparaît au jour J70 et lors des analyses longitudinales, suggérant qu'il s'agissait sans doute d'un effet du hasard.

Au dernier jour du suivi initial, le soi social est la seule dimension du concept de soi qui représente un prédicteur linéaire significatif de l'IMC. Ce résultat suggère qu'au dernier jour de l'étude, un niveau plus élevé du soi social des participantes

(constitué par les relations entretenues avec les pairs et la famille), est associé à une augmentation de l'IMC. Par ailleurs, les résultats des analyses d'interactions montrent que cet effet est limité aux participantes sans TCA. Il convient de noter que ce dernier résultat pourrait potentiellement s'expliquer par la constitution du groupe clinique. En effet, la moitié des patientes anorexiques étaient hospitalisées en long séjour lors du dernier jour du suivi initial et leurs contacts avec les pairs et/ou la famille étaient limités voire absents (APA, 2006). Cette caractéristique de l'hospitalisation long séjour a pu contribuer à réduire l'influence du soi social de ces patientes anorexiques sur leur IMC en diminuant leurs occasions d'interagir avec les pairs et la famille au cours du suivi; à l'inverse des participantes sans TCA en milieu naturel. Il est intéressant de constater que cet effet du soi social sur l'IMC, contrairement à son interaction avec le statut des participantes, se maintient au cours du suivi longitudinal et même une fois que le niveau de base de l'IMC au jour J0 ait été contrôlé dans les analyses. Ceci suggère que l'effet d'interactions précédemment identifié peut avoir simplement été le reflet des différences initiales entre ces deux groupes de participantes au niveau de l'EDI-A-24 et de l'IMC. Une fois ces différences initiales prises en compte, l'effet longitudinal du soi social sur l'IMC des participantes avec et sans TCA a pu émerger de nouveau de manière plus claire.

En revanche, lorsque les prévisions à très court terme sont considérées, l'apparence physique perçue est la seule dimension du concept de soi étudiée qui représente un prédicteur linéaire significatif récurrent (au cours des sept derniers jours et des dix semaines du suivi) de l'IMC au jour J70. Toutefois, le contrôle du niveau de base d'IMC tend à effacer certains de ces effets mais surtout à révéler qu'ils sont, dans les faits, principalement limités aux participantes sans TCA. Il convient ici de noter que les effets de cette dimension du concept de soi sur l'IMC sont positifs, ce qui signifie qu'une apparence physique perçue plus positive est associée à une augmentation de l'IMC, mais chez les participantes sans TCA seulement. Par ailleurs, l'ajout de ce contrôle additionnel fait émerger de nouveaux effets qui eux sont indépendants du statut des participantes. Dans les derniers jours du suivi, plusieurs

dimensions du concept de soi semblent liées de manière curvilinéaire à l'IMC au jour J70 (e.g. estime globale de soi aux jours J67, J69 et J70 ; valeur physique perçue aux jours J67, J69 et J70 ; soi social lié aux ami(e)s aux jours J64, J65, J67, J69 et J70 ; et soi social lié à la famille autre que les parents au jour J66, bien que cette variable présente aussi une relation linéaire positive au jour J67). Pour la grande majorité de ces relations, les résultats montrent une relation en « U inversé » indiquant que l'élévation du concept de soi est bénéfique pour l'IMC jusqu'à un point d'inflexion au-delà duquel cette élévation devient néfaste. Par ailleurs, ce patron de résultats curvilinéaires, dominant disparaît lorsque les prédictions sont basées sur le passage des semaines (court terme) plutôt que des derniers jours du suivi (très court terme). Par ailleurs, ce passage de la semaine au jour montre également un effet positif (i.e. bénéfique) et persistant de l'estime globale de soi (semaines 1, 6, 7, 8 et 10) ainsi que quelques autres effets positifs non systématiques et potentiellement dus au hasard. En d'autres termes, le patron des effets curvilinéaires n'apparaît qu'à très court terme. En revanche, l'estime globale de soi qui n'est pas un prédicteur récurrent à très court terme, devient persistante même dix semaines auparavant.

2. SIGNIFICATION ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'ensemble de ces résultats confirme la plupart des modèles théoriques relatifs à l'étiologie multifactorielle de l'anorexie mentale (Blank & Latzer, 2004; Bulik, 2005; Garner, 1993; Polivy & Herman, 2002; Steiner *et al.*, 2003) et plus précisément le modèle des 3 « P » (Garner, 1993). Selon Garner (1993), les symptômes anorexiques se développeraient selon des facteurs de risque chez des jeunes filles sans TCA et seraient perpétués par des facteurs de maintien chez des patientes anorexiques, tels que le concept de soi. Il est nécessaire de distinguer les prédictions concernant l'EDI-A-24 de celles concernant l'IMC.

2.1. Score total de l'EDI-A-24

Globalement, le fait que toutes les dimensions du concept de soi prédisent de façon exclusivement linéaire l'EDI-A-24, à la fois transversalement, à court terme et

à très court terme a été confirmé par quelques études (Ben-Tovim *et al.*, 2001; Fichter *et al.*, 2006; Garfinkel *et al.*, 1977; Löwe *et al.*, 2001). Les prémisses de la prédominance de l'estime globale de soi et de l'apparence physique perçue étaient présents dans les propos de Bruch (1961, 1962, 1973, 1978) qui les identifiait comme des troubles « perceptuels et cognitifs » constitutifs de l'anorexie mentale. Empiriquement, l'étude de Löwe *et al.* (2001) révèle également que l'inefficacité personnelle prédit les symptômes anorexiques 12 ans plus tard. Cependant, il convient de noter que lorsque ces prédicteurs sont considérés simultanément dans les analyses, de même que lorsque le niveau de base de l'EDI-A-24 est ajouté comme contrôle, plusieurs de ces effets significatifs disparaissent. Ces résultats laissent supposer que les effets délétères sur le concept de soi sont davantage le reflet de la stabilité développementale de l'anorexie mentale. Cette observation est par ailleurs cohérente avec plusieurs travaux antérieurs. Ainsi, Fichter *et al.* (2006) identifient successivement a) le concept de soi et l'insatisfaction corporelle (séparément), b) le concept de soi (simultanément) mais (c) aucune dimension du concept de soi dans le modèle final, comme prédicteur à long terme (i.e. 12 ans) significatif de l'anorexie mentale. De même, Clausen (2008), dans une étude longitudinale, montre que ni l'inefficacité personnelle ni l'insatisfaction corporelle ne prédisent significativement le pronostic de l'anorexie mentale 2,5 ans après, chez des patientes anorexiques âgées de 19,7 ans en moyenne. Malgré tout, il convient de noter que, dans le cadre des prédictions à court et à très court terme, l'apparence physique perçue semble représenter un prédicteur réel et robuste des symptômes anorexiques au-delà de l'effet du niveau de base de ceux-ci. D'ailleurs, Garfinkel *et al.* (1977) mettaient aussi en évidence le lien entre les perceptions de soi corporelles et le pronostic de l'anorexie mentale 58 mois plus tard, auprès de 37 patientes anorexiques âgées de 20,2 ans. Plus récemment, Ben-Tovim *et al.* (2001), au cours de cinq années de suivi, montrent aussi que l'insatisfaction corporelle perçue prédit les symptômes anorexiques auprès de 92 patientes anorexiques âgées de 22,5 ans en moyenne.

L'absence de différence entre les participantes sans TCA et les patientes anorexiques soutient l'approche dimensionnelle de l'anorexie mentale (Meelh, 1992; Reznik, 1991) et fait écho aux travaux de Mintz et Betz (1988) et Scarano et Kalodner-Martin (1994). Ces auteurs montrent que l'estime globale de soi, l'image du corps et la dépendance à la pression socioculturelle perçue varient quantitativement le long du continuum de l'anorexie mentale. En d'autres termes, une faible estime de soi, une image du corps négative et une forte dépendance à la pression socioculturelle fondent le diagnostic de l'anorexie mentale et la sévérité symptomatologique. À l'inverse, une estime de soi élevée, une image du corps positive et une faible dépendance à la pression socioculturelle protègent des comportements alimentaires anormaux (Mintz & Betz, 1988). Clairement, ces résultats démontrent que les prédicteurs des symptômes anorexiques sont les mêmes dans les populations normales et dans celles présentant des TCA cliniquement significatifs, ce qui signifie que les mécanismes en jeu dans le développement des TCA sont similaires à ceux mis en jeu dans l'émergence de nouveaux symptômes anorexiques.

2.2. Indice de masse corporelle (IMC)

Les prédicteurs de l'IMC sont principalement le soi social et l'apparence physique perçue. Ces résultats font partiellement écho à ceux des études antérieures. En ce qui concerne le soi social, cette prédominance, de manière transversale ou longitudinale, s'explique en partie par l'âge des participantes car à l'adolescence, malgré les conflits récurrents entre adolescents et parents (Steinberg, 2001), la famille et les pairs sont des référents sociaux majeurs (O'Koon, 1997; Santrock, 2001). Ainsi, au-delà de l'estime globale de soi et du soi physique, la construction identitaire de ces participantes est fonction de l'approbation des personnes qui les entourent participant à son tour au développement du soi social (Santrock, 2001). D'autres auteurs précisent que les perceptions des adolescentes à leur égard, relatives à leurs relations sociales et familiales tout particulièrement, contribuent à l'émergence de psychopathologies (Carlson, Uppal & Prosser, 2002; Conger & Chao, 1996; Klein, 1997; Perry, 2000; Resnick *et al.*, 1997; Steinberg, 2001). Empiriquement, l'étude de

Strober *et al.*, (1997) identifie l'hostilité à l'égard de la famille comme un facteur pronostique à court terme (i.e. 1 an) du poids corporel idéal (ou *ideal body weight*) auprès d'adolescentes anorexiques (i.e. âge moyen = 15,1 ans).

A court terme et très court terme, le fait que l'apparence physique perçue prédise l'IMC est confirmé par l'étude de Strober *et al.* (1985) qui observe que la distorsion de l'image du corps (s'apparentant à l'apparence physique perçue) est un prédicteur de l'IMC. Toutefois, l'étude de Kawai *et al.* (2008) montre que ni l'inefficacité personnelle ni l'insatisfaction corporelle de jeune femmes anorexiques (i.e. âge moyen = 23,9 ans) ne prédisent l'IMC 4 jours plus tard. Toutefois, ces études le plus généralement non contrôlées ne permettent pas de différencier la relation de l'apparence physique perçue et de l'IMC selon le statut des participantes. Dans la présente étude, le fait que l'amélioration de l'apparence physique perçue tende à augmenter l'IMC chez les participantes sans TCA et à le diminuer chez les anorexiques distingue la population générale de la population anorexique selon une approche catégorielle de l'anorexie mentale (DeBoeck *et al.*, 2005; Williamson *et al.*, 2005). Dans ce cas précis, les mécanismes en jeu semblent donc changer lors de l'émergence de la pathologie.

Les résultats des prédictions curvilinéaires concernant le soi social font écho aux résultats des études s'intéressant à l'adolescence et à l'influence de l'idéal de minceur véhiculé par les sociétés industrielles sur les conduites de restrictions alimentaires (Garner & Garfinkel, 1980; Levine *et al.*, 1996; Raphael & Lacey, 1992; Vandereycken, 1993). La puberté entraîne des transformations physiques telles que la croissance rapide et la maturation sexuelle associée à la prise de poids et conduit les adolescentes à passer d'un corps d'enfant à celui de femmes (Bebbington *et al.*, 1998; Coleman & Hendry, 1999). Même si ces transformations corporelles peuvent fragiliser l'adolescente sur le plan émotionnel, l'acquisition de ce nouveau corps « sexué » lui permet également de se sentir acceptée par ses pairs et même désirée par le sexe opposé (Koff & Rierdan, 1995). En effet, comme le soulignent Bishop et Inderbitzen (1995) et Micucci (1998), l'identification aux pairs est une étape

nécessaire au cours de l'adolescence. En intégrant les résultats de suivi initial aux études antérieures, cette phase pourrait correspondre à l'augmentation du niveau du concept du soi avec celui de l'IMC. Toutefois, les adolescentes d'aujourd'hui sont conditionnées par une image de minceur synonyme de valorisation physique et sociale (Ghaderi & Scott, 2001; Stice, 2002). Immergées dans cette influence sociétale, il est possible que l'acceptation par les pairs (i.e. l'amélioration du soi social lié aux ami(e)s) qui eux-mêmes prônent la minceur, peut ensuite inciter les adolescentes à rejeter ce corps sexué s'il atteint un certain poids (Bagwell, Newcomb & Bukowski, 1998). En revenant aux résultats de la présente étude, cette seconde phase pourrait correspondre à l'augmentation du niveau du concept du soi avec la baisse de l'IMC à partir d'un certain seuil (i.e. point d'inflexion).

Il convient de noter que certains des écarts observés entre les résultats de la présente étude et ceux des études précédentes sont sans doute liés au fait que ces autres études n'ont jamais contrôlé le niveau de base des symptômes anorexiques. Ce présent suivi montre à la fois la disparition de certains prédicteurs à certaines mesures (i.e. apparence physique perçue), l'émergence d'autres prédicteurs selon une relation curvilinéaire (i.e. soi social lié aux ami(e)s) et des effets d'interaction (i.e. entre l'apparence et l'IMC) lorsque l'EDI-A-24 et l'IMC au jour J0 sont inclus.

3. INTÉGRATION DES RÉSULTATS

En résumé, dans ce chapitre, trois principaux éléments se dégagent : a) le rôle joué par l'apparence physique perçue dans la prédiction entre le concept de soi et la sévérité des symptômes anorexiques, b) la différence des dimensions du concept de soi comme prédicteurs selon l'EDI-A-24 et l'IMC, et c) la fluctuation de ces prédicteurs au cours du temps.

Premièrement, l'apparence physique perçue est un facteur prévisionnel dominant de l'EDI-A-24 et de l'IMC particulièrement à court terme (i.e. prédictions basées sur le passage des semaines) et très court terme (i.e. prédictions basées sur le passage des jours). Plus précisément, le fait que les autres dimensions du concept de

soi semblent avoir moins d'effet (surtout sur l'EDI-A-24), tend à confirmer l'indépendance des dimensions du concept de soi entre elles, et la place centrale du corps à l'adolescence, tout particulièrement chez les adolescentes anorexiques (APA, 2000, 2002 ; Steinberg & Morris, 2001). Cette préoccupation corporelle est quotidienne chez cette population spécifique (APA, 2002). Le concept de soi des adolescentes pourrait donc être intimement couplé à l'apparence physique perçue. Une remarque sur l'apparence physique perçue comme positive se diffuserait simultanément à toutes les dimensions du concept de soi : de l'estime globale de soi aux sous-domaines du concept de soi et des sous-domaines du concept de soi vers l'estime globale de soi (Fox & Corbin, 1989). Plus spécifiquement, l'étude de Morin *et al.* (2009) auprès de 1001 adolescent(e)s dont le moyenne d'âge =12,62 ans montrent que les associations transversales entre l'estime globale de soi et l'apparence physique perçue étaient plus élevées que les associations longitudinales qui elles, correspondaient à des relations ascendantes (i.e. allant de l'apparence physique perçue vers l'estime globale de soi mais non l'inverse). De plus, la différence majeure entre l'anorexie mentale et toutes les autres psychopathologies réside dans la problématique de l'apparence physique perçue (Bruch, 1962 ; Rosen, 1996). En d'autres termes, même si l'estime globale de soi, la valeur physique perçue et le soi social s'améliorent, le niveau d'apparence physique perçue conditionnera avant tout la sévérité des symptômes anorexiques de types psychologiques, comportementaux et relatifs à certains traits de personnalité.

Deuxièmement, la différence entre les prédicteurs de l'EDI-A-24 et l'IMC ainsi que le type de relations qu'ils présentent avec ces deux variables dépendantes, pourrait s'expliquer par leur nature, c'est-à-dire par le type de symptômes qu'ils représentent. Plus concrètement, l'EDI-A-24 fait référence à huit échelles représentant des symptômes psychologiques, comportementaux et relatifs à certains traits de personnalité. En revanche, l'IMC est une variable exclusivement somatique qui se calcule à partir de deux composantes : le poids et la taille. De plus, certaines adolescentes réussissent à augmenter leur IMC pour des raisons « extrinsèques » (i.e.

obéir à leurs parents, sortir d'un programme d'intervention thérapeutique, etc.) sans pour autant modifier leurs symptômes psychologiques, comportementaux et relatifs à certains traits de personnalité. Ces constatations sont notamment reprises par certains auteurs pour expliquer les divergences de pronostic de l'anorexie mentale en fonction de la prise en compte ou non des symptômes psychologiques et sociaux (Jeammet *et al.*, 1991; Strober *et al.*, 1997). La majorité des pronostics de l'anorexie mentale fait référence aux symptômes somatiques de l'anorexie mentale en excluant tout autre symptôme. Ces mêmes auteurs concluent que l'amélioration des symptômes somatiques (IMC) et psychologiques (EDI-A-24) ne se font pas au même moment et qu'un décalage dans le temps serait possible (Jeammet *et al.*, 1991; Strober *et al.*, 1997). L'ensemble de ces éléments suggère a) une évolution différente de l'EDI-A-24 et de l'IMC, b) un IMC plus « réactif » que ne peut l'être le score total de l'EDI-A-24, et c) des prédicteurs et des relations différentes selon l'IMC ou l'EDI-A-24.

Troisièmement, nos résultats montrent une hétérogénéité et des fluctuations des dimensions du concept de soi comme prédicteurs du score de l'EDI-A-24 et de l'IMC au cours de ce suivi initial de 70 jours. L'hétérogénéité des dimensions du concept de soi traduit le fonctionnement indépendant des dimensions du concept de soi propre au modèle théorique de Shavelson *et al.* (1976) et relevé empiriquement par les études concevant le concept de soi de populations anorexiques comme un construit multidimensionnel (McFarlane *et al.*, 2001; Paterson *et al.*, 2007; Surgenor *et al.*, 2007; Wilksch & Wade, 2004). La fluctuation des liens entre les dimensions du concept de soi et les symptômes anorexiques indique une instabilité du concept de soi au cours des sept derniers jours du suivi initial. Cette suggestion fait écho aux travaux de Kernis *et al.* (1991, 1993) spécifiant que le concept de soi ne serait pas un trait de personnalité (Campbell, 1999; Coopersmith, 1959, 1967; Epstein, 1979; Rosenberg, 1986) mais davantage un socio-mètre sensible quotidiennement aux événements vécus (Leary, 1990; Leary *et al.*, 1999). Ces derniers propos montrent tout l'intérêt d'analyser le concept de soi des patientes anorexiques comme un état émotionnel qui fluctuerait au cours du temps (Jacobi *et al.*, 2004). Le chapitre suivant présentera le

concept de soi des participantes de ce suivi initial selon son niveau, ses indices d'instabilité et sa dynamique afin de rendre compte de sa variabilité intra-individuelle (Kernis *et al.*, 1991, 1993).

4. IMPLICATIONS AU NIVEAU PRÉVENTIF ET THÉRAPEUTIQUE

D'une part, le fait que l'amélioration de l'apparence physique perçue puisse augmenter l'IMC des adolescentes sans TCA et diminuer l'IMC des adolescentes anorexiques implique que les interventions (i.e. préventives ou thérapeutiques) visant l'amélioration de l'apparence physique perçue doivent être « dosées » avec prudence en fonction du public. D'autre part, les relations curvilinéaires entre les dimensions du concept de soi et l'IMC suggèrent que l'amélioration de l'estime globale de soi et du soi physique et social doit se faire très progressivement afin d'éviter qu'une amélioration trop rapide ne déclenche une baisse de l'IMC induisant un effet de l'intervention inverse à celui souhaité.

Les résultats d'études basées sur l'évaluation de programmes de prévention primaires soutiennent d'ailleurs les résultats actuels (McVey, Davis, Tweed & Shaw, 2004; Neumark-Sztainer, Goeden, Wall & Story, 2004; O'Dea, 2004; Scime *et al.*, 2006; Stice, 2004). Dans sa méta-analyse, Stice (2004) recommande d'améliorer les composantes de l'image du corps telles que l'apparence physique perçue au travers d'interventions spécifiques aux adolescentes, basées sur l'interaction avec les participantes, répétées et progressives. Plus concrètement, le message des interventions préventives visant à informer les adolescentes sans TCA doit être adapté à une population spécifique (e.g. adolescentes entre 12 et 17 ans) plutôt que très généraliste afin de cibler le plus grand public (e.g. campagne de publicité). De plus, le contenu de ces interventions doit privilégier une pédagogie basée sur l'interaction et l'échange (e.g. ateliers de petits effectifs, relations duelles, etc.) plutôt qu'une pédagogie basée exclusivement sur la transmission unidirectionnelle des connaissances relatives à l'anorexie mentale (e.g. conférence auprès du plus grand nombre). D'autres auteurs montrent l'efficacité à court terme (i.e. quelques mois) de

programmes multidisciplinaires alliant éducation pour la santé, travail introspectif et activité physique (McVey *et al.*, 2004; Neumark-Sztainer *et al.*, 2004; O'Dea, 2004; Scime *et al.*, 2006).

Concernant les programmes thérapeutiques, le fait que l'intervention centrée uniquement sur l'amélioration de l'apparence physique perçue puisse maintenir voir aggraver l'anorexie mentale rappelle que le traitement de cette psychopathologie est complexe (McHugh, 2007; Zeeck *et al.*, 2005). Les patientes qualifiées de « résistantes » (Mathéron *et al.*, 2002) indiquent que contrairement à tout autre population clinique, la population anorexique peut se satisfaire de son insuffisance pondérale et s'opposer aux soins proposés par l'équipe thérapeutique (Kahn & Pike, 2001; Mathéron *et al.*, 2002; Serpell *et al.*, 1999). Selon les recommandations de l'APA (2006), les interventions thérapeutiques multifocales, favorisant une « psychologie positive » (e.g. renforcements comportementaux positifs, encouragements aux changements positifs, etc.) et incluant la famille ont plus de chance de participer au rétablissement de patientes anorexiques en phase aiguë (Cottraux, 2004; Eisler *et al.*, 2000; McDermott *et al.*, 2004).

DOUZIÈME CHAPITRE

DICUSSION DU SUIVI INITIAL DE 70 JOURS SÉRIES TEMPORELLES : INSTABILITÉ ET DYNAMIQUE

Le second objectif du volet idiographique consistait à prédire la sévérité des symptômes anorexiques durant 70 jours consécutifs en fonction du niveau, de l'instabilité et de la dynamique des dimensions du concept de soi d'adolescentes sans TCA et de patientes anorexiques. Les sixième et septième hypothèses supposent que la sévérité des symptômes anorexiques diminue en fonction du niveau moyen de la série temporelle (H6) et des indices d'instabilité (H7). Dans ces deux hypothèses, la présence de relations linéaires et curvilinéaires a été vérifiée. Le rôle modérateur du statut des participantes (i.e. adolescentes anorexiques vs sans TCA) a été évalué afin de vérifier si les effets observés variaient en fonction du groupe de provenance. Cependant, comme ces analyses ne reposent que sur un (niveau) ou deux (niveau et instabilité) caractéristiques des séries temporelles sans en considérer le patron global, le lien entre la dynamique globale des séries temporelles et la sévérité des symptômes anorexiques a aussi été exploré (H8). À cet égard, cette hypothèse postulait que la sévérité des symptômes anorexiques est prédite en fonction de la dynamique de l'estime globale de soi et du soi physique et social. Des symptômes anorexiques de plus en plus sévères seront prédits successivement par des systèmes a) s'apparentant à une évolution progressive intégrant les fluctuations des jours précédents (i.e. moyenne mobile), b) dépendant des jours précédents incluant les fluctuations aléatoires ayant affecté ces jours (i.e. autorégression), et c) correspondant à une centration rigide (i.e. bruit blanc), qui caractérisent les séries temporelles de l'estime globale de soi et du soi physique et social. Une synthèse des résultats est présentée aux Tableaux 121 et 122.

Tableau 121.
Synthèse des résultats relatifs aux hypothèses (H6, H7)

	Prédiction linéaire								Prédiction curvilinéaire								Effet d'interaction								
	N	N*	EC	EC*	E	E*	MS	MS*	N	N*	EC	EC*	E	E*	MS	MS*	N	N*	EC	EC*	E	E*	MS	MS*	
VD : EDI-A-24																									
EGS	↓	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	↓	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	↓↓	--	↑	↑	↑	--	↑	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	↓↓	--	--	--	--	--	↑↑	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VD : IMC																									
EGS	--	↑	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↑ ^a	--	↑ ^b	--	↑ ^a	--
VPP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↑ ^c	--	--	--
APP	--	↓	--	↑	--	--	--	↑	--	--	--	--	↑	--	--	--	--	--	--	--	--	↑ ^a	--	↑ ^a	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	↑	--	↑↑	--	--	--	--	--	↑ ^a	--	↑ ^d	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	↑	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes. N : Niveau; EC : Écart-type; E : Étendue; MS : Moyenne des séries différenciées; N* : Prédiction de l'EDI-A-24 et de l'IMC par le niveau de la série temporelle en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante; EC* : Prédiction de l'EDI-A-24 et de l'IMC par l'écart-type de la série temporelle en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante; E* : Prédiction de l'EDI-A-24 et de l'IMC par l'étendue de la série temporelle en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante; MS* : Prédiction de l'EDI-A-24 et de l'IMC par la moyenne des séries différenciées de la série temporelle en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue; APP : Apparence physique perçue; FAP : Soi social lié à la famille autre que les parents; AMI : Soi social lié aux ami(e)s; PAR : Soi social lié aux parents; ↑ : Prédiction significative positive; ↓ : Prédiction significative négative; ↑↑ : Prédiction significative positive dans le modèle final; ↓↓ : Prédiction significative négative dans le modèle final; -- : Prédiction non significative; ^a Prédiction positive exclusivement chez les patientes anorexiques, après décomposition de l'interaction; ^b Prédiction négative et marginale exclusivement chez les participantes sans TCA, après décomposition de l'interaction; ^c Prédiction négative exclusivement chez les participantes sans TCA, après décomposition de l'interaction; ^d Prédiction positive et marginale exclusivement chez les patientes anorexiques, après décomposition de l'interaction

Tableau 122.
Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H8)

	Prédiction linéaire				Effet d'interaction			
	D1	D1*	D2	D2*	D1	D1*	D2	D2*
VD : EDI-A-24								
EGS	--	--	--	--	↑ ^a	↑ ^b		--
VPP	--	↓	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	↓	--	--	--	--	--	--
VD : IMC								
EGS	--	--	--	↑	--	--	--	--
VPP	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	↑	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	↓ ^c	--	--

Notes. D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique d'une dimension du concept de soi [modèle ARIMA (0,0,0) codée 1 et modèle ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) codée 0]; D2 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique d'une dimension du concept de soi [modèle ARIMA (x,0,0) codée 1 et modèle ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) codé 0]; * : Prédiction de l'EDI-A-24 et de l'IMC par la variable dichotomique en contrôlant aussi le niveau de base de la variable dépendante; VD : Variable dépendante; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue; APP : Apparence physique perçue; FAP : Soi social lié à la famille autre que les parents; AMI : Soi social lié aux ami(e)s; PAR : Soi social lié aux parents; ↑ : Prédiction significative positive; ↓ : Prédiction significative négative; ↑ : Prédiction significative positive dans le modèle final; ↓ : Prédiction significative négative dans le modèle final; -- : Prédiction non significative; ^a Prédiction positive exclusivement chez les patientes anorexiques, après décomposition de l'interaction; ^b Prédiction négative exclusivement chez les participantes sans TCA, après décomposition de l'interaction; ^c Prédiction positive exclusivement chez les participantes sans TCA, après décomposition de l'interaction

1. NIVEAU ET (IN)STABILITÉ DES DIMENSIONS DU CONCEPT DE SOI

1.1. Description et comparaison

1.1.1. Adolescentes sans TCA

Les trois quarts des niveaux relatifs aux dimensions du concept de soi des adolescentes sans TCA sont élevés au cours des 70 jours consécutifs. Le quart restant est majoritairement de niveau moyen. La moitié des indices d'instabilité du concept de soi des adolescentes sans TCA est faible à moyenne alors que l'autre moitié est élevée. D'un point de vue descriptif, il est intéressant de noter que l'estime globale de soi et le soi social sont plus élevés mais plus instables que le soi physique.

1.1.2. Adolescentes anorexiques

La majorité des niveaux relatifs aux dimensions du concept de soi des adolescentes anorexiques est faible. Plus précisément, les niveaux de l'estime globale de soi et du soi physique de la majorité des adolescentes anorexiques (i.e. 60 %) sont faibles voire très faibles (i.e. inférieur à 1 pour sept d'entre elle). Par ailleurs, les niveaux d'estime globale de soi et du soi physique de quatre adolescentes anorexiques sont élevés. Concernant les niveaux du soi social et plus particulièrement le soi social lié à la famille autre que les parents et le soi social lié aux parents des adolescentes, ils sont majoritairement élevés.

Plus de la moitié des indices d'instabilité du concept de soi des adolescentes anorexiques est élevée. Indépendamment du niveau, deux profils distincts d'adolescentes anorexiques peuvent être identifiés : celles dont l'estime globale de soi et le soi physique sont instables au cours des 70 jours (écart-type et moyenne des séries différenciées supérieures à 1, étendue supérieure à 6) et celles dont les mêmes dimensions demeurent stables. Il est également intéressant de relever que l'estime globale de soi et le soi physique sont plus faibles mais moins instables que le soi social au cours des 70 jours consécutifs.

Globalement, les adolescentes sans TCA présentent un concept de soi de niveau élevé et partiellement instable. Plus complexes dans leur fonctionnement, les adolescentes anorexiques se répartissent principalement en fonction de deux profils. Le premier profil correspond à un concept de soi de niveau faible dont l'estime globale de soi et le soi social sont instables. Le second profil correspond à un concept de soi également de niveau faible mais dont l'estime globale de soi et le soi social sont stables.

1.1.3. Comparaison du niveau, de l'(in)stabilité et de la dynamique

Les niveaux de l'estime globale de soi, de la valeur physique perçue et de l'apparence physique perçue des patientes anorexiques sont significativement plus faibles que ceux des participantes sans TCA. En revanche, aucune différence significative relative aux sous-dimensions du soi social entre ces deux populations

n'a été relevée. Du point de vue des analyses descriptives, bien que toutes les dimensions du concept de soi des patientes anorexiques soient plus instables que celles des participantes sans TCA, seul l'écart-type du soi social lié aux ami(e)s des patientes anorexiques est significativement plus élevé que celui des participantes sans TCA. Comme précité, ce dernier résultat pourrait s'expliquer par le fait que la moitié des patientes anorexiques est hospitalisée en long séjour et que leurs contacts avec les pairs et/ou la famille sont limités voire absents (APA, 2006). Par conséquent, cette dernière explication pourrait à son tour justifier que le soi social lié aux ami(e)s soit la seule sous-dimension du concept de soi dont l'indice d'instabilité est significativement plus élevé chez les patientes anorexiques que chez les participantes sans TCA.

1.2. Niveaux et (in)stabilité du concept de soi en tant que prédicteurs

1.2.1. Score total de l'EDI-A-24

Au cours des 70 jours consécutifs du suivi initial, a) les niveaux de l'estime globale de soi, du soi physique (i.e. valeur physique perçue et apparence physique perçue) et du soi social lié aux ami(e)s, et b) les indices d'instabilité de l'apparence physique perçue (i.e. écart-type, étendue et moyenne des séries différenciées) et du soi social lié aux ami(e)s (i.e. uniquement pour la moyenne des séries différenciées) représentent des prédicteurs significatifs du score total de l'EDI-A-24 au jour J70 lorsque leurs effets sont considérés séparément. Ainsi, l'augmentation du niveau d'estime globale de soi, du soi physique et du soi social lié aux ami(e)s ainsi que la diminution de l'instabilité de l'apparence physique perçue et du soi social lié aux ami(e)s apparaissent associées de manière linéaire à une réduction du score total de l'EDI-A-24. Toutefois, la considération simultanée du niveau et des indices d'instabilité pour chaque dimension du concept de soi indique clairement que le niveau de l'apparence physique perçue ainsi que le niveau et la moyenne des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s demeurent les seuls prédicteurs significatifs du score total de l'EDI-A-24. La disparition des autres effets (i.e. niveau de l'estime globale de soi et de la valeur physique perçue et instabilité de l'apparence physique perçue) est vraisemblablement liée au caractère interrelié du niveau et des indices d'instabilité

de ces différentes variables. Cependant, tous ces résultats disparaissent lorsque le niveau de base de l'EDI-A-24 au jour J0 est ajouté comme contrôle additionnel dans les analyses. En fait, seul l'effet de l'écart-type de l'apparence physique perçue demeure significatif, faisant de cet indice relatif à cette dimension du concept de soi l'un des prédicteurs le plus robuste de l'EDI-A-24.

1.2.2. Indice de masse corporelle (IMC)

A l'inverse du score total de l'EDI-A-24 au dernier jour du suivi initial, seule la moyenne des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s représente un prédicteur significatif de l'IMC. La diminution de l'instabilité du soi social lié aux ami(e)s apparaît associée de manière linéaire à une baisse de l'IMC. Toutefois le contrôle de l'IMC tend à effacer cet effet et révèle plusieurs autres effets significatifs. L'ajout de ce contrôle additionnel montre : a) qu'un niveau élevé d'estime globale de soi prédit un IMC plus élevé de manière linéaire, et b) qu'un niveau plus faible de l'apparence physique perçue prédit de manière linéaire un IMC plus faible. En ce qui concerne l'instabilité des séries temporelles, les résultats montrent que certains indices d'instabilité élevés de l'apparence physique perçue (i.e. écart-type et moyenne des séries différenciées) apparaissent associés de manière linéaire à une augmentation de l'IMC, alors que d'autres indices d'instabilité de cette même variable (i.e. étendue) et du soi social lié à la famille autre que les parents (i.e. écart-type et étendue) prédisent l'IMC selon une relation curvilinéaire qui varie chez différents groupes de participantes. Ces relations en « U » indiquent que l'élévation des instabilités de ces dimensions du concept de soi est néfaste pour l'IMC (engendrant une perte) jusqu'à un point d'inflexion au-delà duquel cette élévation devient bénéfique ; exclusivement chez les adolescentes anorexiques. De surcroît, les résultats montrent aussi un effet linéaire positif de deux des indices d'instabilité de l'estime globale de soi (i.e. écart-type et moyenne des séries différenciées) sur l'IMC des participantes anorexiques seulement et un effet négatif de l'étendue de l'estime globale de soi et de la valeur physique perçue sur l'IMC des participantes sans TCA.

2. DYNAMIQUE DES DIMENSIONS DU CONCEPT DE SOI

2.1. Modélisation des séries temporelles

2.1.1. Adolescentes sans TCA

L'examen des dynamiques des séries du concept de soi révèle que deux tiers (i.e. 67 %) des dimensions du concept de soi des adolescentes sans TCA traduisent un système en évolution progressive intégrant les fluctuations des jours précédents [moyenne mobile (0,1,q)]. Sur un versant psychologique, ce fonctionnement du concept peut-être nommé « ajustement dynamique » fondé sur un processus de préservation versus de réactivité de ces fluctuations. Les dimensions du concept de soi du tiers restant (i.e. 26 %) correspondent à une centration rigide [bruit blanc (0,0,0)]. Une minorité (i.e. 10 %) des dimensions du concept de soi présente une dépendance des jours précédents incluant les fluctuations aléatoires ayant affecté ces jours.

Plus spécifiquement, concernant exclusivement l'estime globale de soi et le soi physique (valeur physique perçue tout particulièrement), les trois-quarts des dynamiques des adolescentes sans TCA correspondent à un système évolutif intégrant efficacement les fluctuations des jours précédents (cf. coefficients relatifs au terme q du modèle ARIMA proches de 1). En d'autres termes, le concept de soi de ces adolescentes obéit au processus de préservation de ces fluctuations. A l'inverse, une petite proportion des dynamiques de l'estime globale de soi et du soi physique (apparence physique perçue tout particulièrement) suggère que ces dimensions du concept de soi fonctionnent comme système évolutif intégrant difficilement les fluctuations des jours précédents (cf. coefficients relatifs au terme q du modèle ARIMA plus proches de 0) ou comme une hyper-valorisation chronique, spécifiquement en ce qui concerne l'estime globale de soi et la valeur physique perçue. Enfin, si la moitié des dynamiques du soi social des adolescentes fonctionne comme le concept de soi en général (i.e. ajustement dynamique), l'autre moitié correspond également à une hyper-valorisation chronique. Une minorité des dynamiques du soi social (i.e. soi social lié aux parents plus précisément) présente une dépendance partielle des

jours précédents [cf. modèle $(p,0,0)$, coefficients relatifs au terme p du modèle ARIMA plus proches de 0,5 ou 0].

2.1.2. Adolescentes anorexiques

Contrairement aux adolescentes sans TCA, la moitié des dimensions du concept de soi des patientes anorexiques fonctionne comme un système d'auto-dévalorisation chronique. Les dimensions du concept de soi de l'autre moitié des adolescentes anorexiques se répartissent en deux types de dynamiques: l'un (i.e. 29 %) fonctionnant comme un ajustement dynamique à court terme (moyenne mobile) et l'autre dépendant des jours précédents [i.e. modèle autorégressif de type $(1,0,0)$]. Plus précisément, que ce soit l'estime globale de soi, le soi physique ou le soi social, trois profils de dynamiques émergent (avec des indices d'ajustement individuels).

Un premier profil (i.e. un tiers des dynamiques de l'estime globale de soi et un quart de celles du soi physique et social) correspond à un ajustement dynamique (i.e. moyenne mobile): la moitié des patientes intègre efficacement ces fluctuations; c'est-à-dire s'en préserve alors que l'autre moitié y parvient difficilement (i.e. processus de réactivité).

Le second profil (i.e. un tiers des dynamiques de l'estime globale de soi et un quart de celles du soi physique et social) s'apparente à un processus dépendant des jours précédents (i.e. autorégression) qui se répartit équitablement entre des dynamiques très dépendantes de ces jours précédents (i.e. coefficient p proche de 1) et des dynamiques partiellement dépendantes (i.e. coefficient p proche de 0,5 ou 0).

Enfin, le dernier profil (i.e. un tiers des dynamiques de l'estime globale de soi et une moitié de celles du soi physique et social) met en évidence une dynamique du concept de soi correspondant à une auto-dévalorisation chronique (i.e. bruit blanc).

2.2. Dynamique du concept de soi et les symptômes anorexiques

2.2.1. Score total de l'EDI-A-24

Le contrôle de niveau de base de l'EDI-A-24 révèle des effets entre les dynamiques de la valeur physique perçue et du soi social lié aux parents et le score total de l'EDI-A-24 au jour J70. Plus précisément, les participantes dont la dynamique de la valeur physique perçue et du soi social lié aux parents correspondant à une centration rigide présentent un score total de l'EDI-A-24 moins élevé que celles dont la dynamique de la valeur physique perçue et du soi social lié aux parents présentent un profil d'ajustement dynamique (i.e. moyenne mobile). Le fait que ces résultats soient les mêmes dans les deux groupes de participantes est étonnant et confirme la présence d'un effet réel de la dynamique puisque les modèles de centration rigide étaient caractérisés par une dévalorisation chronique chez les adolescentes anorexiques et une hyper-valorisation chronique chez les adolescentes sans TCA. Cette même différence apparaît également concernant la dynamique de l'estime globale de soi mais semble dans ce cas limitée aux participantes sans TCA et pourrait donc dans le cas présent représenter un effet du niveau élevé caractérisant ces participantes. Toutefois, il convient de préciser que ces analyses incluant des variables dichotomiques ne permettent pas de prendre en compte des coefficients et des niveaux de base de chaque type de dynamique. De même, ces analyses ne permettent pas de prendre en considération la dynamique des échelles de l'EDI-A-24 (non considérée dans le suivi initial), ce qui aurait pu apporter des informations additionnelles quant au parallélisme de la dynamique des dimensions du concept de soi.

2.2.2. Indice de Masse Corporelle (IMC)

Les adolescentes dont la dynamique de l'apparence physique perçue s'apparente à une centration rigide présentent un IMC plus élevé que celui des participantes dont la dynamique de l'apparence physique perçue correspond à un ajustement dynamique. Par ailleurs, l'ajout additionnel du contrôle du niveau de base de l'IMC fait disparaître cet effet mais surtout révèle l'effet des dynamiques de l'estime globale de soi sur l'IMC au jour J70 et celui du statut des participantes

sur l'effet des dynamiques du soi social lié aux parents. Ainsi, les adolescentes dont la dynamique de l'estime globale de soi présentent un profil dépendant des jours précédents ces jours ont un IMC plus élevé que les participantes dont la dynamique de l'estime globale de soi correspond à une centration rigide. De plus, mais uniquement chez les participantes sans TCA, la dynamique du soi social lié aux parents qui s'apparente à une centration rigide est associée à un IMC plus élevé que celui des participantes dont l'estime globale de soi présente une dynamique évolutive et progressive intégrant les fluctuations des jours précédents. En d'autres termes, un fonctionnement de l'estime globale de soi moins dépendant des jours précédents serait plus bénéfique pour les adolescentes sans TCA. De plus, le fait de susciter un fonctionnement du soi social lié aux parents qui s'apparenterait à une hyper-valorisation chronique plutôt qu'un fonctionnement évolutif progressif intégrant difficilement les fluctuations des jours précédents éviterait la baisse de l'IMC chez les adolescentes sans TCA. Toutefois, il convient de préciser que ces analyses incluant des variables dichotomiques ne permettent pas de prendre en compte le coefficient ou le niveau de base de chaque type de dynamique, ou de considérer simultanément la dynamique de l'IMC.

3. SIGNIFICATION ET RETOMBÉE POTENTIELLE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.1. Niveau et instabilité des dimensions du concept de soi

3.1.1. Description et comparaison du niveau et de l'instabilité

Le niveau élevé et stable du concept de soi des adolescentes sans TCA confirme les résultats obtenus chez des adultes suivis bi-quotidiennement sur une période de 3 mois à 1 an (Fortes, Delignières & Ninot 2004; Ninot *et al.*, 2005). Par exemple, Fortes, Ninot & Delignières, (2004) constatent un niveau élevé et stable des dimensions du concept de soi chez sept adultes (dont 3 femmes) âgés en moyenne de 28,3 ans. De même, Ninot *et al.*, (2005), auprès de 8 adultes (dont 4 femmes) âgés en moyenne de 29,4 ans s'auto-évaluant durant 6 mois, révèlent un niveau élevé de l'estime globale de soi. En revanche, les dimensions du concept de soi de niveau moyen et instable d'un quart des participantes sans TCA diffèrent de la majorité des résultats précités (Fortes *et al.*, 2004; Ninot *et al.*, 2005). Seule

une jeune femme parmi les sept adultes de l'étude de Fortes *et al.*, (2004) présente une estime globale de soi et un soi physique de niveau moyen et instable. Cette instabilité de l'estime globale de soi et du soi physique se retrouve également chez une adolescente sans TCA, suivie quotidiennement durant 63 jours consécutifs (Monthuy-Blanc, 2004). L'explication principale de cette différence de résultats proviendrait du sexe et de l'âge moyen des participants : Fortes *et al.*, (2004) et Ninot *et al.*, (2005) n'ont inclus que des adultes de tout sexe alors que les participantes sans TCA du présent suivi sont exclusivement des jeunes filles adolescentes. Or les études qui se sont intéressées au concept de soi chez les populations générales indiquent que le niveau du concept de soi des femmes tend à être plus faible que celui des hommes, tout particulièrement lors de l'adolescence (Ge *et al.*, 1996; Harter, 1990). Cette différence s'accroît particulièrement en ce qui concerne le niveau de l'apparence physique perçue (APA, 2002; Usmiani & Daniluk, 1997). De plus, le concept de soi des adolescentes (vs adultes) est en construction au sein de ce qu'Erikson (1968) nomme « la crise identitaire ». Ainsi, d'après Harter (1990), les changements physiques relatifs à la puberté influencent l'évolution du concept de soi particulièrement chez les adolescentes et participent à son instabilité. Cet écart de résultats peut aussi refléter un effet du hasard lié aux échantillons limités des études : au total, les trois études précitées n'ont considéré qu'un total de 8 femmes sans TCA, comparativement à 23 adolescentes sans TCA dans le cadre de la présente étude.

Concernant les patientes anorexiques, un faible niveau du concept de soi a été identifié. Il joue un rôle central dans les théories cliniques (Bruch, 1961; Selvini-Palazzoli, 1970) et les modèles théoriques, diagnostiques, étiologiques et préventifs de l'anorexie mentale (APA, 2000; Fairburn *et al.*, 1999; Gowers, 2008; Huon *et al.*, 1998; Jacobi *et al.*, 2004; Karwautz *et al.*, 2001; Pike *et al.*, 2008; Stice, 2004). Empiriquement, trois études transversales, détaillées au troisième chapitre, ont conclu à un faible niveau du concept de soi obtenu à partir du score de l'échelle d'inefficacité personnelle de l'EDI exclusivement auprès de patientes anorexiques (Amettler *et al.*, 2005; Button & Warren, 2002; Surgenor *et al.*, 2004), de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Halvorsen & Heyerdahl,

2006; Kovacs & Palmer, 2004) ou de l'échelle d'efficacité et de valeur de soi (Surgenor *et al.*, 2007). De nombreux auteurs (Ametller *et al.*, 2005; Button & Warren, 2002; Surgenor *et al.*, 2004) ont confirmé la présence d'un faible niveau de l'estime globale de soi et du soi physique des patientes anorexiques.

La différence de résultats entre le soi physique de niveau faible et le soi social de niveau élevé trouve deux voies d'explication. Premièrement, la problématique même de l'anorexie mentale est avant tout celle du soi physique avant d'être celle du soi social (APA, 2000). Comme le notent Ratnasuriya *et al.*, (1991), si l'insatisfaction corporelle est omniprésente chez les patientes anorexiques, les difficultés relationnelles sont variables d'une patiente à l'autre et d'un interlocuteur à l'autre. Par exemple, les pères des jeunes filles anorexiques sont souvent chaleureux et permissifs avec elles (Kestemberg, 1971). Deuxièmement comme nous l'avons souligné plus haut, les contacts limités avec les ami(e)s et la famille (dus à des moments d'hospitalisation en long séjour) ont pu éviter la diminution du niveau de soi social. Il est intéressant de préciser que les quatre patientes anorexiques qui présentent un niveau élevé du concept de soi global/physique/social font écho aux propos de certains cliniciens (Brusset, 1998; Lasègue, 1873; Selvini-Palazzoli, 1974). Ces derniers identifient une phase caractéristique de l'évolution de l'anorexie mentale au cours de laquelle les jeunes filles anorexiques éprouvent une grande satisfaction à l'égard de leur apparence physique. Brusset (1998) déclare, au sujet des trois phases typiques de l'anorexie mentale identifiées par Lasègue, que :

[suite] à une première phase de souffrance succède une phase d'optimisme inexpugnable [...] où, au sein même de leurs comportements anorexiques, elles avaient trouvé des moyens de satisfaction : apprendre, agir, lutter contre la faim, modifier leur apparence pour atteindre à un idéal très investi. [...] L'amaigrissement atteste de leur pouvoir sur elles-mêmes, leur corps n'est plus ce qui leur échappe mais au contraire ce qui soutient l'espoir d'une parfaite détermination de soi par soi. Cette deuxième phase a une durée extrêmement variable et peut également rester virtuelle. (Brusset, 1998, p. 43-44)

Si Jacobi *et al.*, (2004) suggèrent la nécessité d'étudier le concept de soi des patientes anorexiques longitudinalement afin de relever les fluctuations au cours

du temps, peu de travaux font état de son instabilité. L'étude de Monthuy-Blanc (2004) détaillée au troisième chapitre montre des indices d'instabilité élevés de l'estime globale de soi, de la valeur physique perçue et de l'apparence physique perçue chez des adolescentes présentant une anorexie mentale. De plus, selon Wichstrøm (2000), 40 % des adolescentes âgées de 12 à 19 ans souffrant de TCA, présentaient une instabilité du concept de soi entre deux temps de mesure (espacés de 2 ans). Toutefois, certaines données cliniques mentionnent la présence d'auto-centration de certaines patientes anorexiques les empêchant d'être sensible à tous les événements sociaux (Corcos, 2005 ; Jeammet, 2004). Empiriquement, une adolescente anorexique (subclinique) décrite par Monthuy-Blanc (2004) présente une stabilité du concept de soi faisant écho à la seconde moitié des adolescentes anorexiques de cette étude.

Plusieurs auteurs ont distingué statistiquement le niveau du concept de soi entre la population générale et la population anorexique mais aucun, à notre connaissance, n'a différencié ses indices d'instabilité. Deux études qui ont utilisé le score obtenu à l'échelle d'inefficacité de l'EDI ont également montré que le niveau d'inefficacité chez les patientes anorexiques était significativement plus élevé que dans le groupe contrôle non clinique (Jacobi *et al.*, 2004; Kovacs & Palmer, 2004). D'autres auteurs ont confirmé ces résultats en utilisant des instruments unidimensionnels (Bers & Quilan, 1992; Brytek-Matera, 2007; Jacobi *et al.*, 2004; Williams *et al.*, 1993). En revanche, les auteurs qui conceptualisent le concept de soi comme un construit multidimensionnel confirment partiellement les résultats obtenus au cours des 70 jours consécutifs. En effet, Mc Farlane *et al.*, (2001) indiquent que les niveaux du soi physique et du soi social sont significativement plus faibles chez le groupe composé de patientes anorexiques qu'après d'adultes sans TCA. De même, Wilksch et Wade (2004) montrent que les patientes anorexiques présentent un niveau d'estime globale de soi, d'apparence physique, de soi social et de soi social lié aux ami(e)s significativement plus faible que celui des jeunes femmes sans TCA. Le fait que seule l'instabilité du soi social lié aux ami(e)s diffère significativement entre le groupe clinique et le groupe contrôle peut s'expliquer par l'importance que les adolescentes accordent à leurs relations amicales (Bagwell, *et al.*, 1998; Santrock,

2001). Plus précisément, si les adolescentes sans TCA ont tendance à instaurer des liens aussi rapidement qu'à les rompre et donc à changer de pairs au cours de leur adolescence (Savin-Williams & Berndt, 1990), les adolescentes anorexiques par leurs relations avec les pairs plus réduites, présenteraient une moins grande variabilité.

En synthèse, une forte instabilité représente selon Kernis *et al.* (1993) un facteur de vulnérabilité vis-à-vis des stimuli pour les personnes dont le niveau du concept de soi est élevé, et un protecteur d'état psychopathologique lorsqu'elle est associée à une faible instabilité du concept de soi. Concrètement, une personne dont le niveau d'estime globale de soi est élevé mais instable réagit (sur un plan comportemental et émotionnel) de façon plus négative qu'une autre présentant un niveau d'estime globale de soi élevé mais stable. En comparant les résultats de suivi initial aux études antérieures concernant principalement les adultes, les individus à l'adolescence semblent réagir de manière plus négative aux éléments qui les entourent quotidiennement qu'ils ne le font à l'âge adulte. Toujours à partir des conclusions de Kernis *et al.*, (1993), une personne dont le niveau d'estime globale de soi est faible mais instable réagit de manière plus forte que celle présentant un niveau d'estime globale de soi faible mais stable. En revenant aux résultats de la présente étude montrant que les adolescentes anorexiques présentent deux types de fonctionnement, il est possible de proposer que celles qui présentaient un niveau faible et instable d'estime globale de soi et du soi social pourraient réagir davantage aux interventions thérapeutiques que celles présentant un niveau faible mais stable d'estime globale de soi et du soi social. Les adolescentes de ce second sous-groupe tendraient alors davantage vers une chronicisation de l'anorexie mentale.

Les résultats concernant les relations entre les niveaux des dimensions du concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC, font écho aux mêmes modèles théoriques et études antérieures évoquées dans le chapitre précédent concernant les prédicteurs à court (i.e. quelques semaines) et très court terme (i.e. quelques jours) des symptômes anorexiques. En résumé, l'ensemble de ces résultats confirme la plupart des modèles théoriques relatifs à l'étiologie

multifactorielle de l'anorexie mentale (Blank & Latzer, 2004; Bulik, 2005; Garner, 1993; Polivy & Herman, 2002; Steiner *et al.*, 2003). Empiriquement, plusieurs auteurs montrent que les niveaux de perception de soi au niveau corporel, de l'insatisfaction corporelle perçue, du niveau de l'inefficacité et de l'hostilité à l'égard de la famille prédisent les symptômes anorexiques psychologiques (i.e. score total de l'EDI) et somatiques (i.e. IMC) (Ben-Tovim *et al.*, 2001; Garfinkel *et al.*, 1977; Löwe *et al.*, 2001). Après 2,5 ans, Clausen (2008) montre que ni le niveau de l'inefficacité personnelle ni celui de l'insatisfaction corporelle ne prédisent significativement le pronostic de l'anorexie mentale.

S'il existe quelques écrits scientifiques visant à prédire les symptômes anorexiques par le niveau des dimensions du concept de soi, peu d'études à notre connaissance ont tenté d'utiliser la notion d'instabilité. Les résultats de cette présente étude sont par ailleurs cohérents avec plusieurs travaux antérieurs. En effet, Wichstrøm (2000) a révélé que dans la population générale, 25 % des adolescents et 40 % des adolescentes, âgés de 12 à 19 ans, qui souffraient de TCA au temps T1, présentaient encore ces symptômes deux ans après (T2). L'analyse de régression a montré que l'instabilité du concept de soi mesurée au temps T1 était un des principaux prédicteurs des symptômes anorexiques au temps T2 selon une relation positive. De plus, Myers et Zeigler-Hill (2008) ont mesuré l'instabilité du concept de soi de 183 adultes (moyenne d'âge = 20,49 ans) présentant des représentations de leur soi extrême durant sept jours consécutifs. Ces auteurs ont trouvé que l'instabilité du concept de soi était associée positivement et significativement à ces représentations de soi extrêmes pouvant conduire à des psychopathologies.

3.2. Dynamique des dimensions du concept de soi

3.2.1. Fonctionnement du concept de soi

La majorité des résultats concernant la dynamique du concept de soi des adolescentes sans TCA tend à répondre au paradigme interactionniste qui, pour mémoire, définit le concept de soi comme un état d'équilibre dynamique ou

homéostatique (Headey et Wearing, 1989; Vallacher *et al.*, 2002; Rosenberg, 1986). Ces adolescentes cherchent à maintenir un sentiment relativement stable et positif en dépit d'évènements négatifs touchant leur système représentatif (Vallacher *et al.*, 2002). Empiriquement, quelques auteurs (Fortes *et al.*, 2004; Ninot *et al.*, 2005) montrent également que la dynamique du concept de soi de sept et huit adultes issus de la population générale répond à un ajustement dynamique à court et moyen terme. De plus, la seule adolescente sans TCA de l'étude de Monthuy-Blanc (2004) présente des dimensions du concept de soi qui fonctionnent selon le même processus. En revanche, la minorité (i.e. 17 %) des dynamiques de l'estime globale de soi et du soi physique s'apparentant à une hyper-valorisation chronique n'a été observé chez aucun des participant(e)s sans TCA des études précitées (Fortes *et al.*, 2004; Monthuy-Blanc, 2004 ; Ninot *et al.*, 2005). Au delà des raisons liées à la période adolescente et au sexe des participantes évoquées précédemment, l'apparition d'une dynamique de ce type chez cette population générale pourrait s'expliquer par une absence de nuance dans les réponses liées à cet âge. Plus concrètement, si l'utilisation de l'échelle analogique visuelle est proscrite uniquement chez des personnes très âgées (environ 90 ans) ou en bas âge (avant six ans) (Paice et Cohen, 1997), certaines adolescentes sans TCA, notamment les plus jeunes (i.e. 14-15 ans), ont peut-être eu de la difficulté à intégrer dans leurs réponses les perturbations de la journée. Il convient de noter que si la dynamique du soi physique s'apparentant à une hyper-valorisation chronique représente une minorité d'adolescentes sans TCA, sa proportion augmente en ce qui concerne le soi social. En d'autres termes, le soi social de ces dernières correspond à la théorie dispositionnelle selon laquelle le soi social est considéré comme un trait de personnalité, stable dans le temps et résistant au changement (Epstein, 1979). L'importance de maintenir un soi social positif est considérée comme déterminante pour le bien-être (Duval et Wicklund, 1972; Epstein, 1979; Harter, 1988; Lecky, 1945; Markus et Wurf, 1987; Rosenberg, 1979; Swann, 1990; Tap, 1980; Tesser, 1988). Dans le cas présent, le niveau élevé associé à ce fonctionnement du soi social au cours des 70 jours consécutifs traduit ce bien-être (Marsh et Yeung, 1998).

Concernant les patientes anorexiques, une seule étude mentionnée au paragraphe précédent (Monthuy-Blanc, 2004) indique la présence de dynamique du soi très dépendante des jours précédents (incluant les fluctuations aléatoires ayant affecté ces jours) ou réactive aux fluctuations des jours précédents. Dans l'étude de Monthuy-Blanc (2004), sur les quatre adolescentes étudiées, aucune ne présentait de centration rigide du concept de soi. Une des raisons qui expliquerait la différence de résultats entre cette étude antérieure et celle actuelle serait due à la durée du suivi et au nombre d'adolescentes anorexiques hospitalisées en long séjour. En effet, la dynamique relative à une centration rigide du concept de soi est la seule qui ne dépend pas des jours précédents et qui par conséquent illustre un profil clinique indépendante aux stimulations externes. Or, le groupe clinique de la présente étude était composé de douze adolescentes anorexiques hospitalisées en long séjour qui correspondent cette description.

3.2.2. Fonctionnement du concept de soi et symptômes anorexiques

Les principaux résultats indiquent que la dynamique de la valeur physique perçue, du soi social lié aux parents et de l'apparence physique perçue s'apparentant à une centration rigide est associée à la réduction des symptômes psychologiques et comportementaux de l'anorexie mentale (par rapport aux autres dynamiques). Or comme décrit précédemment, une adolescente dont le concept de soi répond à cette dynamique présente un concept de soi qui semble indépendant des événements des jours précédents (Ninot, 2005). Ainsi, il semble qu'elle ne soit centrée que sur elle-même faisant abstraction du monde qui l'entoure (Epstein, 1979). Si aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée au lien significatif entre la dynamique du concept de soi et les symptômes anorexiques, l'ensemble de ces conclusions confirment la nécessité de faire preuve d'introspection à l'adolescence (e.g. Larivée, 2007; Larivée, Normandeau & Parent, 2000) afin de contribuer à éviter l'émergence de psychopathologies comme l'anorexie mentale (Monthuy-Blanc *et al.*, 2008) et de montrer l'importance d'isoler certaines patientes anorexiques trop « réactives » de leur contexte environnemental quotidien, surtout lorsque ce contexte est lui-même contributif de la psychopathologie (Alvin, 2001 ; Jeammet, 2004).

4. INTÉGRATION DES RÉSULTATS

Les résultats montrent que les adolescentes sans TCA présentent un concept de soi de niveau élevé, partiellement instable et fonctionnant comme un système qui tend à se préserver des fluctuations précédentes. Le fonctionnement du concept de soi des adolescentes sans TCA est le même que celui de la population générale adulte (Fortes *et al.*, 2004; Ninot *et al.*, 2005) ; excepté une instabilité plus accentuée qui témoigne d'une difficulté d'accepter un corps qui change (Bebbington *et al.*, 1996), de construire son identité (Erikson, 1968), de maîtriser ses émotions (Koff & Rierdan, 1995), et de passer d'un référent familial à celui des pairs (Steinberg, 2001), propre à l'adolescence.

Plus complexes dans leur fonctionnement, les adolescentes anorexiques se répartissent en deux profils. Le premier correspond à un concept de soi de niveau faible, dont l'estime globale de soi et le soi social sont instables, et dont la dynamique correspond soit à un système évolutif qui tend, avec difficulté, à incorporer ou à réguler l'influence des jours précédents soit qui dépend entièrement des jours précédents. Le second profil correspond à un concept de soi également de niveau faible, mais dont l'estime globale de soi et le soi social sont stables, et dont la dynamique fonctionne principalement comme hyper-dévalorisation chronique.

A notre connaissance, ces profils n'ont pas été mis en évidence à partir de travaux empiriques antérieurs qui, à l'inverse, concluent que les adolescentes anorexiques présentent un faible niveau de l'estime globale de soi et du soi physique et vivent habituellement des conflits avec leurs parents et n'ont pas d'ami(e)s ou petit(e) ami(e). Pourtant, les données cliniques et les guides thérapeutiques suggèrent de considérer l'anorexie mentale « au pluriel » (APA, 2006; Brusset, 1998 ; Rufo et Choquet, 2007). Ces auteurs évoquent des profils d'anorexie mentale en fonction de l'évolution de leur psychopathologie. Une première phase de « souffrance » pour Brusset (1998, p. 43) issue des écrits de Lasègue (1873) ou de « solide » (Rufo et Choquet, 2007) correspondrait au premier profil identifié dans cette présente étude : une adolescente au faible niveau de concept de soi instable et réactive aux éléments qui l'entourent

quotidiennement. Une adolescente qui désire maigrir a recours à des comportements compensatoires (i.e. jeûne, exercices physiques intenses, etc.) dans le but d'améliorer le soi. Une seconde phase « d'optimisme inexpugnable » (Brusset, 1998, p. 43) ou de « liquide » (Rufo et Choquet, 2007) coïnciderait au moment où les adolescentes ont un concept de soi élevé, stable et s'apparentant à un ajustement dynamique ou une hyper-valorisation chronique. Durant cette phase, l'adolescente a l'impression de maîtriser son corps par la perte de poids et a une perception positive d'elle-même. La dernière phase dite de « dépression » (Brusset, 1998, p. 44) ou « aérienne » (Rufo et Choquet, 2007) correspondrait aux adolescentes présentant un faible niveau de concept de soi stable et correspondant à une hyper-dévalorisation chronique. L'adolescente reconnaît la perte de contrôle sur son corps, tente de reprendre du poids mais peut difficilement arrêter de contrôler son alimentation. Dans ce type de profil, l'adolescente présente des troubles dépressifs et des idées suicidaires et semble une fois de plus, réagir indépendamment aux événements qui l'entourent.

Par ailleurs, l'apparence physique perçue est un prédicteur majeur des symptômes anorexiques. Ce résultat fait écho aux études indiquant la place centrale du corps à l'adolescence et tout particulièrement chez les adolescentes anorexiques (APA, 2000, 2002; Harter, 1990; Steinberg & Morris, 2001). Le fonctionnement de cette dimension diffère en fonction du symptôme anorexique considéré. Si l'élévation du niveau et la réduction de l'instabilité de l'apparence physique perçue sont associées à la diminution des symptômes psychologiques, comportementaux et relatifs à certains traits de personnalité, elles sont en revanche associées à une diminution de l'IMC. De même, une apparence physique perçue qui s'apparente à une centration rigide participerait davantage à la diminution de l'IMC que la dynamique observée chez les adultes « sains » (Fortes *et al.*, 2004; Ninot *et al.*, 2005). L'ensemble de ces données empiriques révèle l'importance de considérer les symptômes somatiques et ceux qui sont davantage psychologiques comme deux entités différentes et complémentaires (Jeammet *et al.*, 1992). D'autre part, les facteurs prévisionnels de l'évolution des symptômes anorexiques au cours du temps, tels que le fonctionnement du concept de soi, doivent être considérés avec beaucoup de précaution afin d'éviter qu'ils

améliorent un type de symptômes alors qu'au même moment ils peuvent en aggraver d'autres. Au regard de ces dernières conclusions, il convient d'indiquer les implications directes issues de ces résultats.

5. IMPLICATIONS CLINIQUES

L'analyse approfondie du fonctionnement temporel du concept de soi et son influence sur les symptômes anorexiques offrent deux principales implications. Premièrement, au regard du lien entre le fonctionnement du concept de soi et plus précisément de l'apparence physique perçue, les programmes d'intervention thérapeutiques qui, jusqu'ici, visaient principalement le gain de poids rapide (Zeeck *et al.*, 2005), devraient considérer l'amélioration des « fonctions interpersonnelles et sociales » pour diminuer les symptômes psychologiques. Plus précisément, les relations linaires entre le concept de soi et les symptômes anorexiques suggèrent que cette amélioration soit progressive en même temps que le poids augmente (Castro *et al.*, 2004). A l'inverse, les relations curvilinéaires révèlent qu'augmenter l'instabilité (au-delà d'un certain seuil) « en bousculant et en confrontant » l'adolescente, permettrait de rompre cette auto-centration ou ce narcissisme typique de l'anorexie mentale (Brusset, 1998 ; Corcos, 2005 ; Jeammet, 2004). Toutefois, ces recommandations doivent être utilisées avec prudence en fonction du profil de la patiente pour éviter une aggravation de la psychopathologie.

Deuxièmement, les profils qui ont été dégagés montrent l'intérêt d'une prise en charge individualisée en plus d'être multidisciplinaire. En effet, les dernières recommandations en termes d'intervention thérapeutique (APA, 2006) distinguent les patientes anorexiques en phase « aiguë », correspondant aux quatre adolescentes de la présente étude, des patientes anorexiques « après restauration du poids » plus proches du premier ou du troisième profil. Toutefois, face au défi que représente l'intervention thérapeutique auprès de cette population anorexique (McHugh, 2007 ; Zeeck, *et al.*, 2005) en terme de durée, de coût financier et de moyen matériel et humain (Striegel-Moore *et al.*, 2000), l'application d'un programme individualisé dans les services médicaux semble compromise. Or récemment, plusieurs chercheurs et cliniciens suggèrent l'inclusion des méthodes

d'évaluations écologiques instantanées et plus précisément des mesures auto-rapportées dont l'enregistrement est lié à un intervalle déclenché via un agenda électronique dans un programme d'intervention cognitivo-comportemental (Norton *et al.*, 2003; Schiffman *et al.*, 2008). Ces auteurs soulignent que la portabilité, l'immédiateté, l'efficacité de la transmission et la gestion des données, la régularité des données et l'extension de l'heure thérapeutique du palm sont des avantages notoires dans le traitement individualisé des TCA. Empiriquement, dans une étude comparative, Le Grange *et al.*, (2002) ont suivi deux groupes de patientes hyperphagiques boulimiques (G1 : thérapie cognitivo-comportementale standard, G2 : thérapie cognitivo-comportementale avec EEI) âgées en moyenne de 44,2 ans (± 8.5) durant deux semaines (six fois par jour et une fois en fin de chaque semaine). Si les résultats ne démontrent aucune différence significative entre les deux groupes, 77 % des patientes faisant partie du second groupe (G2) ont cependant réduit leur fréquence de crises de boulimie de moitié, contre 47 % des patientes du premier groupe. En définitive, l'idée d'un traitement ponctuel, délivré immédiatement en temps réel à l'image d'un « thérapeute de poche », présente un avantage dans la vie du patient qu'il sera intéressant d'approfondir dans de futures études. De plus, l'intérêt d'individualiser l'intervention thérapeutique en mettant en évidence les fluctuations des dimensions ou des symptômes anorexiques permettrait à la patiente une prise de conscience du profil auquel elle appartient (Monthuy-Blanc *et al.*, 2008).

TREIZIÈME CHAPITRE

DICUSSION DU SUIVI COMPLET DE 140 JOURS : FLUCTUATIONS DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES ET ÉVÈNEMENTS DE VIE

L'objectif général du suivi complet était de prévoir l'évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques selon le processus évolutif de l'estime globale de soi et du soi physique et social des patientes anorexiques durant 140 jours consécutifs. Pour mémoire, Ce travail comportait un volet quantitatif et un volet qualitatif. L'objectif spécifique du volet quantitatif était de déterminer la direction prédominante de l'association entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques psychologiques durant 140 jours consécutifs. Celui du volet qualitatif était de mettre en évidence un patron de l'anorexie mentale en associant la variabilité de la dimension du concept de soi la plus significative lors des résultats précédents aux événements personnels et sociaux rapportés par les patientes souffrant d'anorexie mentale durant 140 jours consécutifs pour chaque évolution de ces patientes en fin de suivi complet.

1. ÉVOLUTION EN FIN DE SUIVI COMPLET DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES

En prenant exclusivement en compte les symptômes anorexiques psychologiques en fin de suivi (i.e. index de symptômes de l'EDI-A-24 compris entre [-10,71; +10,71]), les trois quarts des patientes anorexiques présentent une aggravation, un quart présente une stabilisation et aucune patiente ne présente d'amélioration. En ce qui concerne l'évolution pondérale à la fin des 140 jours (i.e. poids compris entre [-1,4 kg; +1,4 kg]), les résultats montrent qu'un quart des patientes anorexiques présente une aggravation, que la moitié des patientes anorexiques se sont stabilisée et qu'un quart présente une amélioration.

En combinant l'évolution des ces deux types de symptômes anorexiques, 8 % des patientes présentent une aggravation psychologique et somatique complète, 38 % présentent une aggravation partielle et 15 % n'ont pas évolué (i.e. stabilisation). Toutefois, l'amélioration complète ne concerne aucune patiente

anorexique et 8 % présentent une amélioration partielle des symptômes anorexiques. Enfin, 31 % des patientes anorexiques indiquent simultanément une aggravation du score total de l'EDI-A-24 et une prise de poids et trois d'entre elles ont même changé de diagnostic clinique (e.g. anorexie mentale du type boulimique et boulimie).

2. RÔLE DES VARIABLES ASSOCIÉES À L'APPARENCE PHYSIQUE PERÇUE DANS L'ÉVOLUTION EN FIN DE SUIVI DES SYMPTÔMES ANOREXIQUES

2.1. Symptômes anorexiques associés à l'apparence physique perçue

La neuvième hypothèse envisageait un lien entre l'évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques des patientes anorexiques et la direction des associations entre la dimension du concept de soi la plus significative lors des résultats précédents et les symptômes anorexiques psychologiques. Les fonctions de corrélation croisée ont permis d'identifier la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les symptômes psychologiques et comportementaux de l'anorexie mentale (i.e. désir de minceur, insatisfaction corporelle, boulimie). Une synthèse de ces résultats est présentée au Tableau 123.

Tableau 123.
Synthèse des résultats relatifs à l'hypothèse (H9)

Participant	Age	IMC	APP-MINC		APP-IC		APP-B	
			r	lag	r	lag	r	lag
1	17	13.29	↓	(↑)	↓	(0)	↑	(0)
2	15	12.75	↓	(0)	↓	(0)	↓	(0)
3	15	14.69	↓	(0)	↓	(0)	↑	(↑)
4	21	17.37	--	(↓)	↑	(0)	↑	(↓)
5	21	16.05	↓	(↓)	↑	(0)	--	(↓)
6	20	15.43	↑	(↑)	↓	(↓)	↑	(↓)
7	17	16.36	--	(↑)	↓	(0)	↑	(↑)
8	21	16.90	↑	(↑)	↓	(0)	↑	(0)
9	19	15.68	↓	(↑)	↓	(0)	x	x
10	20	16.68	↑	(↑)	↓	(0)	--	(↓)
11	15	14.77	--	(↓)	↑	(0)	↑	(↓)
12	18	16.46	↓	(0)	↓	(0)	↓	(↑)
13	16	17.36	↑	(↑)	↓	(0)	↓	(↑)
14	17	17.63	--	(↑)	--	(↓)	↓	(0)
15	19	12.57	↓	(↑)	↓	(0)	↓	(↓)
16	14	18.66	↓	(↑)	↓	(↓)	--	(↓)
17	17	13.11	↓	(↓)	↑	(↓)	--	(↑)
18	17	14.34	↓	(↓)	↓	(0)	↑	(↓)
19	14	17.06	↓	(↓)	↓	(0)	↓	(↑)
20	18	14.64	↓	(↑)	↓	(0)	↑	(0)
21	16	14.53	↓	(↓)	↓	(↑)	↑	(↑)
22	18	15.61	↓	(0)	↓	(0)	--	(↑)
23	14	14.01	↓	(0)	↓	(0)	--	(0)
24	17	15.06	--	(↓)	↓	(↓)	↑	(↓)
25	16	14.15	↑	(↑)	↓	(0)	↓	(↓)
26	14	17.63	↓	(0)	↓	(0)	↓	(↓)

Notes. IMC : Indice de masse corporelle; APP : Apparence physique perçue; MINC : Désir de minceur; IC : Insatisfaction Corporelle; B : Boulimie; s-r : Signe du coefficient de corrélation croisée; lag : Signe du décalage; ↑ : Coefficient des corrélation croisée positif; ↓ : Coefficient de corrélation croisée négatif; (↑) : Décalage positif; (↓) : Décalage négatif; -- : Coefficient de corrélation croisée non-significatif; x : Corrélation-croisée non testée

Concernant le désir de minceur, les corrélations croisées mettent en évidence que l'apparence physique perçue de la moitié des patientes précède (jusqu'à 15 jours avant) leur désir de minceur. Parmi ces patientes anorexiques, deux profils se distinguent en fonction du sens de la relation entre le désir de minceur et l'apparence physique perçue : des perceptions de l'apparence physique négatives précédant un désir de minceur élevé (i.e. relations négatives) concernent autant de patientes que celles dont les perceptions de l'apparence physique négatives précèdent un faible désir de minceur (i.e. relations positives). Les perceptions de l'apparence physique négatives d'un quart des patientes

anorexiques succèdent (jusqu'à 7 jours après) à un désir de minceur élevé et celles du dernier quart sont associées à un désir de minceur élevé au cours de la même journée. L'ensemble de ces résultats indique que la restauration des perceptions positives à l'égard de l'apparence physique permettrait de réduire le désir de minceur les jours suivants pour un quart des patientes mais risquerait d'augmenter le désir de minceur les jours suivants pour un autre quart. En revanche, pour un autre quart des patientes anorexiques, la diminution du désir de minceur conduirait les jours suivant à restaurer des perceptions positives de leur apparence physique. Enfin, la restauration de perceptions positives à l'égard de l'apparence du dernier quart des patientes anorexiques serait associée à la réduction du désir de minceur surtout au cours de la même journée.

Concernant l'insatisfaction corporelle, les corrélations croisées mettent en évidence que l'apparence physique perçue est associée à l'insatisfaction corporelle de la majorité des patientes anorexiques (i.e. 20/26) au cours de la même journée. Plus précisément, ces participantes présentent des perceptions de leur apparence physique négatives en même temps que leur insatisfaction corporelle est élevée; à l'exception de trois patientes pour qui ces relations sont positives. Pour d'autres patientes (i.e. 3/26), des perceptions négatives de l'apparence physique succèdent (jusqu'à 12 jours après) à l'insatisfaction corporelle élevée. Finalement, a) une patiente ne présente aucune relation significative, b) une patiente présente un profil caractérisé par une association entre une insatisfaction corporelle élevée et, les jours suivants, des perceptions positives de son apparence physique et c) pour une dernière patiente, la restauration des perceptions positives de son apparence physique conduirait à une réduction de son insatisfaction corporelle les jours suivants.

Concernant la boulimie, les corrélations croisées mettent en évidence trois profils de patientes anorexiques : celles pour qui l'apparence physique perçue précède l'envie de boulimie (i.e. un tiers), celles pour qui l'apparence physique perçue succède à l'envie de boulimie (i.e. un tiers), et celles pour qui l'apparence physique perçue est associée à l'envie de boulimie au cours du même jour (i.e. un tiers). Pour chaque profil, il semble que ces relations soient positives (i.e. une

apparence physique négative étant associée à une envie de se suralimenter élevée) chez la moitié des patientes et négatives chez l'autre moitié (i.e. une apparence physique négative étant associée à une faible envie de se suralimenter). L'ensemble de ces résultats suggère que la restauration de perceptions positives à l'égard de l'apparence physique (ou la réduction de l'envie de boulimie) ne permettrait pas de réduire l'envie de boulimie (ou de restaurer des perceptions positives à l'égard de l'apparence physique) chez la moitié des patientes anorexiques. En d'autres termes, il semblerait que d'autres variables que l'apparence physique perçue soient associées à l'envie de boulimie.

Au regard de l'ensemble des données relatives à la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques psychologiques et comportementaux, de nouveaux profils d'adolescentes anorexiques semblent se dégager et pourraient coïncider à des types d'évolution en fin de suivi de leurs symptômes anorexiques (i.e. amélioration, stabilisation, aggravation). Or, le test d'association ne révèle aucun lien entre la direction des associations observées et l'évolution en fin de suivi complet des symptômes anorexiques. En d'autres termes, le fait que l'apparence physique perçue des patientes anorexiques puisse précéder, succéder ou être associée le même jour aux symptômes anorexiques n'a aucun lien significatif avec l'évolution en fin de suivi de leurs symptômes anorexiques. En revanche, le profil confirme un des principes théoriques de la psychopathologie développementale : la multifinalité – l'équifinalité (Masten, 2006; Mitchell *et al.*, 2004). Dans le cas présent, deux adolescentes anorexiques dont le diagnostic de l'anorexie mentale serait en tout point similaire présenteraient des relations différentes entre leur apparence physique perçue et les symptômes psychologiques et comportementaux de l'anorexie mentale. Cette première conclusion implique un besoin de prudence dans l'intervention thérapeutique face à l'ambiguïté que peut entretenir la patiente avec « ses » symptômes anorexiques (Jeammet, 2004). Par conséquent, l'intervention doit prendre en considération le profil particulier de la patiente pour éviter d'agir sur un état psychologique, un comportement, etc., associés à une détérioration de l'état de celle-ci.

2.2. Catégorie des événements de vie associée à l'apparence physique perçue

La dixième hypothèse postulait que la catégorie des événements personnels et sociaux rapportés dans les carnets de suivi par les patientes anorexiques diffère selon l'évolution des patientes anorexiques en fin de suivi complet (140^{ième} jour). L'analyse des événements associés à la fluctuation de l'apparence physique perçue a permis de révéler certains résultats.

2.2.1. Amélioration des symptômes anorexiques

Les événements rapportés par Oda (dont les symptômes psychologiques et somatiques se sont partiellement améliorés) associés à l'évolution de son apparence physique perçue au cours des 140 jours sont personnels pour 65 % d'entre eux et sociaux pour le dernier tiers.

Plus précisément, parmi les événements personnels, Oda relate principalement son état d'humeur, des moments de détente et d'hyperactivité, son insatisfaction corporelle et son état physique général. Il est intéressant de noter qu'autant d'événements personnels correspondent à des augmentations significatives de son apparence physique perçue qu'à des diminutions significatives.

Parmi les événements sociaux, Oda semble interagir avec le monde qui l'entoure. L'analyse qualitative révèle que les événements sociaux qu'elle rapporte dans ses carnets sont principalement les relations avec ses ami(e)s et ses petits amis et les moments où elle voit sa grand-mère malade. Ces événements sociaux relatifs aux augmentations significatives de son apparence physique perçue sont supérieurs à ceux relatifs aux diminutions significatives.

2.2.2. Stabilisation des symptômes anorexiques

Les événements rapportés par Laure (dont les symptômes anorexiques se sont stabilisés) associés à l'évolution de son apparence physique perçue au cours

des 140 jours sont également d'origine personnelle pour 65 % d'entre eux et sociale pour le dernier tiers.

Laure rapporte principalement son état dépressif et thymique, son insatisfaction corporelle et ses vomissements provoqués ou évités, son état physique général et sa motivation à changer ou pas. Les événements personnels correspondant à des augmentations significatives de son apparence physique perçue sont un peu moins nombreux que ceux correspondant aux diminutions.

Laure, même hospitalisée en long séjour au cours de la moitié du suivi de 140 jours, relate des événements sociaux qui sont principalement des relations avec le personnel soignant et des patient(e)s et des visites à l'hôpital ou des permissions de sortie. Tout comme Oda, il apparaît que les événements sociaux liés à la diminution de l'apparence physique perçue de Laure sont moins nombreux que ceux liés à l'augmentation de son apparence physique perçue.

L'ensemble de ces résultats suggère qu'un tiers des événements de vie rapporté par les patientes anorexiques, dont les symptômes anorexiques se sont améliorés ou stabilisés au cours des 140 jours, sont des événements sociaux tels que les relations avec les pairs ou l'équipe soignante et les sorties ou les visites. Ces événements sont plus souvent associés à des améliorations de leur apparence physique perçue, ce qui peut sans doute s'expliquer par la capacité de ces événements de sortir les patientes de leur état de centration sur elles-mêmes. De plus, autant (voire un peu plus) d'événements personnels correspondent à une diminution qu'à une augmentation de l'apparence physique.

2.2.3. Aggravation des symptômes anorexiques

Les événements rapportés par Marie (dont les symptômes psychologiques et somatiques se sont partiellement aggravés) et Thérèse (dont les symptômes psychologiques et somatiques se sont aggravés) associés à l'évolution de leur apparence physique perçue au cours des 140 jours sont personnels pour près de 80 % d'entre eux et sociaux pour 20 %.

Plus précisément, parmi les événements personnels, Marie relate principalement son état dépressif, son anxiété, sa (faible) estime globale de soi, son insatisfaction corporelle, son état physique général et sa motivation à changer ou pas. Il est intéressant de noter que les événements personnels correspondant à des augmentations de son apparence physique perçue sont deux fois moins nombreux que ceux correspondant aux diminutions de son apparence physique perçue. Thérèse rapporte principalement ses vomissements provoqués ou évités, ses crises de boulimie évitées ou non, son insatisfaction corporelle et sa motivation à changer ou pas. Comme c'était le cas pour Marie, les événements personnels de Thérèse correspondent à des diminutions de son apparence physique perçue.

Parmi les événements sociaux, Marie évite d'interagir avec le monde qui l'entoure bien qu'hospitalisée en ambulatoire au cours des 140 jours consécutifs. L'analyse qualitative révèle que les événements sociaux qu'elle rapporte dans les carnets sont principalement des relations avec la société et liées à l'exécution de tâches plus intellectuelles (e.g. travail et examens scolaires). Globalement, ces événements sociaux sont plus souvent liés à des diminutions de son apparence physique perçue et peuvent en fait être très souvent assimilés à des événements qui dans le fond, sont de nature personnelle (i.e. interprétations ou anticipations liées à des événements sociaux). Thérèse, également hospitalisée en ambulatoire dès la 2^{ème} semaine du suivi, relate des événements sociaux très similaires à ceux de Marie.

Ces seconds résultats suggèrent que les patientes dont l'état s'est aggravé tendent à s'être isolées, à avoir vécu peu d'événements sociaux et à avoir montré un profil caractérisé par une grande centration sur elles-mêmes, centration souvent associée à une aggravation de leur état.

2.2.4. Discordance

Jeanne présente un poids qui s'est amélioré mais des symptômes anorexiques qui se sont amplifiés. Deux interprétations peuvent être évoquées. La prise de poids relative à l'hospitalisation long séjour a pu participer à

l'exacerbation de ses symptômes anorexiques (Collège Royal des Psychiatres, 2004). Jeanne a pu faire partie des patientes dites « résistantes » aux interventions thérapeutiques et sa prise de poids s'apparenterait à une volonté de sortir de l'établissement de santé, à défaut de se rétablir. Les événements rapportés par Jeanne en fonction de l'évolution de son apparence physique perçue au cours des 140 jours sont personnels pour 88 % d'entre eux et sociaux pour 12 %. Il est aussi intéressant de constater que le type d'événements rapportés par Jeanne et leur patron d'association avec l'évolution de son apparence physique perçue présentent une très grande similitude avec ce qui a été observé chez les deux patientes précédentes dont l'état s'est aggravé au cours du suivi.

3. SIGNIFICATION ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'apparence physique perçue ne présente pas la même direction ni le même sens pour les symptômes psychologiques et comportementaux de l'anorexie mentale. En résumé, l'apparence physique a) précède majoritairement le désir de minceur selon une relation à la fois négative et positive, b) est presque exclusivement associée au cours du même jour à l'insatisfaction corporelle selon une relation négative, et c) succède, précède et est associée au cours du même jour à l'envie de boulimie (dans des proportions identiques) selon une relation à la fois négative et positive. À notre connaissance, cette étude est la première à utiliser des corrélations croisées afin de déterminer la direction des associations entre une dimension du concept de soi et les symptômes anorexiques au cours du temps et à mettre en évidence l'hétérogénéité du sens de leurs associations.

Des études utilisent des corrélations ou des régressions pour montrer la bidirectionnalité ou l'unidirectionnalité des associations entre les dimensions du concept de soi sur les symptômes anorexiques ; le plus souvent selon des protocoles transversaux. Ainsi, concernant l'association entre l'apparence physique perçue et le désir de minceur, les résultats relatifs à la majorité des adolescentes anorexiques de cette étude sont confirmés par plusieurs travaux qui montrent que l'apparence physique perçue prédit le désir de minceur (Calogero, Davis & Thompson, 2005; Gokee-Larose, Dunn & Tantleff-Dunn, 2004; Stein et Corte, 2007). Ainsi, Stein et Corte (2007) et Calogero *et al.* (2005) rapportent que

le concept de soi physique prédit négativement le désir de minceur de jeunes femmes présentant des TCA (i.e. $n = 111$ et 209 dont 25% à 50% d'anorexiques âgées entre 21 et 22 ans en moyenne, respectivement). Par ailleurs, d'autres auteurs (Gokee-Larose *et al.*, 2004) mettent en évidence l'existence de corrélations négatives entre l'apparence physique perçue (et des construits similaires) et le désir de minceur auprès de (pré)adolescentes présentant des symptômes anorexiques. Le sens (positif) et la direction (désir de minceur précédant l'apparence physique perçue) des associations retrouvées chez un quart des adolescentes anorexiques de ce suivi complet s'opposent cependant aux résultats de ces études et ne trouvent pas de similitude dans les travaux antérieurs. Ces derniers résultats suggèrent que les perceptions positives de l'apparence physique sont associées à un désir de minceur élevé (le même jour ou quelques jours plus tard) chez des adolescentes anorexiques se trouvant à la seconde phase de l'anorexie mentale décrite au précédent chapitre. Lors de cette phase d'optimisme inexpugnable, la patiente anorexique retire une réelle satisfaction de ses comportements anorexiques (Brusset, 1998; Lasègue, 1873; Rufo & Choquet, 2008). Le fait que le désir de minceur précède les perceptions positives de l'apparence physique indique que l'anorexie mentale « conditionne » le soi physique de ces adolescentes se retrouvant sous l'emprise de cette psychopathologie (Jeammet, 2004).

L'association négative entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle ayant lieu au cours de la même journée pour plus des trois-quarts des adolescentes anorexiques rappelle que ces deux construits psychologiques constituent la composante attitudinale de l'image du corps (Bandiefield & McCabe, 2002). Leur « proximité théorique » expliquerait leur fluctuation simultanée au cours du temps ou couplage. Empiriquement, certains auteurs confirment une corrélation négative auprès de jeunes femmes et d'adolescentes issues de la population générale (Polce-Lynch, Myers, Klierer & Kilmartin, 2001; Wade & Copper, 1999). Toutefois, les résultats relatifs au décalage temporel entre l'instabilité du concept de soi et l'apparence physique perçue (selon cet ordre) chez un quart des adolescentes anorexiques précisent que ces deux construits psychologiques font également référence à des dimensions

différentes de la composante attitudinale de l'image du corps (Bandiefield & McCabe, 2002; Probst, 1997). En d'autres termes, si l'insatisfaction corporelle est définie comme les dimensions cognitives et affectives de la composante attitudinale de l'image du corps, l'apparence physique perçue ne caractérise que la dernière dimension (Cash & Green, 1986). Cette nuance théorique se traduirait empiriquement comme dans ce suivi mais également dans des études antérieures. Plusieurs auteurs (Grabe, Ward & Hyde, 2008, Ross & Wade, 2004; Stein & Corte, 2007; Waller, Dickson & Ohanian, 2002) montrent que l'insatisfaction corporelle des populations présentant des TCA prédit une faible apparence physique perçue qui à son tour contribue au maintien des TCA. Dans ce cas, ces résultats soutiennent une relation entre ces variables s'apparentant à une « contagion se diffusant entre les composantes corporelles ».

Enfin, l'association négative entre l'apparence physique perçue et les comportements boulimiques quelques jours plus tard (i.e. 11,5 % des patientes) a été confirmée par certains auteurs qui ont utilisé des analyses de régression dans le cadre de protocoles transversaux (Cooley & Toray, 2001; Rieder & Ruderman, 2001). Deux études idiographiques (Stein *et al.*, 1999; Wild *et al.*, 2006) suggèrent des résultats identiques à ceux de la présente étude. Selon Wild *et al.* (2006), les comportements boulimiques dépendant des jours précédents [modèle ARMA(1,0)] suggèrent qu'ils succèdent à des changements de variables psychologiques comme le concept de soi. Steiger *et al.* (1999) montrent qu'un faible niveau du soi physique précède les crises de boulimie, tout comme Johnson et Wardle (2005) qui concluent qu'une faible apparence physique perçue prédit davantage les crises boulimiques que les régimes drastiques. La présente étude révèle néanmoins qu'autant d'adolescentes anorexiques présentent des crises boulimiques après mais également le même jour ou avant de percevoir négativement leur apparence physique. Ces derniers résultats qui n'ont pas été identifiés dans des travaux antérieurs font, en revanche, écho à la relation circulaire (i.e. « cercle vicieux ») entre les perceptions négatives de l'apparence physique et les crises boulimiques illustrées dans le modèle cognitivo-comportemental de maintien de la boulimie (Fairburn, 1997). Dans ce modèle, la boulimie y est décrite comme une forme d'addiction dans laquelle, les

comportements boulimiques sont à la fois la résultante des perceptions négatives de l'apparence physique et une des causes de ces perceptions négatives. Certains auteurs (Alvin, 2001; Jeammet, 2004) évoquent, à ce sujet, le paradoxe typique des adolescentes anorexiques en observant que ce dont elles ont le plus besoin est en fait ce qui les menace. Jeammet (2004) déclare que ce paradoxe réside dans « leur peur d'être transparente et leur besoin d'être devinées » (p.65). Strober (1984) précise que les patientes anorexiques présentant des crises de boulimie relatent des événements spécifiques et perçus comme plus stressants que ceux relatés par les patientes anorexiques exclusivement restrictives.

Si la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les symptômes psychologiques et comportementaux ne nous renseignait que peu sur l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques, la catégorie des événements vécus par les adolescentes anorexiques associée aux fluctuations de leur apparence physique semble, en revanche, jouer un rôle plus important dans cette évolution. Plus précisément, les cinq cas cliniques révèlent que les types d'événements rapportés, et le nombre d'événements vécus comme positifs ou négatifs pour chaque catégorie (personnels vs sociaux) diffèrent selon l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques.

Les différents événements personnels et sociaux quotidiens rapportés par les cinq cas cliniques et associés aux fluctuations de l'apparence physique perçue sont pour la plupart des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale présentés au second chapitre. Plus précisément, concernant les événements personnels, les symptômes anorexiques (e.g. régimes, vomissements provoqués, crises de boulimie, insatisfactions corporelles) rapportés par tous les cas cliniques ont été identifiés comme des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale (Deter et Herzog, 1994; McFarlane *et al.*, 2008; Steinhausen, 2002, 2008; Zipfel *et al.*, 2000). De même, certains « traits » (e.g. faible concept de soi, hyperactivité) rapportés par Oda, Marie et Jeanne et certains « états » psychiatriques (e.g. état dépressif et thymique, anxiété) rapportés par Oda, Laure, Marie et Jeanne sont aussi des facteurs pronostiques connus des symptômes anorexiques (Fichter *et al.*, 2006; Löwe *et al.*, 2001; Rastam *et al.*, 1996; Steinhausen, 2008; Tozzi *et al.*,

2003). Enfin, deux études qualitatives indiquent que les éléments relatifs à la prise en charge (e.g. motivation à changer ou pas, gestion de stress de la vraie vie) rapportés par Laure, Marie, Thérèse et Jeanne sont également des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale (Federici & Kaplan, 2008; Tozzi *et al.*, 2003). En revanche, moins d'études se sont intéressées aux événements sociaux comme prédicteurs de l'anorexie mentale. En effet, les relations sociales (e.g. avec les amies, le personnel soignant et la société) rapportées par Oda, Laure, Marie et Thérèse ainsi que les événements de vie (e.g. maladie d'un être cher, tâche intellectuelle, visites et sorties) rapportés par les cinq cas cliniques représentent des facteurs pronostiques de l'anorexie mentale (Ben Tovim *et al.*, 2001; Fichter *et al.*, 2006; Löwe *et al.*, 2001; Strober *et al.*, 1997; Zipfel *et al.*, 2000). Il est intéressant de souligner que les différents types d'événements personnels dans leur majorité qui sont communs aux cinq cas cliniques ne permettent pas de renseigner sur l'évolution en fin de suivi des symptômes anorexiques et semblent particulièrement présents, voire dominants, chez les cas s'étant aggravés en cours de suivi (Marie, Thérèse et Jeanne). D'ailleurs, seuls certains types d'événements (e.g. régime minceur/diète, crise de boulimie) identifiés comme des facteurs pronostiques défavorables (Deter et Herzog, 1994; Steinhausen, 2002) sont aussi exclusivement rapportés par Thérèse et Jeanne dont les symptômes anorexiques se sont aggravés ou sont discordants. Heatherton et Baumeister (1991) et Crocker et Park (2004) notent, à ce propos, que les individus qui souhaitent échapper à ce qu'ils sont, activent des comportements boulimiques afin de réduire leur anxiété à court terme mais aggravent leur état psychopathologique à long terme. Ces observations sont cohérentes avec les propositions théoriques de l'approche psychanalytique de l'anorexie mentale : la « personnalité narcissique¹² » (Corcos, 2005) ou « assises narcissiques » (Passelecq, 2006, p. 9) spécifique de l'adolescente anorexique. Elle correspondrait à une réponse défensive d'un corps « pubertaire » qui lui échappe. En d'autres termes, face à l'insécurité permanente, l'individu doute de lui, et, paradoxalement, c'est cet affaiblissement narcissique qui provoque la recherche de miroirs rassurants et engendre les « Narcisses » (Debarle & Albert (1988). Selon Jeammet (2004), cette problématique narcissique

¹² Le narcissisme fait ici référence au narcissisme secondaire qui désigne le retournement sur le moi de la libido.

se trouve par ailleurs dans toutes les psychopathologies qui impliquent le corps (e.g. hystérie, phobie, etc.). Cependant, cette personnalité narcissique, centrée sur soi, semble s'estomper avec l'amélioration des symptômes anorexiques permettant ainsi un intérêt croissant pour autrui. Cette centration sur soi rigide autour d'un niveau faible et stable fait notamment référence à la dynamique obtenue du concept de soi dite « bruit blanc » dominant chez les patientes anorexiques (cf. chapitre précédent). Ainsi, nos résultats quantitatifs et qualitatifs convergent vers l'idée qu'une telle centration sur un soi rigide autour d'un niveau faible est caractéristique des profils de patientes qui tendent à s'aggraver au fil du temps.

Les événements sociaux, plus présents chez les patientes dont le profil s'est globalement amélioré au cours du suivi (Oda et Laure), sont aussi plus fréquemment associés à des améliorations de l'apparence physique perçue de ces patientes qu'à une aggravation. Ces observations suggèrent que la réduction des relations sociales aggrave les symptômes anorexiques alors que la présence d'évènements sociaux (familiaux ou amicaux) les améliore (Ratnasuriya *et al.*, 1991). A ce propos, Cottraux (2004) note qu'une interaction au monde extérieur « ne peut s'effectuer que par une perte de l'égoïsme et de la décentration » (p. 61) grâce à un travail cognitif et comportemental (e.g. apprentissage par imitation). Une interprétation possible de ces résultats est liée au potentiel de ces événements pouvant créer une décentration chez les patientes anorexiques qui peuvent alors se défaire, du moins temporairement, de leurs patrons narcissiques rigides. De surcroît, ces résultats précisent aussi ceux des chapitres précédents en montrant que, si l'apparence physique perçue apparaît comme la facette du concept de soi dont l'influence sur l'évolution anorexique est la plus robuste (variable de contrôle), récurrente et dominante (versus par exemple la valeur physique perçue), ces derniers résultats viennent suggérer que les relations sociales peuvent néanmoins jouer un rôle important sur cette apparence physique perçue et notamment sur sa fluctuation au cours du temps.

4. SYNTHÈSE

Au regard de certaines études comme celles de Tozzi *et al.* (2005), les écrits scientifiques présentent généralement la fluctuation des TCA au travers des changements de diagnostic : passage de l'anorexie mentale de type restrictif à l'anorexie mentale boulimique avec purge à la boulimie, etc. Seules les études récentes utilisant la méthode EEI révèlent que les symptômes des TCA peuvent être aussi instables que le sont les dimensions du concept de soi (Engel *et al.*, 2005; Greeno *et al.*, 2000; Le Grange *et al.*, 2001; Shiffman & Stone, 1998; Stein & Corte, 2003). En concevant les TCA comme un « phénomène » fluctuant dans le temps, les études réalisées ont permis de comprendre ce qui précédait, succédait ou fonctionnait simultanément aux symptômes des TCA afin de prédire/prévoir l'évolution des TCA (Engel *et al.*, 2005). Si la présente étude s'est plus spécifiquement attachée aux directions des associations entre l'apparence physique perçue et les trois symptômes anorexiques, les études antérieures ont identifié d'autres variables psychologiques et comportementales telles que l'envie de manger, la perte de contrôle, les affects négatifs (e.g. stress, colère), les comportements restrictifs, les mauvaises expériences sociales, les faibles perceptions sociales et les troubles thymique (Engel *et al.*, 2005; Greeno *et al.*, 2000; Le Grange *et al.*, 2001; Steiger *et al.*, 1999; Wegner *et al.*, 2009). Au regard de l'ensemble de ces résultats et des principes qui sous-tendent la psychopathologie développementale, il convient de recourir au modèle théorique transactionnel (Sameroff & Emde, 1989) pour étudier la population anorexique à partir d'interactions et de co-actions complexes de leurs systèmes internes, leurs contextes et leurs autrui significatifs à de multiples niveaux (Biderman *et al.*, 2005). La prise en compte du contexte dans lequel la patiente évolue, notamment les relations qu'elle entretient avec les pairs et la famille, en est une application directe.

L'identification des événements personnels et sociaux relatés par les cinq cas cliniques et associés aux fluctuations de leur apparence physique perçue a permis de répondre aux perspectives de recherche énoncées par Keel *et al.* (2005) au sujet du lien entre l'apparence physique perçue et les stressseurs psychosociaux

pour comprendre et prévenir un pronostic déforable de l'anorexie mentale. En effet, selon le modèle des « 3 P » de Garner (1993), les événements de vie sont généralement définis comme des facteurs précipitants de l'anorexie mentale plutôt que perpétuants. Des études transversales le confirment empiriquement par des analyses de régression (Jacobi *et al.*, 2004; Schmidt *et al.*, 1997; Yager, Rudnick et Metzner, 1981). Or comme l'indique Frederici *et al.* (2008), le dernier volet de ce suivi de 140 jours met en évidence l'importance d'utiliser les approches qualitatives pour faciliter une compréhension riche des construits impliqués dans le processus de rétablissement au delà des méthodes quantitatives plus traditionnelles. Ainsi, les événements de vie pourraient participer au développement de l'anorexie mentale mais également, dans une certaine mesure, au maintien de cette psychopathologie ou même à son traitement en générant une décentration forcée chez la patiente face à ses mécanismes habituels de centration sur elle-même. Il paraît cependant difficile « d'établir un lien de causalité directe entre certains types d'évènements de vie et [cette forme particulière] des troubles mentaux » (Graziani, Hautekèete, Rusinek, & Servant, 2001, p. 107), surtout dans le contexte qualitatif et idiographique de l'étude actuelle (faible nombre de sujets).

5. IMPLICATIONS CLINIQUES

Pour faire suite aux implications énoncées au précédent chapitre, si l'utilisation des carnets de suivi comme instrument de mesure a permis la mise en évidence de la complexité des liens entre les symptômes anorexiques et les dimensions du concept de soi, l'impact des événements personnels et l'instabilité des variables étudiées, Schiffman *et al.*, (2008) préconisent leur utilisation à des fins thérapeutiques.

Premièrement, le fait de compléter le carnet quotidien a permis aux patientes de prendre de la distance par rapport à elles-mêmes et d'évacuer le trop plein émotionnel associé aux événements marquants de la journée. Une telle prise de distance manque souvent sévèrement aux jeunes filles anorexiques (Sloan, 1998). Deuxièmement, dans le cadre de l'entretien rétrospectif, l'usage des graphiques issus des séries temporelles comme interface vision-discours fournirait un appui à la relation thérapeutique en créant à la fois la distance nécessaire à une

introspection et un soutien objectif empêchant le déclenchement des mécanismes de perfectionnisme présents chez les anorexiques et les poussant à vouloir toujours bien paraître (Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, Kaplan, 2003). Troisièmement, la lecture des commentaires qualitatifs par le clinicien permettrait progressivement aux patientes la réalisation d'un travail rétrospectif permettant à son tour l'explication des moments de crise passés dans une interaction s'apparentant de près aux techniques classiques de restructuration cognitive. Les jeunes filles pourraient alors reconstruire leur propre histoire et se reconstruire elles-mêmes par une alternance rétrospection-introspection. Quatrièmement, ces carnets de suivi permettraient de mettre en évidence divers biais rétrospectifs et distorsions cognitives présentes chez les patientes (Fazio *et al.*, 1981) tels que le décalage entre la perception qu'a la patiente des événements de vie et sa façon de les vivre dans l'instant. L'exagération de certaines dimensions psychologiques en lien avec les événements relatés dans l'instant a été constatée (Monthuy-Blanc *et al.*, 2008). La mise à distance de son propre soi, grâce aux séries temporelles, permettrait de prendre conscience des événements alors vécus comme traumatisants et créerait la décristallisation nécessaire à une restructuration cognitive efficace (Graziani *et al.*, 2001).

Pour le thérapeute, l'utilité du carnet de suivi interviendrait à quatre niveaux. Premièrement, il permettrait de façon simple et rapide d'évaluer en un coup d'œil les fluctuations d'une patiente et donc de s'affranchir des biais de rappel. Le thérapeute pourrait aussi détecter facilement une éventuelle dissociation entre le discours en thérapie et la réalité quotidienne. Cette caractéristique du carnet aiderait celui-ci dans sa mise en évidence de certaines distorsions cognitives (e.g. minimisation ou surgénéralisation de l'intensité d'un symptôme) qui pourraient passer inaperçues par une analyse rétrospective d'une période lors d'une consultation. Deuxièmement, le carnet de suivi permettrait au thérapeute de mener une démarche de restructuration cognitive en complément des relevés de situation usuellement utilisés lors d'entretiens cliniques. Troisièmement, le carnet de suivi pourrait servir d'aide à l'observance aux soins prodigués ; c'est-à-dire qu'il s'apparenterait à un facteur d'adhésion aux soins et par conséquent à un facteur pronostic de guérison. Quatrièmement, la lecture des commentaires notés

dans les carnets permettrait au clinicien a) de détecter la présence de facteurs d'aggravation comme la centration sur soi ou l'exclusion sociale, b) d'obtenir un accès au vécu social de la patiente, et c) d'utiliser cet accès au vécu social pour rompre la centration rigide ou la prévenir avant qu'elle ne s'installe ; comme, par exemple, identifier les autrui significatifs de la patiente et organiser des thérapies de groupe, en famille ou entre ami(e)s (cf Cook-Darzen, 2002; Pauzé, 2007). L'utilisation des carnets s'inscrirait donc en complémentarité de la thérapie familiale classique ou des « réseaux ami(e)s » précédemment décrits en fournissant très précisément les acteurs significatifs de l'environnement de la patiente anorexique.

QUATORZIÈME CHAPITRE

DICUSSION GÉNÉRALE : CORPS, ADOLESCENCE, PRÉVENTION ET THÉRAPIE

Ce dernier chapitre conclusif présentera successivement : a) la pertinence scientifique de cette étude en résumant l'ensemble des résultats, en dégageant les principales forces scientifiques et en offrant un éclairage thématique, b) les limites et les perspectives, et c) la pertinence sociale et sociétale de cette étude en présentant les perspectives préventives et thérapeutiques qui découlent des résultats présentés et en positionnant ce travail dans la double thématique doctorale « Éducation-Sciences du sport ».

1. PERTINENCE SCIENTIFIQUE DE LA THÈSE

Cette thèse avait pour objectif central d'étudier la puissance prévisionnelle des dimensions du concept de soi sur l'évolution des symptômes anorexiques durant 140 jours consécutifs. Afin de répondre à cet objectif, il a été nécessaire de privilégier une approche psychopathologique développementale de l'anorexie mentale (Cicchetti, 1984; Masten, 2006), une conceptualisation hiérarchique, multidimensionnelle et interactionniste du concept de soi (Shavelson *et al.*, 1976; Vallacher *et al.*, 2002), et une méthode d'évaluation écologique instantanée (Csikszentmihali & Larson, 1987; Stone & Shiffman, 1994). Ce travail exploratoire est, à notre connaissance, le premier dans les écrits scientifiques à offrir un éclairage idiographique du concept de soi (i.e. dynamique) relatif à l'anorexie mentale durant une période aussi longue.

1.1. Synthèse des connaissances relatives aux résultats

L'ensemble des résultats met en lumière l'intérêt de mieux comprendre le fonctionnement temporel des dimensions du concept de soi tel que son niveau, son instabilité et sa dynamique en lien avec les événements de vie quotidiens pour prévoir l'évolution des symptômes anorexiques. L'apparence physique perçue apparaît notamment comme un facteur prévisionnel dominant des symptômes

anorexiques car son effet persiste au-delà de l'effet du niveau de base de ces symptômes anorexiques (au jour J0), en considérant toutes les dimensions du concept de soi simultanément, et à court et très court terme.

Au cours du suivi initial de 70 jours, dans un premier volet, les prédictions nomothétiques ont indiqué que l'estime globale de soi et le soi social sont des prédicteurs dominants des symptômes anorexiques au premier jour, au dernier jour du suivi et du premier au 70^{ème} jour. Toutefois, ces prédictions initiales demeurent générales et reposent sur des analyses transversales peu précises parce qu'elles négligent de considérer la direction des effets dans le temps, ou sur des analyses longitudinales à moyen terme (70 jours).

Dans un second volet, les prédictions idiographiques ont principalement montré le caractère prévisionnel de l'estime globale de soi, de l'apparence physique perçue et du soi social lié aux ami(e)s (de façon plus distale), à très court terme (i.e. un jour) et à court terme (i.e. une semaine) ainsi que des relations curvilinéaires (en « U inversé ») majoritairement entre l'estime globale de soi/le soi social lié aux ami(e)s et l'IMC. Ces dernières observations ont permis de distinguer les adolescentes de cette étude en précisant que l'élévation du concept de soi est bénéfique pour l'IMC jusqu'à un point d'inflexion au-delà duquel cette élévation devient néfaste pour les adolescentes sans TCA à l'inverse des adolescentes anorexiques.

Les analyses des séries temporelles ont mis en lumière des profils distincts d'adolescentes selon la dynamique du concept de soi. Les adolescentes sans TCA présentent un concept de soi de niveau élevé, partiellement instable et fonctionnant comme un système évolutif réussissant à intégrer les fluctuations précédentes grâce à des mécanismes homéostatiques plus ou moins efficaces. Plus complexes dans leur fonctionnement, les adolescentes anorexiques se répartissent principalement en deux profils. Le premier correspond à un concept de soi de niveau faible, instable pour l'estime globale de soi et le soi social et dont la dynamique fonctionne soit comme un système évolutif qui tend, avec difficulté, à incorporer ou à réguler l'influence des jours précédents soit qui dans certains cas est entièrement dépendant de ces jours. Le second profil correspond à un concept

de soi également de niveau faible mais stable pour l'ensemble des composantes et présentant une dynamique rigide centrée autour de ce faible niveau. Les prédictions ont indiqué que a) un faible niveau de l'estime globale de soi, du soi physique et du social lié aux ami(e)s, b) une instabilité de l'apparence physique perçue et du soi social lié aux ami(e)s, et c) une dynamique de l'estime globale de soi, de l'apparence physique perçue et du soi social lié aux parents dépendant entièrement des jours précédents, sont néfastes pour les adolescentes.

Trois principales observations émergent. Premièrement, lorsque le niveau de base des symptômes anorexiques (i.e. EDI-A-24 et IMC au premier jour) est ajouté comme contrôle additionnel dans les analyses précitées, la majorité des effets observés disparaissent, ce qui suggère que l'influence néfaste de ces relations sur le concept de soi est limitée. En fait, avec l'ajout de ce contrôle additionnel, seul l'apparence physique perçue demeure significativement et systématiquement reliée à l'anorexie mentale, démontrant ainsi sa puissance prévisionnelle. Deuxièmement, les résultats précédents révèlent, nonobstant le contrôle du niveau de base des symptômes anorexiques, que l'estime globale de soi prédit principalement les symptômes psychologiques et comportementaux de l'anorexie mentale (i.e. score total de l'EDI-A-24) alors que le soi social en prédit principalement les symptômes somatiques (i.e. l'IMC). De son côté, l'apparence physique perçue semble également associée aux deux formes de symptômes, ce qui démontre une fois de plus la robustesse de sa prédiction. Troisièmement, et bien que certaines différences prévisionnelles aient été observées entre les groupes anorexiques et contrôles, ces différences demeurent mineures, ce qui suggère que les principaux mécanismes mis en jeu dans le développement des TCA chez les populations dites « normales » semblent similaires à ceux mis en jeu dans le maintien des symptômes anorexiques chez les populations cliniques. La seule exception concerne les liens entre l'apparence physique perçue et l'IMC qui semblent négatifs et limités au groupe de patientes anorexiques confirmant, une fois de plus, l'importance de cette facette du concept de soi.

La seconde partie de cette thèse portait sur le suivi complet de 140 jours du groupe de patientes anorexiques. Dans un premier volet quantitatif, l'analyse des

corrélations-croisées entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques révèle que les symptômes anorexiques sont aussi instables que les dimensions du concept de soi. Plus précisément, ces résultats montrent que l'apparence physique perçue, le plus souvent, a) précède au désir de minceur, b) est associée aux crises de boulimie selon un phénomène s'apparentant à un « cercle vicieux », et c) fluctue en même temps que l'insatisfaction corporelle. Toutefois, ces résultats présentent une importante variabilité interindividuelle tant au niveau de la direction des effets observés, que de leur signe (effet positif ou négatif) et de leur persistance dans le temps, limitant ainsi leur capacité de déterminer l'évolution à moyen terme des symptômes anorexiques.

Dans un second volet qualitatif, les cinq cas cliniques dont les symptômes anorexiques s'étaient (a) améliorés partiellement ou stabilisés (cas 1 et 2), (b) aggravés partiellement ou complètement (cas 3 et 4) et (c) améliorés pour certains et aggravés pour d'autres (cas 5, discordance), ont relaté des événements personnels ou sociaux qui les ont touchés dans des proportions différentes. Ces résultats ont révélé qu'un plus grand pourcentage d'événements sociaux (i.e. relations amicales principalement) et plus précisément d'événements sociaux perçus par les patientes anorexiques comme positifs, est associé à l'amélioration des symptômes anorexiques. En contrepartie, les patientes dont l'état s'est aggravé présentent un profil surtout caractérisé par la narration d'événements personnels ou par une analyse « narcissique » d'événements anticipés ou peu exigeants sur le plan interpersonnel. Même si aucun lien de causalité entre les événements vécus et l'anorexie mentale ne peut être établi, ces observations suggèrent a) que les événements sociaux vécus comme positifs participent à l'amélioration de l'anorexie mentale en aidant les patientes anorexiques à se défaire, du moins temporairement, de leur patron narcissique rigide ; ou b) que les patientes anorexiques dont l'état s'améliore ont tendance à entretenir des relations positives avec le monde qui les entoure, c'est-à-dire à être moins centrées sur elles-mêmes. Ces résultats permettent d'apporter un éclairage nouveau aux résultats antérieurs de cette thèse. En effet, si ces derniers suggèrent que l'apparence physique perçue représente le facteur pronostique prévisionnel le plus robuste des symptômes anorexiques, ces résultats qualitatifs impliquent que les

relations sociales (et le soi social) représentent un levier thérapeutique majeur d'influence sur cette apparence physique perçue.

L'ensemble des résultats montre la prédominance de l'apparence physique perçue dans le développement et le maintien des symptômes anorexiques, l'émergence de profils anorexiques à partir de son fonctionnement au cours du temps et l'association spécifique entre sa fluctuation et chaque symptôme anorexique psychologique à partir des événements vécus par l'adolescente anorexique. La comparaison de ces résultats avec ceux d'études antérieures révèle l'importance a) de considérer le concept de soi des adolescentes anorexiques comme un système complexe évoluant au cours du temps, b) d'inclure le niveau de base des symptômes anorexiques dans l'identification des facteurs prévisionnels de l'anorexie mentale et c) d'étudier quotidiennement les symptômes anorexiques perçus. L'ensemble de ces observations implique la nécessité de prendre en compte le fonctionnement du concept de soi au cours du temps, au niveau de l'intervention préventive et thérapeutique de l'anorexie mentale dans une visée d'individualisation de l'intervention.

1.2. Forces et originalité théoriques et méthodologiques

Les principales forces et l'originalité de cette thèse résident dans les débuts de réponses qu'elle apporte aux limites des études antérieures s'étant intéressée aux prédicteurs associés à l'évolution pronostique de l'anorexie mentale et plus précisément aux rares travaux ayant étudié le concept de soi. En effet, ces études ont mis en évidence que la variété et la variabilité des évolutions de l'anorexie mentale (i.e. rémission, amélioration, chronicisation avec rechute, aggravation, décès...) ainsi que la multitude des facteurs pronostiques biopsychosociaux participent à la complexité de la prédiction de l'anorexie mentale (Zipfel *et al.*, 2000). Ces études présentent de nombreuses limites quantitatives et qualitatives qui en réduisent la portée (Kordy *et al.*, 2002; McFarlane, *et al.*, 2008; Pike, 1998; Richard *et al.*, 2005; Steinhausen, 1997; Strober *et al.*, 1997; Sullivan *et al.*, 1998b; Theander, 1985). En effet, l'hétérogénéité méthodologique inhérente a) à la conceptualisation du concept de soi, à la définition du pronostic de l'anorexie mentale et à ses critères constitutifs, b) à la sélection des échantillons de patientes

anorexiques, c) à l'utilisation des instruments de mesure et des méthodes d'analyses statistiques et d) au type et à la durée du protocole des études de suivi, explique en grande partie l'absence de consensus concernant les facteurs pronostiques de l'anorexie mentale (Clausen, 2008 ; Fisher, 2003 ; Jacobi *et al.*, 2004; Kordy *et al.*, 2002 ; Pike, 1998 ; Vrabel *et al.*, 2008).

Premièrement, la conceptualisation du concept de soi comme un construit hiérarchique, multidimensionnel, évolutif et dynamique a permis à la fois d'identifier son fonctionnement comme un prédicteur des symptômes anorexiques mais également de faire émerger des profils distincts d'adolescentes caractérisés par diverses dynamiques évolutives. Cette conceptualisation a le mérite d'aller au-delà des conceptions souvent unidimensionnelles et « fixistes » du concept de soi utilisées dans plusieurs études antérieures (cf. Fichter *et al.*, 2006; Garfinkel *et al.*, 1977; Kawai *et al.*, 2008; Löwe *et al.*, 2001) et de prendre en compte les fluctuations de chaque dimension du concept de soi au cours du temps, au-delà de la simple considération d'un niveau de base unique (Jacobi *et al.*, 2004).

Deuxièmement, s'il a été établi depuis plusieurs années que le concept de soi est un état évoluant dans le temps (Kernis *et al.*, 1991, 1993), toutes les études concernant les patientes anorexiques et/ou le pronostic de l'anorexie mentale, traitent le concept de soi comme un trait de personnalité stable dans le temps en ne le mesurant que dans deux ou trois moments (Brytek-Matera, 2007; Halvosen & Heyerdahl, 2006; Jacobi *et al.*, 2004; Kovacs & Palmer, 2004; McFarlane *et al.*, 2001; Paterson *et al.*, 2007; Surgenor *et al.*, 2007; Wilksch & Wade, 2004). En effet, les auteurs étudiant notamment le pronostic de l'anorexie mentale utilisent les analyses de régression en considérant que le niveau « assume implicitement » une certaine stabilité du construit (Ben-Tovim *et al.*, 2001; Bizeul *et al.*, 2001; Clausen *et al.*, 2008; Deter & Herzog, 1994; Fichter *et al.*, 2006; Halverson *et al.*, 2004; Herzog *et al.*, 1997; Löwe *et al.*, 2001; Zipfel *et al.*, 2000). A notre connaissance, cette thèse représente la première étude qui ait cherché non seulement à étudier l'instabilité du concept de soi, mais également sa dynamique, afin de mettre en évidence le fonctionnement du concept de soi, à la fois chez les adolescentes sans TCA et les adolescentes anorexiques

Troisièmement, cette étude fait partie des rares études ayant inclus des symptômes anorexiques psychologiques, comportementaux et somatiques afin de caractériser l'évolution de l'anorexie mentale (cf. Garfinkel *et al.*, 1977; Halvorsen *et al.*, 2004; McHugh, 2007; Sullivan *et al.*, 1998b; Vrabel *et al.*, 2008). En effet, selon Vrabel *et al.* (2008), il n'existe pas de véritable consensus entre les chercheurs et les cliniciens pour définir les évolutions possibles de l'anorexie mentale. A cause de cette différence de définition, la fiabilité des facteurs pronostiques identifiés dans les études est directement compromise puisqu'ils dépendent, du moins partiellement, des définitions mêmes de ce qu'est ce pronostic (McFarlane, *et al.*, 2008 ; Strober *et al.*, 1997). La majorité des études privilégie une classification trichotomique du pronostic de l'anorexie mentale caractérisée, la plupart du temps, par deux critères trop restrictifs : le poids et l'aménorrhée (Finfgeld, 2002 Strober *et al.*, 1997). Selon McHugh (2007), peu d'études suivent les recommandations de l'association psychiatrique américaine (APA, 2006) qui préconise une approche multidimensionnelle biopsychosociale pour définir les critères constitutifs du pronostic de l'anorexie mentale. Selon cette approche, la rémission de l'anorexie mentale serait à la fois biologique (i.e. gain de poids, absence d'aménorrhée), psychologique (i.e. diminution des symptômes psychologiques et comportementaux propres à l'anorexie mentale) et sociale (i.e. amélioration des relations familiales, scolaires ou professionnelles) (APA, 2006). Certaines études font partiellement écho à ces recommandations en utilisant notamment le poids et certains instruments évaluant les caractéristiques psychologiques et comportementales de l'anorexie mentale (Garfinkel *et al.*, 1977 ; Halverson *et al.*, 2004). De plus, l'originalité de cette thèse réside dans le recours à l'index de changement significatif ou *Reliable Change Index* (RCI) de Jacobson et Truax (1991) ; c'est-à-dire à des critères d'évolution entre un état clinique initial et final applicables à tout outil de mesure dimensionnel, plutôt qu'à un ensemble de critères constitutifs d'un état clinique final et rigide tel que celui présenté par Kordy *et al.*, (2002) et utilisé par la majorité des études antérieures (Ben-Tovim *et al.*, 2001; Bizeul *et al.*, 2001; Clausen *et al.*, 2008; Deter & Herzog, 1994; Fichter *et al.*, 2006; Garfinkel *et al.*,

1977 ; Halverson *et al.*, 2004 ; Herzog *et al.*, 1997; Löwe *et al.*, 2001; Zipfel *et al.*, 2000).

Quatrièmement, l'inclusion d'un échantillon d'adolescentes composé d'un groupe contrôle et d'un groupe clinique constitué à son tour de patientes anorexiques en hospitalisation ambulatoire et long séjour a permis, et ce malgré la petite taille de l'échantillon utilisé, a) d'observer les mêmes patrons de prédiction du développement et du maintien des symptômes anorexiques, b) d'apporter des connaissances relatives à la période d'émergence de l'anorexie mentale (entre 15 et 19 ans), et c) de refléter la diversité des populations anorexiques. En effet, Halvorsen *et al.*, (2004) notent que les études de suivi s'intéressant au pronostic de l'anorexie mentale sont le plus souvent menées dans des hôpitaux universitaires auprès de patientes anorexiques suivant un traitement en long séjour. Or, les hôpitaux universitaires traitent généralement des cas cliniques plus lourds ou plus complexes que ceux rencontrés par les praticiens « ordinaires » mais moins que ceux rencontrés dans les établissements spécialisés, constituant ainsi un biais de sélection. D'après Sullivan *et al.*, (1998b) et Richard *et al.*, (2005), l'absence de groupe contrôle ou de groupe psychiatrique comparatif fréquemment relevée dans ces études de suivi ainsi que la petite taille des échantillons de ces mêmes études de suivi constituent une limite supplémentaire de ces études.

Cinquièmement, d'une part, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés instantanés (i.e. mesurant l'état présent) versus de questionnaires auto-rapportés rétrospectifs, d'entretiens en face à face versus téléphoniques et d'instruments unidimensionnels versus multidimensionnels, constitue une manière fiable de mesurer l'ensemble des variables (in)dépendantes utilisées dans cette étude. A ce propos, Deter et Herzog (1994) précisent que le manque de mesures psychométriques, particulièrement dans le cas d'études de suivi à long terme, ne permet pas de comparer les scores obtenus à ces instruments de mesure de façon fiable. D'autre part, la diversité et la rigueur des méthodes d'analyse utilisées représentent une des forces et des richesses de cette thèse. En effet, des analyses à la fois qualitatives et quantitatives ont été menées. Concernant les analyses

quantitatives, les régressions, simples puis multiples, linéaires et curvilinéaires, contrôlant ou non le niveau de base de la variable dépendante et vérifiant ou non la variabilité de ces effets en fonction du groupe clinique ont permis a) de tester chaque dimension du concept de soi séparément et simultanément, b) de mettre en évidence des effets curvilinéaires entre le concept de soi et l'IMC qui ont été, à notre connaissance, uniquement constatés cliniquement, et c) de révéler la stabilité de l'anorexie mentale ou la robustesse de certaines dimensions du concept de soi comme l'apparence physique perçue. Mais au-delà de ces observations, cette stratégie analytique a aussi révélé les limites des études antérieures étant donné l'immense dépendance des résultats obtenus à la stratégie d'analyse spécifique retenue. Plus précisément, les présents résultats démontrent que : a) l'anorexie mentale est une psychopathologie soumise à une multitude de facteurs devant être simultanément considérés pour en isoler les effets ; b) l'inférence d'effets pronostiques demeure une tentative imprécise et risquée en l'absence de contrôle du niveau de base de la variable prédite et c) les postulats de base de la régression multiple (i.e. prédiction égale entre les groupes, linéarité des relations, etc.) ne peuvent être assumés mais doivent plutôt être vérifiés systématiquement. L'ensemble de ces observations fait écho aux propos de Strober *et al.*, (1997) qui déplorent l'utilisation encore trop fréquente de méthodes statistiques descriptives (i.e. χ^2 , *t* de student) ou univariées, incapable d'isoler l'indépendance des effets de chaque variable indépendante. Les analyses qualitatives systématiques sont aussi rarement utilisées par les études antérieures qui, au mieux, effectuent des analyses de contenu limitées à partir d'entretiens semi-directifs rétrospectifs (cf. Hsu *et al.*, 1992a) Tozzi *et al.*, 2003). Cette thèse semble novatrice dans ce domaine car les événements personnels et sociaux vécus par les adolescentes anorexiques ont été discutés lors d'un entretien semi-directif en fin de suivi puis analysés à partir a) de commentaires écrits dans l'instant, et b) de leurs associations avec des données quantitatives (i.e. série temporelle de l'apparence physique perçue). Cette méthode d'analyse a permis non seulement d'identifier ces événements mais également la façon dont ils sont ressentis - négativement ou positivement - par les adolescentes anorexiques et de générer des hypothèses permettant une mise en perspective importante des principaux résultats quantitatifs obtenus.

Sixièmement, la différence majeure avec les études antérieures est la courte durée du suivi effectué de manière idiographique qui nous a permis d'identifier des prédicteurs autres que ceux apparaissant lors de prédictions transversales ou longitudinales à plus long terme (et mettant en jeu deux à trois mesures seulement). Les résultats de cette thèse montrent d'ailleurs une variabilité notable entre les résultats obtenus à moyen, à court et à très court terme. L'ensemble de ces caractéristiques s'inscrit en complément des travaux précités. En effet, la plupart des études concernant le pronostic de l'anorexie mentale se focalise sur l'évolution de cette psychopathologie à moyen et long terme. Comme précédemment cité, plusieurs facteurs prédisent un pronostic défavorable de l'anorexie mentale mais aucun n'est "universellement" accepté. Au-delà de la mise en évidence de facteurs pronostiques invariants, quelles que soient les études, rien ne permet d'affirmer que les facteurs pronostiques à court terme et présentant un intérêt majeur pour les cliniciens, puissent être ou non les mêmes que les facteurs à moyen et long terme (Mewes *et al.*, 2008). Partant de ce postulat, Howard *et al.*, (1999) constatent une relative absence d'études centrées sur les prédicteurs à court terme du pronostic de l'anorexie mentale. De plus, les études de suivi à long terme sont généralement critiquées à cause de leur protocole souvent rétrospectif (Deter & Herzog, 1994). Les protocoles rétrospectifs ne permettent pas d'utiliser la collection des données en « temps-réel » mais simplement lors d'un pronostic « final ». A l'inverse, les protocoles longitudinaux prospectifs prennent en compte la temporalité de la trajectoire menant à la rémission ou à la rechute (Strober *et al.*, 1997). Dans le cas de protocoles longitudinaux avec de multiples mesures répétées (i.e. protocoles idiographiques), l'évolution des symptômes de l'anorexie mentale ne serait peut-être plus linéaire mais fluctuante voire non linéaire. Or, les travaux s'intéressant aux facteurs pronostiques de l'anorexie mentale s'appuient souvent sur des protocoles transversaux ou longitudinaux à peu de mesures répétées (admission, sortie et pendant une intervention thérapeutique ; Keel *et al.*, 2005). Cette ligne de temps ne permet pas de capturer les événements ponctuels ou instantanés qui pourraient se passer pendant l'intervention thérapeutique, ou après celle-ci (Keel *et al.*, 2005). Par conséquent, Keel *et al.*, (2005) insistent sur l'importance de protocoles

épousant la trajectoire naturelle de l'anorexie mentale en milieu dit « écologique ». La déclaration de Meyer *et al.*, (1986) qualifiant le temps « d'élément polarisant » dans le pronostic de l'anorexie mentale au regard de la rémission et du décès, est probablement justifiée. Les taux de rémission similaires entre les études transversales et les études de suivi à long terme indiquent une trajectoire linéaire menant soit à la rémission, soit à la chronicisation ou à la mort. Or, les analyses individuelles de patientes anorexiques à moyen et court terme montrent la diversité dans les évolutions de l'anorexie mentale telle que la normalisation, le changement de diagnostic psychiatrique, la rechute, etc. (Beck & Brochner-Mortensen, 1972; Dally & Sargent, 1966; Farquharson & Hyan, 1966; Theander, 1970 ; Theander, 1992;). Au regard de cette insuffisance d'études de suivi à court terme aux multiples mesures répétées et en raison du taux élevé de mortalité et principalement d'abandon thérapeutique, il est possible que peu de ces études optent pour un suivi longitudinal trop coûteux en temps et en participants (Castro *et al.*, 2004).

1.3. Éclairage thématique de la thèse

Afin de justifier les résultats obtenus et leurs implications cliniques, la discussion relative aux dix hypothèses aborde successivement les notions de dimensionnalité (vs approche catégorielle) de l'anorexie mentale, d'apparence physique perçue à l'adolescence, d'image du corps, de contexte social, de prévention des TCA et de thérapie de l'anorexie mentale. Plus globalement, deux thématiques récurrentes se dégagent: l'adolescence et ses spécificités physiques et psychologiques ainsi que l'importance du corps chez les adolescentes sans TCA et anorexiques.

L'adolescence est fréquemment identifiée comme une étape difficile voire négative de la vie – une période de bouleversements et de stress qui peut être survécue ou endurée (Arnett, 1999; Hall, 1904; Steinberg, 1999). Premièrement, l'entrée dans la puberté entraîne des transformations physiques telles que la croissance rapide et la maturation sexuelle associée à la prise de poids pour lesquelles les garçons et les filles, tout particulièrement, ne sont pas toujours préparés ; en notant que cette prise de poids s'illustre souvent par une hausse de la

masse musculaire chez les garçons et de la masse adipeuse chez les filles (Coleman & Hendry, 1999). Lors de ces transformations, la place de l'image du corps et plus précisément de l'apparence physique perçue devient centrale au cours de l'adolescence (APA, 2002). En effet, les filles comme les garçons peuvent passer des heures à observer leur image corporelle afin de vérifier si elle correspond aux normes du groupe auquel ils s'identifient (APA, 2002). Les événements relatés dans les carnets de suivi confirment ces données cliniques. Des auteurs montrent que l'augmentation de la masse adipeuse contribuerait à une diminution du niveau de l'apparence physique perçue et à une augmentation de l'insatisfaction corporelle favorisant les TCA (Archibald *et al.*, 1999; Keel, Fulkerson & Leon, 1997). Ce phénomène pourrait être accentué parmi les filles qui ont un intérêt particulier pour le sexe opposé : la combinaison de la puberté et des relations intimes pourrait représenter un risque de développer des TCA (Cauffman & Steinberg, 1996). De même, ce phénomène peut s'accroître chez les adolescentes issues de cultures dans lesquelles la minceur est valorisée ou même s'inverser au sein de cultures valorisant plutôt la présence des rondeurs caractéristiques de la femme adulte (Morin *et al.*, 2009). Cette thèse confirme partiellement ces résultats en précisant que l'apparence physique perçue présente une relation curvilinéaire avec les symptômes anorexiques en forme de « U » inversé pour les adolescentes sans TCA et en forme de « U » pour les adolescentes anorexiques.

Deuxièmement, concernant les transformations émotionnelles, l'importance de l'apparence physique perçue à l'adolescence est indissociable de la crise identitaire selon le modèle théorique d'Erikson (1968). Le développement de l'identité ne peut exister que dans un contexte de relations avec les autres (Jordan, 1994). Les fluctuations des dimensions du concept de soi associées aux événements personnels et sociaux vécus par les adolescentes de cette thèse confirment ces théories. Comme énoncé en début de manuscrit, l'identité inclut le concept de soi. Le concept de soi se développe de façon unique pour chaque adolescent sachant qu'il existe différentes trajectoires possibles au cours de l'adolescence (Zimmerman, Copeland, Shope, & Dielman, 1997). Les changements physiques que les adolescents expérimentent peuvent ainsi

influencer, négativement ou positivement, le concept de soi et sa trajectoire, tout particulièrement à l'adolescence et chez les filles (Harter, 1990). Les profils de fonctionnement du concept de soi identifiés dans cette thèse tendent à confirmer ces propos.

Troisièmement, les transformations cognitives dans la façon dont les adolescents pensent, raisonnent et comprennent peuvent être parfois plus dramatiques que leurs changements physiques (APA, 2002). En effet, c'est à l'adolescence qu'ils deviennent aptes à envisager des situations hypothétiques et à utiliser des symboles tels que les métaphores (Larivée, 2007; Larivée, Normandeau & Parent, 2000, Piaget, 1950). Ces nouvelles capacités permettent aux adolescents de mener une meilleure introspection (lisible dans les commentaires des carnets de suivi) et de prendre des décisions réfléchies qui autrefois dépassaient leurs capacités cognitives. L'assiduité relative à la complétion de la partie commentaire des carnets de suivi au cours des 70 ou 140 jours consécutifs (sans aucune compensation financière) atteste de la capacité et de la nécessité d'introspection chez les adolescentes anorexiques.

Enfin, un des plus importants changements au cours de l'adolescence parmi ceux précités concerne le monde - la famille, les pairs, l'école, la société, etc. - entourant l'adolescent qui se déplace de la famille vers les pairs. Si aujourd'hui, la famille peut prendre plusieurs formes (e.g. monoparentale, adoptée, divorcée, reconstituée, d'accueil, de parents hétérosexuels ou homosexuels, etc.), le sentiment élevé d'attachement, de complicité et d'obligation familiale est corrélé à un développement émotionnel positif, à de meilleurs résultats scolaires et à une diminution des psychopathologies (e.g. Klein, 1997; Perry, 2000; Resnik *et al.*, 1997). Les adolescents issus de familles où l'accomplissement scolaire est valorisé, présentent moins de psychopathologies, ont un concept de soi élevé et s'engagent moins facilement dans des comportements déviants (e.g. Carlson, Uppal & Prosser, 2002; Steinberg, 2001). Au cours de l'adolescence, le conflit parents - adolescents tend à augmenter. Ce conflit est un moyen pour l'adolescent d'acquérir son indépendance à l'égard de ses parents tout en restant lié à eux (Steinberg, 2001).

La baisse de fréquentation du contexte familial ne signifie pas que la famille soit moins importante pour l'adolescent (O'koon, 1997). Toutefois, afin d'être le plus indépendant possible, l'adolescent doit également s'orienter vers ses pairs. Les groupes des pairs ont de nombreuses et importantes fonctions tout au long de l'adolescence en servant de point de référence temporaire à la construction de l'identité (cf. le fonctionnement du soi social lié aux ami(e)s du onzième chapitre et les deux cas cliniques Oda et Laure au treizième chapitre). L'acceptation par les pairs a une implication importante dans l'ajustement au cours de l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte. Par exemple, l'étude longitudinale de Bagwell, Newcomb et Bukowski (1998) révèle que les adolescents qui sont capables de lier des relations d'amitié avec un de leurs pairs ont une meilleure estime d'eux-mêmes que ceux n'ayant aucun ami(e)s. De plus, les relations positives avec les pairs au cours de l'adolescence ont un lien avec les ajustements psychosociaux positifs. Certaines études confirment ces affirmations en montrant que les adolescents acceptés par leurs pairs se perçoivent positivement au cours de leur adolescence et ont de meilleurs résultats à l'école que ceux qui ne l'ont pas été (Hansen, Giacoletti & Nangle, 1995; Savin-Williams & Berndt, 1990). Ces éléments sont évoqués au treizième chapitre à propos du contenu des carnets de suivi et tout particulièrement dans celui d'Oda dont les symptômes anorexiques se sont partiellement améliorés. Par ailleurs, parmi les adolescents qui sont rejetés par leurs pairs, leur isolement social est corrélé à de multiples comportements négatifs (Kupersmidt & Coie, 1990) et peut conduire à l'émergence de psychopathologies (Asher et Coie, 1990). Deux cas cliniques de cette thèse – Marie et Thérèse dont les symptômes anorexiques se sont aggravés au cours des 140 jours – relatent des événements vécus comme négatifs en ce qui concerne les relations sociales et une difficulté à entretenir des relations amicales et intimes positives.

Au regard de la prédiction dominante de l'apparence physique perçue sur les symptômes anorexiques de cette thèse, il convient de revenir sur la définition d'un construit plus général d'image corporelle intégrant la composante d'apparence physique perçue. Cash et Pruzinsky (1990) définissent l'image du corps comme la façon dont un individu se perçoit et dont il pense que les autres le perçoivent. En revanche, l'image du corps appliquée à l'anorexie mentale n'a fait

l'objet d'aucune formulation claire et unanime (cf. la méta-analyse de Cash, 1997). Différents termes ont été utilisés pour dénommer le même concept tels que l'apparence physique perçue, l'expérience corporelle, le soi physique ou l'insatisfaction corporelle (e.g. Ben-Tovim *et al.*, 2001; Stein, 2007; Vanderlinden *et al.*, 2007; Wilksch & Wade, 2004). Les recherches dans ce domaine mettent en évidence deux principaux concepts indépendants issus de deux modalités différentes de dysfonctionnement de l'image du corps (Benninghoven *et al.*, 2006; Cash, 1997): la distorsion perceptuelle du corps (i.e. la difficulté à estimer adéquatement les dimensions de son corps) et l'insatisfaction corporelle (i.e. l'écart entre le corps perçu et le corps désiré). En d'autres termes, selon Vanderlinden *et al.*, (2007) une patiente anorexique serait capable d'estimer avec précision les dimensions et formes de son corps actuel tout en étant extrêmement insatisfaite de celles-ci. Ces données théoriques permettent en partie d'expliquer l'association entre l'apparence physique perçue et l'insatisfaction corporelle au cours du même jour chez des adolescentes anorexiques (cf. douzième chapitre). Plus récemment, certains auteurs qui se sont intéressés aux TCA et à l'anorexie mentale plus particulièrement, ont conceptualisé l'image du corps comme un construit multidimensionnel et complexe intégrant des composantes cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles (Farrell *et al.*, 2006; Probst, 1997). Dans cette conception multidimensionnelle, les troubles de l'image du corps seraient définis comme une dysfonction d'une de ces composantes (Farrell, *et al.*, 2006). Au travers d'une conception similaire, Vanderlinden *et al.* (2007) préfèrent le terme « d'expérience corporelle » (i.e. Body experience) à celui « d'image du corps » car ces deux concepts correspondent davantage à l'aspect de ces perceptions. L'expérience corporelle comprend toutes les expériences du corps qui pourraient être à la fois cognitives et affectives, conscientes et inconscientes (Probst, 1997). Une récente méta-analyse (Jarry *et al.*, 2005) précise que l'image du corps est actuellement définie comme ayant trois composantes principales : perceptuelle, comportementale et attitudinale. La composante attitudinale inclut deux dimensions – une dimension affective de satisfaction de son apparence physique et une composante d'investissement se référant à l'importance accordée à l'apparence physique (Cash, 2002; Cash, Melnyk & Hrabosky, 2004). La

composante comportementale se réfère aux comportements relatifs à l'apparence physique comme dissimuler ou éviter d'exposer son propre corps au regard d'autrui (Rosen, 1997).

2. LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA THÈSE

Le caractère exploratoire de cette recherche met en lumière des limites à la fois théoriques, méthodologiques et psychométriques. Les remédiations de ces limites principalement méthodologiques et les implications préventives et thérapeutiques discutées précédemment induisent de futures recherches notamment en ce qui concernent l'application des méthodes EEI à la compréhension de l'anorexie mentale.

2.1. Théoriques

Des résultats relatifs au niveau, à l'instabilité et à la dynamique du concept de soi attestent du fonctionnement interdépendant des dimensions du concept de soi propres au modèle théorique de Shavelson *et al.* (1976). En revanche, seule l'interdépendance du niveau de ces dimensions a été précédemment testée et confirmée empiriquement auprès de populations anorexiques (McFarlane *et al.*, 2001; Paterson *et al.*, 2007; Surgenor, *et al.*, 2004). Il sera donc nécessaire ultérieurement d'étudier plus systématiquement l'interdépendance des autres propriétés des dimensions du concept de soi telles que leur instabilité ou leur dynamique.

Si cette thèse s'est intéressée à étudier l'effet du concept de soi sur le score total de l'EDI-A-24, certains auteurs concluent que chaque dimension du concept de soi a une intensité d'association différente (i.e. r de Pearson) avec chacun des symptômes anorexiques (McFarlane *et al.*, 2001; Paterson *et al.*, 2007; Surgenor *et al.*, 2007; Wilksch & Wade, 2004). La prise en compte du score total de l'EDI-A-24 (vs chaque échelle) ne permet pas de vérifier ces conclusions. Cette variabilité des résultats par la prise en compte de la multidimensionnalité des symptômes anorexiques en plus de celle du concept de soi devra faire l'objet de futures études. Par ailleurs, la considération distincte des symptômes

psychologiques / comportementaux (EDI-A-24) et somatiques (IMC) représente un premier pas dans cette direction. Toujours à propos des symptômes anorexiques, l'évolution en fin de suivi a tenu compte à la fois des symptômes psychologiques (indice de symptômes de l'EDI-A-24) et somatiques (poids) mais a ignoré un autre symptôme somatique de l'anorexie mentale pris en compte par quelques auteurs : l'aménorrhée (Bizeul *et al.*, 2001; Deter et Herzog, 1994; Fichter *et al.*, 2006; Strober *et al.*, 1997). Plus précisément, il aurait été intéressant d'évaluer l'apparition des menstruations versus de l'aménorrhée au cours des 140 jours permettant d'inclure plus de critères d'évolution et par conséquent d'augmenter la précision de l'évolution des symptômes anorexiques des patientes.

L'étude de la dynamique du concept de soi des adolescentes sans TCA et anorexiques (i.e. modèles ARIMA) conduit à d'importantes considérations théoriques liées à l'étude du concept de soi. Les modèles ARIMA utilisés à cette fin dans la présente étude mettent en évidence des processus non stationnaires mais exclusivement linéaires. D'autres auteurs (Delignières, Fortes et Ninot, 2004) ont utilisé des modes d'analyse des séries temporelles plus sophistiqués (e.g. analyses fractales) que ceux présentés dans la présente étude et ont montré que le concept de soi fonctionnait comme un système complexe et non-linéaire (i.e. bruit $1/f$). Or, les analyses fractales, qui nécessitent un minimum de 1024 moments de mesure, n'ont pas pu être utilisées dans cette thèse pour des raisons cliniques et éthiques.

Concernant les résultats de la neuvième hypothèse, les corrélations croisées qui ont permis d'associer l'apparence physique aux symptômes anorexiques psychologiques n'ont concerné que trois échelles de l'EDI sans prendre en compte un autre symptôme anorexique : l'IMC. Or la recension des écrits scientifiques montre l'importance du lien entre l'apparence physique perçue et l'IMC chez les patientes anorexiques. Afin d'approfondir la direction des associations entre l'apparence physique perçue et les symptômes anorexiques en général, il serait nécessaire, lors de recherches ultérieures, d'inclure l'évolution (quotidienne ou hebdomadaire) de l'IMC dans les analyses par corrélations croisées. Par ailleurs, l'IMC étant un processus qui fluctue plus lentement dans le

temps, cet indice devra être considéré dans le cadre d'études recourant à des moments de mesures plus espacés dans le temps que les intervalles quotidiens utilisés dans la présente étude.

2.2. Méthodologiques et psychométriques

Les études de suivi mettent en évidence la difficulté d'inclure puis de maintenir les patientes présentant des TCA au sein de protocoles longitudinaux et tout particulièrement des protocoles idiographiques (Björk *et al.*, 2006). Plusieurs de ces patientes, étant par ailleurs en hospitalisation long séjour, demeurent néanmoins plus faciles à retenir que les adolescentes du groupe ambulatoire ou contrôle. Par conséquent, la limite méthodologique principale de cette thèse concerne clairement le nombre relativement restreint d'adolescentes et de jeunes filles anorexiques (i.e. 26) et d'adolescentes et de jeunes filles sans TCA composant le groupe contrôle (i.e. 23). Cette limite induit à son tour plusieurs autres limites importantes. Elle a pour effet de réduire de manière importante la généralisation des résultats obtenus (cf. Mewes *et al.*, 2008). Bien que la méthode utilisée pour vérifier si l'effet des variables interagissait avec le statut des participantes a évité de scinder l'échantillon total en deux groupes, la puissance statistique de la majorité des tests statistiques effectués demeure réduite. Ceci met en perspective les résultats non-significatifs obtenus qui auraient néanmoins pu émerger s'ils avaient été estimés sur un échantillon plus vaste mais renforce le fait que les effets observés représentent sans doute des effets importants. Le meilleur exemple de ce manque de puissance statistique concerne les tests d'associations utilisés pour vérifier la neuvième hypothèse (H9) qui n'a pas montré de lien entre la direction des associations entre l'apparence physique perçue/symptômes anorexiques et l'évolution en fin de suivi de ces symptômes. Cette absence de résultats significatifs pourrait être potentiellement due au faible nombre de dynamiques représentées pour chaque catégorie.

Malgré cela, le mode de recrutement multicentrique utilisé afin de constituer l'échantillon de patientes anorexiques (Centres Hospitaliers Universitaires, maison de l'adolescence et clinique privée spécialisée) a tout de même permis de constituer un échantillon le plus représentatif possible de la

population anorexique. Cependant, même si toutes les interventions thérapeutiques sont basées sur une consultation clinique et individuelle [avec un (pédo)psychiatre, un nutritionniste et/ou un pédiatre], les patientes anorexiques ont pu participer à des programmes thérapeutiques différents dont l'effet sur les symptômes anorexiques et le concept de soi n'a pu être contrôlé dans cette étude.

L'explication de la procédure et de l'utilisation des carnets a fait l'objet d'une attention tout particulière de la part de l'investigateur en rencontrant chaque participante deux fois avant le commencement de l'étude. Le choix de participantes âgées d'au moins 14 ans visait aussi en partie à maximiser la compréhension des consignes. Malgré ces précautions, quatre d'entre elles semblent avoir mal compris l'utilisation de l'échelle visuelle analogique et ont dû recommencer l'étude au bout de deux semaines. Il aurait donc été nécessaire de proposer à chaque participante un essai d'une semaine afin d'éviter toute incompréhension à cet égard et de leur permettre une plus grande familiarisation à l'instrument (Shiffman, 2007).

Le carnet de suivi, facile à administrer et relativement peu contraignant pour les participantes, a été utilisé comme stratégie de couverture rétrospective selon la méthode EEI en privilégiant un échantillonnage basé sur le temps à intervalle régulier (i.e. tous les soirs entre 19h00-22h00). En effet, le fait de demander aux adolescentes et aux jeunes femmes « les événements qui les ont marquées » a permis de couvrir tous les moments de la journée entre les intervalles des mesures quantitatives (Shiffman, 2007). Toutefois, deux limites apparaissent. D'une part, cet intitulé général ne permet pas de cibler les symptômes anorexiques comportementaux, comme par exemple la crise de boulimie, afin d'associer avec exactitude les données quantitatives obtenues à l'échelle visuelle analogique aux données qualitatives des commentaires écrits. Par exemple, la zone de commentaire aurait pu être scindée en deux volets : un identique à la présente étude et un autre correspondant aux causes de certains symptômes anorexiques (e.g. « quelles sont les raisons qui vous ont poussée à faire une crise de boulimie, aujourd'hui »). D'autre part, les carnets de suivi dépendent d'un biais de rappel c'est-à-dire d'une mémoire sélective en faveur des

événements positifs. Dans ce cas précis, seules les procédures d'EEI privilégiant l'échantillonnage basé sur l'événement permettrait de remédier à cette limite. Par exemple, les patientes anorexiques auraient pu indiquer leur ressenti au moment où elles avaient vécu leur symptôme comme la crise de boulimie ou le jeûne. Par ailleurs, si les caractéristiques de perfectionnisme et de compulsion inhérentes à l'anorexie mentale suggèrent que les patientes anorexiques ont complété les carnets de suivi à l'intervalle de temps indiqué, aucune preuve objective ne permet de vérifier le moment de réponse comme dans le cas d'ordinateurs portables. De même, si les carnets de suivi ont été ramassés toutes les deux à cinq semaines et si de nombreuses redites apparaissent dans les commentaires écrits d'un jour à l'autre, rien ne prouve que les participantes n'ont pas lu leurs commentaires écrits la veille. Cette relecture aurait pu contribuer à influencer les réponses suivantes. De futures études pourraient notamment recourir à des agendas électroniques pour remédier à ce dernier point.

De plus, même si les patientes anorexiques dont le diagnostic avait été prononcé au plus tard quatre ans auparavant, ont été incluses selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 2000), les phases d'évolution de l'anorexie mentale ont divergé d'une patiente à l'autre. Le fonctionnement du concept de soi suggère que certaines patientes anorexiques sont encore dans le déni alors que d'autres tentent de se rétablir. Au-delà des critères du DSM-IV (APA, 2000), il semble que la phase dans laquelle se trouve la patiente anorexique participe au fonctionnement du concept de soi. Au regard des données cliniques relatives aux trois phases typiques de l'anorexie mentale (Lasègue, 1873, Brusset, 1998), il aurait été intéressant de confirmer ces résultats en constituant des groupes de patientes anorexiques à partir du diagnostic de l'anorexie mentale et du niveau du concept de soi (élevé ou faible, par exemple) afin de comparer la dynamique de leur concept de soi à celle des symptômes anorexiques. Cette comparaison aurait permis de préciser les profils des patientes anorexiques mis en évidence dans cette thèse et d'en identifier de nouveaux.

Les résultats des cinq premières hypothèses révèlent que des dimensions du concept de soi présentent un caractère interrelié et prédisent le score total de

l'EDI-A-24 (i.e. estime globale de soi, valeur physique perçue, apparence physique perçue). D'autres dimensions du concept de soi (e.g. le soi social lié à la famille autre que les parents, le soi social lié aux parents) apparaissent généralement non-significatives. Or aucune analyse de médiation ou de modération voire de systèmes de régression (*path analysis*) permettant de clarifier les effets observés, n'a été menée. Il s'agit là d'une piste de recherche pour les études futures, notamment en ce qui concerne l'effet du soi social suggéré par les analyses qualitatives.

Une autre spécificité de cette étude, inhérente aux études idiographiques, réside dans l'utilisation d'instruments psychométriques courts. Ces instruments utilisent généralement un seul item pour chaque dimension identifiée dans l'instrument original. Toutefois, concernant l'ISP-6b et EDI-C, bien qu'ils soient validés spécialement pour capturer avec précision les fluctuations quotidiennes relatives aux états psychologiques et qu'ils fonctionnent bien selon ces conditions, leurs propriétés purement psychométriques restent fragiles au regard de leur consistance interne liée au nombre d'items. Concernant le soi social, une validation complète n'a pas été menée et serait nécessaire dans de futures études. Les qualités psychométriques de ces tests ainsi que le contrôle de l'erreur de mesure pourraient être davantage examinés dans de futures études.

En définitive, l'application de la méthode d'EEI aux TCA met en évidence un certain nombre d'avantages et d'inconvénients. Les mesures idiographiques auto-rapportées, en temps réel et en milieu naturel permettent : a) de remédier aux biais rétrospectifs caractéristiques des entretiens cliniques tels que l'*Eating Disorders Examination* ou l'entretien neuropsychiatrique international (MINI, Lecrubier *et al.*, 1998), b) de saisir, au-delà du niveau, l'instabilité de chaque symptôme des TCA, c) d'explorer la relation dynamique entre les symptômes qui interagissent au cours du temps, d) d'augmenter la validité écologique des symptômes, e), d'obtenir un nombre élevé de mesures par participant, f) d'utiliser des analyses sophistiquées pour préciser l'ordre temporel d'apparition des symptômes, et g) de participer à l'amélioration de l'efficacité des thérapies des TCA. Même si la méthode d'EEI permet de remédier aux limites des études

transversales et rétrospectives, elle présente néanmoins certains inconvénients tels que a) le coût humain et/ou financier de la méthode (i.e. entraînement des patientes à l'utilisation du support électronique, apprentissage de la programmation par l'expérimentateur d'un support technique continu et achat d'ordinateur de poche ou agenda électronique), b) le nombre limité de questions posées et la sensibilité des réponses, c) les biais liés aux mesures auto-rapportées (i.e. surévaluation ou sous-évaluation intentionnelle ou pas), d) le caractère intrusif et contraignant de la méthode malgré un taux d'abandon et un nombre de données manquantes faibles, e) les échantillons restreints utilisés, et f) la réactivité de la méthode. Toutefois, l'ensemble des limites théoriques, méthodologiques et psychométriques qui ont été évoquées précédemment révèle la nécessité de développer les méthodes EEI dans le domaine des TCA afin de mieux comprendre le processus évolutif de cette psychopathologie et d'offrir de nouvelles applications thérapeutiques.

3. PERTINENCE SOCIALE ET SOCIÉTALE DE LA THÈSE

La visée initiale de cette thèse était d'alimenter le développement d'interventions thérapeutiques ou préventives de l'anorexie mentale plus efficaces. En effet, la succession des hypothèses qui ont été discutées révèle que l'apparence physique perçue et le soi social lié aux ami(e)s sont des prédicteurs significatifs du score total de l'EDI-A-24 et de l'IMC indépendamment de l'appartenance au groupe contrôle ou clinique. De plus, le fonctionnement de ces dimensions du concept de soi des adolescentes en général et les évolutions des symptômes anorexiques obtenues à la fin des 140 jours consécutifs attestent une fois de plus que l'anorexie mentale est une psychopathologie difficile à prévenir, fastidieuse, relativement longue et par conséquent extrêmement coûteuse à traiter (Société Canadienne de Psychiatrie, 1998; Varnado-Sullivan & Zucker, 2004). Il est donc nécessaire de mettre en lumière des recommandations liées aux programmes de prévention et de thérapie de l'anorexie mentale qui émergent des présents résultats.

3.1. Intervention préventive

Parce que moins d'un tiers des individus souffrant de TCA reçoit des traitements (Johnson *et al.*, 2002) et que les taux de rémission de l'anorexie mentale ne sont que de 40 % à 60 % (Agras *et al.*, 2000; Wilfley *et al.*, 2002), beaucoup d'efforts ont été fournis ces dernières années en vue de développer des programmes de prévention primaire de l'anorexie mentale (Stice, 2004). En fait, trois générations de programmes de prévention de l'anorexie mentale ont pu être identifiées (Expertise Collective INSERM, 2002).

La première génération de programmes de prévention de l'anorexie mentale fournissait un matériel psychoéducatif et didactique au sujet de l'anorexie mentale (i.e. informations sur la nutrition, effets négatifs des restrictions alimentaires et des comportements boulimiques) (cf. méta-analyse de Stice & Shaw, 2004). Ces programmes de prévention devaient être universels, c'est-à-dire orientés vers tous les adolescents pour en influencer le plus grand nombre possible. Ces interventions étaient implicitement basées sur la supposition que les effets négatifs de l'anorexie mentale provenaient de comportements alimentaires inadaptés, qu'il était essentiel de communiquer (i.e. dénutrition, perte de cheveux et des dents, ostéoporose, etc.). La seconde génération de programmes de prévention de l'anorexie mentale proposait des interventions également universelles et didactiques mais orientées sur l'importance de résister à la pression socioculturelle de la minceur et de recourir à des comportements de contrôle du poids excessifs (cf. méta-analyse de Stice et Shaw, 2004). Ces interventions étaient implicitement basées sur l'hypothèse que les standards socioculturels de minceur jouaient un rôle clé dans l'étiologie de l'anorexie mentale et que les adolescent(e)s utilisaient des régimes draconiens et des comportements compensatoires pour contrôler leur poids afin de correspondre à ces standards. Ces standards ont été notamment évoqués dans cette thèse afin de justifier la relation curvilinéaire en « U » inversé entre le soi social lié aux ami(e)s et l'IMC chez les adolescentes sans TCA (i.e. dixième chapitre). Ces programmes de prévention didactiques et universels se sont avérés significativement et/ou statistiquement inefficaces voire même contreproductifs ou néfastes pour la santé

des adolescents dans certains cas. Par exemple, Smolak *et al.*, (1998a) notent que les comportements alimentaires des adolescentes dites à risque demeuraient inchangés à l'issue de leur participation à ce type de programmes. De plus, certaines études s'accordent également à dire que les programmes visant à renseigner sur les dangers des restrictions alimentaires et/ou des comportements compensatoires, avaient plutôt suscité une fascination face à ces pratiques chez certaines adolescentes et démontraient par conséquent un effet contreproductif et délétère (Carter *et al.*, 1997; Piran, 1997). Comme le note l'Expertise Collective INSERM (2002), les limites de cette approche sont surtout liées au fait qu'elle omet de prendre en considération l'histoire individuelle des participants, ce qui serait cohérent avec les principes de multifinalité et d'équifinalité de la psychopathologie développementale.

Au regard de l'inefficacité des programmes de prévention de la première et seconde génération, une troisième génération de programmes de prévention de l'anorexie mentale a tenté d'intégrer des interventions plus spécifiques (vs universelles) ciblant plus particulièrement les adolescent(e)s à risque et recourant à des exercices plus interactifs (Huon *et al.*, 1998). En effet, le contenu de ces exercices vise surtout les facteurs de risque psychosociaux prédisant le développement de l'anorexie mentale et tout particulièrement les troubles de l'image du corps (Stice & Shaw, 2004). Au regard des 44 études considérées dans la méta analyse de Stice et Shaw (2004), l'auteur recommande que les programmes de prévention de l'anorexie mentale : a) visent un public spécifique à risque (vs universels), b) reposent sur des interventions interactives (vs didactiques), c) comprennent des sessions multiples (vs une seule session), d) soient évalués de manière empirique à l'aide de mesures psychométriques valides et d'un groupe contrôle (vs données non empiriques non contrôlées), e) s'inspirent des principes de la psychologie positive, f) se centrent sur les troubles de l'image du corps comme facteur de risque prépondérant de l'anorexie mentale, en considérant l'effet du programme sur les différentes composantes de l'image du corps et g) intègrent des interventions pour le corps et par le corps comme les activités physiques adaptées. Il est également essentiel de mener ce type de programmes de prévention en milieu naturel (i.e. établissements scolaires,

fédérations sportives, écoles de mannequinât, etc.) avec l'aide d'intervenants dits « internes » au milieu afin de vérifier si les interventions inhérentes à ce type de programme de prévention montrent une efficacité statistiquement significative. Une étude récente illustre d'ailleurs bien ces recommandations et l'intérêt de combiner plusieurs orientations dans le programme de prévention (Scime *et al.*, 2006), malgré le fait que cette étude ait omis d'intégrer un groupe de contrôle. Le programme évalué par Scime *et al.*, (2006) intègre en effet des exercices interactifs (i.e. séminaires de discussions), un projet constructiviste (i.e. le *Girls'Group Magazine*), une orientation inspirée de la psychologie positive et centrée sur des facteurs de protection tels que le soi social lié aux ami(e)s et des activités physiques (i.e. Yoga et relaxation). Dix sessions hebdomadaires durant dix semaines consécutives étaient proposées à 45 élèves filles de 10 à 11 ans constituées en trois groupes de 15. Les résultats obtenus d'ailleurs montrent une diminution statistiquement significative de l'insatisfaction corporelle, des conduites de minceur et de l'influence des médias sur ces conduites de minceur.

L'ensemble des résultats de cette thèse fait écho au contenu et aux recommandations de ces programmes de prévention de troisième génération à la fois parce que l'apparence physique perçue, prédicteur dominant des symptômes anorexiques, est une composante de l'image du corps et que les perturbations associées à cette dimension du concept de soi apparaissent généralement chez des adolescentes à un âge correspondant à la période d'émergence de l'anorexie mentale. De plus, cette thèse, montre la nécessité de centrer les interventions préventives non seulement sur l'apparence physique perçue mais également sur d'autres dimensions du concept de soi comme l'estime globale de soi et surtout le soi social lié aux ami(e)s. Plus précisément, la distinction entre le patron de prédiction du score de l'EDI-A-24 et celui de l'IMC implique que les interventions visant l'amélioration de l'estime globale de soi diminueraient les symptômes anorexiques psychologiques et comportementaux alors que l'amélioration du soi social lié aux ami(e)s viserait l'augmentation du poids. Au regard de la relation curvilinéaire entre ces deux dernières variables, il convient également de préciser que le programme de prévention doit s'échelonner au travers de sessions multiples et répétées dans le temps afin d'éviter toute

amélioration brutale du concept de soi qui à un certain seuil participerait paradoxalement à une baisse du poids, soulignant ainsi l'importance d'intégrer à ces programmes une composante portant sur les standards sociaux de beauté. Concrètement, les résultats de cette thèse impliquent la nécessité de proposer des interventions pour et par le corps au travers d'activités intégrant des pairs afin d'améliorer l'apparence physique perçue, l'estime globale de soi et le soi social lié aux ami(e)s (cf. Scime *et al.*, 2006; Stice & Shaw, 2004). Par exemple, dans l'étude de Scime *et al.* (2006), les auteurs montrent déjà une amélioration significative de l'image du corps après 45 minutes de Yoga (i.e. intensité modérée) une fois par semaine durant dix semaines consécutives. Sjöström, Oja, Hagströmer, Smith & Bauman (2006) recommandent trente min d'activité physique, cinq fois par semaine à intensité modérée ou vingt min d'activité physique, cinq fois par semaine à intensité soutenue permettrait à tout individu de maintenir une santé physique et mentale au travers. En tenant compte de la fréquence, de la durée et de l'intensité recommandées, il est possible de proposer un programme de prévention et d'éducation aux TCA au travers d'activités physiques centrées sur le corps comme la natation synchronisée, la danse (sous toutes ces formes), le taïchi, etc.

3.2. Intervention thérapeutique

Au regard de la complexité inhérente au traitement de l'anorexie mentale, différents types de psychothérapies se sont succédés au cours du temps (même si elles sont encore toutes utilisées) en cherchant à augmenter le taux de rémission des patientes anorexiques tout en diminuant le temps d'hospitalisation (Striegel-Moore *et al.*, 2000). Les écrits scientifiques décrivent trois principales approches thérapeutiques : psychanalytique, familiale et cognitivo-comportementale. Après avoir défini chacune de ces approches, leur degré d'adéquation avec les résultats de cette thèse sera présentés.

Depuis l'apparition de l'anorexie mentale dans la nosographie psychiatrique (Lasègue, 1873) jusqu'à nos jours, les psychothérapies d'approche psychanalytique (i.e. psychodynamique) ont dominé la pratique de l'intervention auprès de patientes anorexiques, particulièrement en France (Expertise Collective

INSERM, 2004). La psychanalyse peut être définie comme : a) une méthode d'investigation visant la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet (e.g. rêves, fantasmes, délires) ; b) une approche psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir, et c) une forme d'intervention s'appuyant sur un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement (Laplanche et Pontalis, 1973). Il est intéressant de noter que si la psychanalyse et la psychodynamique sont basées sur le travail du transfert, la psychanalyse fait appel à des techniques plus strictes. Suivant les normes formelles françaises, une psychanalyse, ou psychothérapie psychodynamique, nécessite un nombre de séances au moins égal à trois par semaine, d'une durée de 30 à 45 minutes, au cours desquelles le patient demeure allongé (Widlöcher et Abel Prot, 1996). Une telle psychothérapie s'étend fréquemment sur plusieurs années (Widlöcher et Abel Prot, 1996). Cette approche présente cependant peu de liens logiques avec les résultats de la présente thèse. En effet, la psychanalyse ne se centre ni sur l'apparence physique (même si elle peut l'aborder) ni n'inclut régulièrement les ami(e)s et la famille lors des interventions. Les seules observations de cette thèse qui font écho à cette approche psychothérapeutique concernent les profils émergeant de l'instabilité et de la dynamique du concept de soi (cf. onzième chapitre), impliquant la nécessité d'une intervention plutôt individualisée centrée sur l'histoire passée et actuelle de la patiente anorexique, et montrant dans certains cas une centration narcissique rigide sur soi qui demande à être explorée et remise en perspective.

La psychothérapie d'approche familiale se révèle être toute forme de consultation ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie d'une ou de plusieurs personne(s) en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune (Cook-Darzen, 2002). L'effet de ce type de consultation est appréhendé comme bénéfique sur les symptômes, la souffrance, les problèmes et les relations et ces effets bénéfiques peuvent être à la fois le fait des personnes qui consultent, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage

thérapeutique élargi et du milieu de vie des personnes qui consultent. Par vocation, les thérapies familiales reposent sur des principes multidisciplinaires et interdisciplinaires. Elles sont ainsi nourries de nombreux apports: psychodynamique, biologique, éthologique, anthropologique, comportemental, cognitif et systémique. Elles relient les champs de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, de la justice, de l'éducation et du travail social. La diversité des orientations théoriques, des modalités d'exercice et des styles thérapeutiques est à la mesure de l'extrême variété de contextes dans lesquels elles se réalisent, et des singularités personnelles et relationnelles qu'elles cherchent à appréhender.

Les résultats relatifs à la prédiction du soi social et plus particulièrement du soi social lié aux ami(e)s et aux parents (cf. dixième et onzième chapitres) et aux événements sociaux positifs chez les cas cliniques dont les symptômes anorexiques se sont améliorés (cf. douzième chapitre) impliquent logiquement l'intégration des pairs et des parents de la patiente anorexique en cours d'interventions (Cook-Darzens, 2002). Par exemple, les « réseaux d'amies » développés et implantés au Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke (Québec) en sont une application directe. Plus concrètement, ce programme met en jeu des rencontres entre la patiente anorexique, deux ou trois ami(e)s de son choix et l'intervenant-thérapeute, organisés autour de thématiques variées et prenant place à des fréquences variant d'une patiente à l'autre.

Enfin, les thérapies comportementales et cognitives ou thérapies cognitivo-comportementales (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies sont fondées sur les théories de l'apprentissage (i.e. conditionnement classique et opérant, théorie de l'apprentissage social, etc.) et sur les théories cognitives du fonctionnement psychologique (i.e. modèle du traitement de l'information, distorsions cognitives, etc.). Actuellement, en France, la TCC représente un courant majeur de psychothérapie qui doit beaucoup aux développements récents des études contrôlées randomisées et des méta-analyses. Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapies individuelles, de groupes, de couples ou de la famille (i.e. psychoéducation et résolution de problèmes). Les séances, d'une durée de 30 à 60

minutes, sont limitées en nombre (i.e. 10 à 25 séances hebdomadaires). Parmi les différentes approches psychothérapeutiques de l'anorexie mentale précitées, la TCC est une approche thérapeutique de plus en plus utilisée actuellement pour traiter directement les troubles de l'image du corps auprès de populations anorexiques ainsi que la plus courte et la moins coûteuse (Expertise Collective INSERM, 2004; Farrell *et al.*, 2006; Probst, 1997).

Cette approche cognitivo-comportementale semble particulièrement liée aux résultats relatifs à l'apparence physique perçue obtenus dans cette thèse (Monthuy-Blanc *et al.*, 2008). En effet, les techniques de la TCC permettent de réduire le dysfonctionnement des composantes relatives aux distorsions cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles caractérisant l'image du corps des patientes anorexiques (Farrell *et al.*, 2006; Probst, 1997). Plus concrètement, au regard des modèles théoriques du concept de soi et du soi physique (Fox & corbin, 1989; Shavelson *et al.*, 1976) et de l'influence de l'activité physique sur les dimensions du concept de soi (Boyd et Yin, 1996), de plus en plus d'études récentes montrent l'intérêt d'inclure certaines activités physiques adaptées ou exercices (i.e. tai-chi, yoga, ergocycle, travail de résistance) aux programmes d'intervention chez des patientes anorexiques (cf. Davies, Parekh, Etelapaa, Wood & Jaffa, 2008; Hausenblas, Cook & Chittester, 2008; Hechler, Beumont, Marks & Touyz, 2005). Ces auteurs concluent que la pratique d'une activité physique adaptée et surveillée a) évite la pratique d'exercices physiques intensifs libres (e.g. abdominaux, course d'endurance, etc.), b) permet une réappropriation du corps, c) encourage une acceptation du poids en augmentant la masse musculaire (vs adipeuse) et améliore le concept de soi. Toutefois, le fait qu'une intervention centrée uniquement sur l'amélioration de l'apparence physique perçue puisse maintenir voir aggraver l'anorexie mentale dans certains cas (cf. dixième chapitre) implique un travail de déconditionnement préalable (fondement de la TCC). De plus, les relations négatives entre l'insatisfaction corporelle et l'apparence physique perçue observée chez certaines patientes anorexiques (cf. douzième chapitre) suggèrent de mener un travail de TCC en ciblant séparément chaque composante de l'image du corps afin de mieux les différencier. A ce propos, les TCC se sont inspirées de deux principales

méthodes de mesure des troubles de l'image du corps (Cash, 1997): (a) les procédures d'estimation des dimensions corporelles (i.e. estimation de la largeur et/ ou de l'épaisseur de certaines parties du corps) et (b) les techniques d'ajustement de l'image du corps (i.e. estimation de la forme corporelle globale par les technologies du miroir ou de la vidéo distorsion). Cette combinaison vise plus spécifiquement à corriger la surestimation des dimensions corporelles (Farrell *et al.*, 2006). Par exemple, la thèse de Probst (1997) étudie spécifiquement les composantes cognitives, optatives (i.e. désirée) et affectives de l'image du corps (dites « expérience corporelle ») auprès de patientes anorexiques à l'aide d'une méthode de vidéo-distorsion sur un écran à taille réelle. Les résultats de cette étude montrent que les troubles de l'image du corps des patientes anorexiques ne concernent que les composantes optatives (renvoyant au concept d'insatisfaction corporelle) et affectives de l'image du corps (renvoyant au concept d'apparence physique perçue).

En définitive, si l'ensemble des approches psychothérapeutiques indique les bénéfices pour la patiente anorexique au regard de l'ensemble des résultats de cette thèse, la TCC semble être particulièrement à privilégier pour répondre de manière concrète à l'ensemble des résultats de cette thèse et plus précisément ceux concernant l'apparence physique perçue. De plus, il convient de noter que la TCC est la seule qui évoque la nécessité de proposer des interventions par le corps et pour le corps sans toutefois évoquer ni mesurer l'effet d'activités physiques adaptées sur les symptômes anorexiques.

3.3. Positionnement de la thèse dans la double thématique co-doctorale

La spécificité de cette thèse est qu'elle s'inscrit dans un double doctorat franco-qubécois - issu de la faculté des Sciences du sport de l'Université de Montpellier I et la faculté d'Éducation de l'Université de Sherbrooke - dont les thématiques sont respectivement la place du corps en mouvement dans les sciences et l'interrelation entre la recherche, la formation et la pratique. Concernant la thématique de la faculté des Sciences du sport, les retombées pratiques de cette étude de recherche mettent en lumière l'importance de considérer le corps et plus précisément l'apparence physique perçue dans

l'évolution des symptômes anorexiques et ce particulièrement chez les adolescentes au travers d'interventions mettant en jeu l'apparence physique perçue. De plus, les implications directes de cette thèse en lien avec certaines études récentes montrent la nécessité d'inclure l'activité physique adaptée dans les interventions préventives et thérapeutiques. Concernant la thématique de la faculté d'Éducation, les présents résultats scientifiques offrent une contribution pratique à la prédiction de l'évolution des symptômes anorexiques. En effet, plusieurs de ces retombées pourront mener à une amélioration de l'intervention préventive et thérapeutique auprès des adolescentes anorexiques comme discuté précédemment. A ce propos, deux présentations ont permis de communiquer les résultats de cette thèse à des (pédo)psychiatres, endocrinologues et personnels soignants en général. Par conséquent, cette thèse s'inscrit dans l'axe recherche-pratique spécifique de la faculté d'Éducation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham, S. (1996a). Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology*, 29, 223–229.
- Abraham, S. (1996b). Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology*, 29, 218–222.
- Achenbach, T.M. (1990). What is « developmental » about developmental psychopathology? In Rolf, J., Masten, A.S., Nuechterlein, K. & Weintraub, S. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 29-48). New York, NY: Cambridge University Press.
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P., Abeles, M., Hall, C., Karoly, P., & Newton, C. (1998). Fibromyalgia and women's pursuit of personal goals: A daily process analysis. *Health Psychology*, 17, 40-47.
- Agras, W.S. (1995). The big picture. In D.B. Allison (Eds.), *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems: Measures, Theory, and Research* (pp. 602-612). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behaviour treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302–1308.
- Altshuler, K.Z., & Weiner, M.F. (1985). Anorexia and depression: A dissenting view. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 328-332.
- Alvin, P. (2001). *Anorexie et boulimie à l'adolescence*. Rueil-Malmaison, FR : Doin.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Developing adolescents: A reference for professional*. American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2006). *Treatment of patients with eating disorders, third edition*. American Psychiatric Association.
- Ametller, L., Castro, J., Serrano, E., Martinez, E., & Toro, J. (2005). Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: Prediction of hospital admission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 394-400.
- Andersen, A.E., Bowers, W.A., & Watson, T. (2001). A slimming program for eating disorders not otherwise specified: Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 271–280.
- Andreasen, N.C., Rice, J., Endicott, J., Reich, T., & Coryell, W. (1986). The family history approach to diagnosis: How useful is it? *Archives of General Psychiatry*, 43, 421-429.
- Archibald, A.B., Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. (1999). Associations among parent-adolescent relationships, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 395–416.

- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American psychologist*, 54, 317-326.
- Asher, S.R., & Coie, J.D. (1990). *Peer rejection in childhood*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- Bachner-Melman, R., Zohar, A.H., & Ebstein, R.P. (2006). An examination of cognitive versus behavioral components of recovery from anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 697-703.
- Bagwell, C.L., Newcomb, A.F., & Bukowski, W.M. (1998). Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child Development*, 69, 140-153.
- Bakan, R., Birmingham, C.L., & Goldner, E.M. (1991). Chronicity in anorexia nervosa: Pregnancy and birth complications as a risk factor. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 631-645.
- Baran, S.A., Weltzin, T.E., & Kaye, W.H. (1995). Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1070-1072.
- Bariaud, F., & Bourcet, C. (1994). Le sentiment de la valeur de soi à l'adolescence. *Orientation Scolaire et Professionnelle*, 23, 271-290.
- Basseches, H.I., & Karp, S.A. (1984). Field dependence in young anorectic and obese women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41, 33-37.
- Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T., & Haye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Baumeister, R.F. (1999). The nature and structure of the self: An overview. In R.F. Baumeister, *The self in social psychology* (pp. 1-20). Philadelphia, PA: Taylor and Francis.
- Beals, K. (2004). *Disordered eating among athletes. A comprehensive guide for health professionals*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bean, P., Loomis, C., Timmel, P., Hallinan, P., Moore, S., Mammel, J., & Weltzin, T. (2004). Outcome variables for anorexic males and females one year after discharge from residential treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 23, 83-94.
- Bebbington, P.E., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrell, M., & Meltzer, H. (1998). The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: Report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychological Medicine*, 28, 9-19.
- Beck, J.C., & Brochner-Mortensen, K. (1954). Observations on the prognosis in anorexia nervosa. *Acta Medica Scandinavia*, 149, 409-430.
- Bellodi, L., Cavallini, M.C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, C., Smeraldi, E. (2001). Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 563-569.
- Benninghoven, D., Jürgens, E., Mohr, A., Heberlein, I., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2006). Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment. *European Eating Disorders Review*, 14, 88-96.

- Benton-Hardy, L.R., & Lock, J. (1998). Pregnancy and early parenthood: Factors in the development of anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 24, 223-226.
- Ben-Tovim, D.I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet*, 357, 1254-1257.
- Beresin, E.V., Gordon, C., & Herzog, D.B. (1989). The process of recovering from anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, 103-130.
- Bers, S.A. (1987). The self in anorexia nervosa. Unpublished doctoral dissertation, Yale University, New Haven, CT.
- Bers, S.A., & Quinlan, D.M. (1992). Perceived-Competence Deficit in Anorexia Nervosa *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 423-431.
- Biderman, A., Yeheskel, A., & Herman, J. (2005). The biopsychosocial model—have we made any progress since 1977? *Families Systems & Health*, 23, 379-386.
- Bishop, J.A., & Inderbitzen, H.M. (1995). Peer acceptance and friendship: An investigation of their relationship to self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 15, 476-489.
- Bizeul, C., Brun, J.M., Poupard, T., & Rigaud, D. (2001). Anorexie mentale : valeur pronostique du score initial au questionnaire « eating disorder inventory ». *Cahier de Nutrition et de Diététique*, 6, 426-430.
- Blank, S., & Latzer, Y. (2004). The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative approach to etiology and treatment? *The American Journal of Family Therapy*, 32, 43-54.
- Bloks, J., van Furth, E., & Hoek, H. (1999). *Behandelingsstrategieën bij anorexia nervosa (Treatment strategies of anorexia nervosa)*. Houten/Diegem, DE: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bochereau, D., Clervoy, P., Corcos, M., & Girardon, N. (1999). Troubles des conduites alimentaires. L'anorexie mentale de l'adolescence. *Presse Médicale*, 28, 89-99.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Bolger, N., Laurenceau, J-P. (2005). Using diary methods to study marital and family processes. *Journal of Family Psychology*, 19, 86-97.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J.D., & Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Box, G.E., & Jenkins, G.M. (1976). *Time series analysis: Forecasting and control*. Oakland, MI: Holden-Day.
- Boyd, M.P., & Yin, Z. (1996). Cognitive-affective sources of sport enjoyment in adolescent sports participants. *Adolescence*, 31, 383-395.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Brewerton, T.D., & Jimerson, D.C. (1996). Studies of serotonin function in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62, 31-42.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London, UK: Tavistock.
- Brown, J. D. (1998). *The Self*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Brown, J.D., Dutton, K.A., & Cook, K.A. (2001). From the top down: self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15, 615-631.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 556-556.
- Brownell, K.D. (1995). Eating disorders in athletes. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 191-196). New York, NY: Guilford Press.
- Brownell, K.D., & Fairburn, C.G. (1995). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York, NY: Guilford Press.
- Bruch, H. (1961). Conceptual confusion in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 187-194.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 46-54.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York, NY : Basic Books.
- Bruch, H. (1974). Hunger awareness and individuation. In Bruch, H. (Eds.), *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within* (pp. 51-74). London, UK: Routledge & Kegan Paul.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. New York, NY: Vintage Books.
- Bruch, H. (1982). Psychotherapy in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3-14.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (2003). *Introduction à la psychologie de la santé* (4^{ème} édition). Paris, FR: Presse Universitaire de France.
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris, FR: Dunod.
- Bryant-Waugh, R., Knibbs, J., Fosson, A., Kaminski, Z., & Lask, B. (1988). Long-term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 63, 5-9.
- Brytek-Matera, A. (2007). Anorexia nervosa among French adolescent females in relation to self-esteem, coping strategies, anger expression and anger control. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 53-57.
- Buckworth, J., & Dishman, R.K. (2002). *Exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bulik, C., Reba, L., Siega-Riz, A., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal Eating Disorders*, 37, Suppl: S2-9; discussion S20-21.
- Bulik, C.M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 201-218.
- Bulik, C.M. (2005). Exploring the gene - environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 30, 335-339.

- Bulik, C.M., Sullivan, P., Wade, T., & Kendler, K. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 1-20.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervosa and Mental Disease, 185*, 704-707.
- Burke, P.A., Kraut, R.E., & Dworkin, R.H. (1984). Traits, consistency, and self-schemata: What do our methods measure. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 568-579.
- Butler, A.C., Hokason, J.E., & Flynn, H.A. (1994). A comparison of self-esteem liability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 166-177.
- Button, E.J., & Warren, R.L. (2002). Self-image in anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review, 10*, 399-412.
- Button, E.J., & Whitehouse, A. (1981). A subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 11*, 509-516.
- Byerly, M., Fisher, R., Whatley, K., Holland, R., Varghese, F., Carmody, T., Magouirk, B., & Rush, A.J. (2005). A comparison of electronic monitoring vs clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 133*, 129-133.
- Callahan, S., Rousseau, A., Knotter, A., Bru, V., Danel, M., Cueto, C., Levasseur, M., Cuvelliez, F., Pignol, L., O'holloran, M.S., & Chabrol, H. (2003). Les troubles alimentaires : présentation d'un outil diagnostique et résultant d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *L'Encéphale, 1*, 239-247.
- Calogero, R.M., Davis, W.N., & Thompson, J.K. (2005). The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders, *Sex Roles, 52*, 43-50.
- Campbell, J.D. (1999). Self-esteem and clarity of the self-concept. In R.F. Baumeister, *The self in social psychology* (pp. 223-239). Philadelphia, PA: Taylor and Francis.
- Cantwell, D.P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, B., & Green, J.K. (1977). Anorexia nervosa: An affective disorder? *Archives of General Psychiatry, 34*, 1087-1093.
- Carlson, C., Uppal, S., & Prosser, E.C. (2002). Ethnic differences in processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence, 20*, 44-68.
- Carney, M.A., Tennen, H., Affleck, G., Del Boca, F.K., & Kranzler, H.R. (1998). Levels and patterns of alcohol consumption using timeline follow-back, daily diaries and real-time « electronic interviews. » *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 59*, 447-54.
- Carter, B.L., Day, S.X., Cinciripini, P.M., & Wetter, D.W. (2007). Momentary health interventions: Where are we and where are we going? In A.A. Stone, S. Shiffman, A. Atienza, & L. Nebeling, (Eds.), *The Science of Real-Time Data Capture: Self-Reports in Health Research* (pp. 27-53). New York, NY: Oxford University Press.
- Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., & Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders, 22*, 167-172.

- Carter, J.C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34, 671-679.
- Cash, T., & Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T.E., & Green, G.K. (1986). Body weight and body image among college women: Perception, cognition, and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50, 290-301.
- Cash, T.F. (1997). *The body image workbook*. Oakland, MI: New Harbinger Publications.
- Cash, T.F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York, NY: Guilford Press.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body image: Development, deviation and change*. New York, NY: Guilford.
- Cash, T.F., Melnyk, S.E., & Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.
- Casper, R.C. & Jabine, L.N. (1996). An eight-year follow-up: Outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 499-517.
- Casper, R.C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8, 96-104.
- Casper, R.C., & Offer, D. (1990). Weight dieting concerns in adolescents, fashion or symptom? *Pediatrics*, 86, 386-390.
- Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodriguez, S., & Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 22-30.
- Castro, J., Toro, J., & Cruz, M. (2000). Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 61-67.
- Castro-Fornieles, J., Casula, V., Saura, B., Martinez, E., Lazaro, L., Vila, M., Plana, M., & Toro, J. (2007). Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 129-135.
- Cattell, R.B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (1996). Interactive effects of menarcheal status and dating on dieting and disordered eating among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 32, 631-35.
- Cavallini, M.C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, S., & Bellodi, L. (2000). Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 384-391.
- Cheek, J.M., & Hogan, R. (1983). Self-concept, self presentation, and moral judgement. In J. Suls and A.G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (vol. 2, pp. 9-73). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Chevillon, G. (2004). *Pratique des séries temporelles*. Oxford, UK: Observatoire Français des Conjonctures Economiques.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., & Weintraub, S. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 2-28). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Clausen, L. (2008). Time to remission for eating disorder patients: A 2½-year follow-up study of outcome and predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 151-159.
- Cnattingius, S., Hultman, C.M., Dahl, M., & Spare 'n, P. (1999). Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 634-638.
- Cohler, B.J. (1982). Personal narrative and life course. In P.B. Baltes and O.G. Brim, Jr. (Eds.), *Life span development and behavior* (vol. 4, pp. 205-241). New York, NY: Academic Press.
- Cole, P.M., & Putman, F.W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 174-184.
- Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., & Jackson, A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335, 194-194.
- Coleman, J.C., & Hendry, L.B. (1999). *The nature of adolescence* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Collège Royal des Psychiatres. (2004). *Nutritional management of severe anorexia nervosa. Report of the eating disorders special interest group*. London (UK): College Royal des Psychiatres.
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316.
- Commerford, M.C., Licinio, J., & Halmi, K.A. (1997). Guidelines for discharging eating disorder patients. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 5, 69-74.
- Conger, R.D., & Chao, W. (1996). Adolescent depressed mood. In R. L. Simons (Ed.), *Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction, and child outcome*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Connan, F., Lightman, S.L., Campbell, I.C., Katzman, M., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79, 13-24.
- Connors, M.E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1-11.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée*. Paris, FR: Dunod.

- Cooley, C. (1902). The social self: On the meanings of « I ». In C. Gordon and K.J. Gergen (Eds.), *The self in social interaction: Classic and contemporary perspectives* (pp. 87-91). New York, NY: Wiley.
- Cooley, E., & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorders symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Cooper, P.J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K. D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 159-164). New York, NY: Guilford Press.
- Cooper, Z., Cooper, P.T., & Fairburn, C.G. (1985). The specificity of the Eating Disorder Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 129-130.
- Coopersmith, S. (1959). A Method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- Coopersmith, S. (1984). *Inventaire d'estime de soi*. Paris, FR: Centre de Psychologie Appliquée.
- Corcos, M. (2005). *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris, FR: Dunod
- Cottraux, J. (2004). *Les thérapies cognitivo-comportementales et cognitives*. Paris, FR: Masson.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 550-555.
- Craven, R., & Marsh, H.W. (2008). The centrality of the self-concept construct for psychological well being and unlocking human potential: Implications for child and educational psychologists. *Educational & Child Psychology*, 25, 104-118.
- Criquillon-Doublet, S., Divac, S., Dardennes, R., & Guelfi, J.D. (1995). Le « Eating Disorder Inventory » (EDI). In J.D. Guelfi, V. Gaillac & R. Dardennes. *Psychopathologie quantitative* (pp. 249-260). Paris, FR: Masson.
- Crisp, A.H., (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorder Review*, 14, 163-167.
- Crisp, A.H., Callendar, J.S., Halek, C., & Hsu, L.K.G. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa: A 20-year follow-up of the St. Georges's and Aberdeen cohorts. *British Journal of Psychiatry*, 161, 104-107.
- Crocker, J., & Park, L.E. (2004). The Costly Pursuit of Self-Esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392-414.
- Cronbach, L.J., & Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Csikszentmihali, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the experience-sampling method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 526-536.
- Cummings, E.M., Davies, P.T., & Campbell, S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York, NY: The Guilford Press.

- Dally, P., & Sargant, W. (1996). Treatment and outcome of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 2, 793-795.
- Dally, P.J. (1969). *Anorexia nervosa*. London, UK: Heinemann.
- Davies, S., Parekh, K., Etelapaa, K., Wood, D., & Jaffa, T. (2008). The Inpatient Management of Physical Activity in Young People with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 334-340.
- Davis, C., & Katzman, M. (1999). Perfection as acculturation: psychological correlates of eating problems in Chinese male and female students living in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 65-70.
- Davis, C., Fox, J., Cowles, M., Hastings, P., & Schwass, K. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 563-574.
- Davis, C., Katzman, D.K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M.P., Woodside, D.B., & Kaplan, A.S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 321-326.
- Debarle, A., & Albert, E. (1988). Atout cœur et donne sociale. *Commentaire*, 42, 429-433.
- DeBoeck, P., Wilson, M., & Acton, G.S. (2005). A conceptual and psychometric framework for distinguishing categories and dimensions. *Psychological Review*, 112, 129-158.
- DeGroot, J., & Rodin, G. (1999). The relationship between eating disorders and childhood trauma. *Psychiatric Annals*, 29, 225-229.
- Delcor, L., Cadopi, M., Delignières, D., & Mesure, S. (2003). Dynamics of the memorization of a morphokinetic movement sequence. *Neuroscience Letters*, 336, 25-28.
- Delespaul, P. (1995). *Assessing Schizophrenia in Daily Life: The Experience Sampling Method. Maastricht*. The Netherlands, NL: Maastricht University Press.
- Delignières, D., Fortes, M., & Ninot, G. (2004). The fractal dynamics of self-esteem and physical self. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 4, 479-510.
- Demo, D.H. (1985). The measurement of self-esteem: Refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1490-1502.
- Demo, D.H. (1992). The self-concept over time: Research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326.
- Deter, H.C., & Herzog, W. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: Results of the Heidelberg-Mannheim study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 20-27.
- Deter, H.C., Herzog, W., & Petzold, E. (1992). The Heidelberg-Mannheim study: Long-term follow-up of anorexia nervosa patients at the University Medical Center - background and preliminary results. In W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders: Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa* (pp. 71-84) Berlin, DE: Springer.
- Devlin, B., Bacanu, S., Klump, K.L., Bulik, C.M., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober M., & Treasure J. (2002). Linkage analysis of

- anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Human Molecular Genetics*, 6, 689-696.
- Dohrenwend, B.S., & Dohrenwend, D.P. (1981). *Stressful life events and their contexts*. New York, NY: Prodist.
- Duval, S., & Wicklund, R.A. (1972). *A theory of objective self awareness*. New York, NY: Academy Press.
- Eagles, J., Andrews, J., Johnston, M., Easton, E., & Millar, H. (2001). Season of birth in females with anorexia nervosa in Northeast Scotland. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 167-175.
- Eagles, J., Johnston, M., Hunter, D., Lobban, M., & Millar, H. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1266-1271.
- Eckert, E.D., Halmi, K.A., Marchi, P., & Cohen, J. (1987). Comparaison of bulimic and non-bulimic anorexia nervosa patients during treatment. *Psychological Medicine*, 17, 891-898.
- Eckert, E.D., Halmi, K.A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Eddy, K.T., Keel, P.K., Dorer, D.J., Delinsky, S.S., Franko, D.L., & Herzog, D.B. (2002). A longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 191-201.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le, G.D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 727-736.
- Engel, S.G., Boseck, J.J., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., & Mitchell, J.E. (2007). The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 437-447.
- Engel, S.G., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Wright, T.L., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Venegoni, E.E. (2005). A study of patients with anorexia nervosa using ecologic momentary Assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 335-339.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited, or a theory of a theory. *American psychologist*, 28, 404-416.
- Epstein, S. (1979). The stability of behaviour: On predicting most of the people much of the time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1097-1126.
- Erikson, E. (1968). *Identity, Youth, and Crisis*. New York, NY: Norton.
- Everill, J.T., & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11.
- Expertise Collective INSERM. (2002). *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, FR: Editions INSERM.
- Expertise Collective INSERM. (2004). *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Paris, FR: Editions INSERM.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Fairburn, C.G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 691-701.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, *361*, 407-416.
- Fairburn, C.G., Cooper, K., Doll, H.A., & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 468-476.
- Fairburn, C.G., Cowen, P.J., & Harrison, P.J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 349-358.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., & Doll, H.A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 696-698.
- Farquharson, R.F., & Hyland, H.H. (1996). Anorexia nervosa: The course of 15 patients treated from 20 to 30 years previously. *Canadian Medical Association Journal*, *94*, 411-419.
- Farrell, C., Shafra, R., & Lee, M. (2006) Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. *European Eating Disorders Review*, *14*, 289-300.
- Fazio, R.H., Effrein, E.A., & Falender, V.J. (1981). Self-perceptions following social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*, 232-242.
- Federici, A., & Kaplan, A.S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa. A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, *16*, 1-10.
- Feighner, J.P., Robins, E., Fuze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, *26*, 56-63.
- Feist, G.J., Bodner, T.E., Jacobs, J.F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 138-150.
- Ferrier, A.G., & Martens, M.P. (2008). Perceived incompetence and disorder eating among college students. *Eating Behaviors*, *9*, 111-119.
- Fichter, M.M., & Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 359-385.
- Fichter, M.M., Cebulla, M., Quadflieg, N., & Naab, S. (2008). Guided self-help for binge eating/purging anorexia nervosa before inpatient treatment. *Psychotherapy Research*, *18*, 594-603.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa. *International Journal Eating Disorders*, *39*, 87-100.
- Fingeld, D.L. (2002) Anorexia nervosa: Analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, *16*, 176-186.

- Fisher, M. (2003). The course and outcomes of eating disorders in adults and in adolescents: A review. *Adolescence Medicine, 14*, 148-158
- Flament, M., & Jeammet, P. la boulimie. (2000). *Etudes et perspectives*. Paris, FR : Masson.
- Flament, M.F. (1995). Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires. In F. Rouillon, J.P. Lépine, & J.L. Terra. (Eds.), *Epidémiologie psychiatrique* (pp. 238-241). Paris, FR: Ellipse.
- Foley, D.L., Thacker, L.R., Aggen, S.H., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics, 105*, 426-431.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D.E., Mathews, M., Skolnick, N., & Katz, J.L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 21-29.
- Fortes, M. (2003). The hierarchical structure of the physical self: An idiographic and cross-correlational analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 2*, 119-132.
- Fortes, M., Ninot, G., & Delignières, D. (2004) The dynamics of self-esteem and physical self: Between preservation and adaptation. *Quality and Quantity, 38*, 135-751.
- Foulon, C., Guelfi, J.D., Kipman, A., Ade, J., Romo, L., Houdeyer, K., Marquez, S., Mouren, M.C., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2007). Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *European Psychiatry, 22*, 513-519.
- Fox, K.H., & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 11*, 408-430.
- Fox, K.R. (1997). *The physical self: From motivation to well-being*. Champaign: Human Kinetics.
- Fox, K.R. (2000). Self-esteem, self-perception and exercise. *International Journal of Sport Psychology, 31*, 228-240.
- Frank, E., Prien, R., Jarnett, R., Keller, M.B., Kupfer, D., Lawori, P.W., Rush, A.J., & Weisman, M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorders: Response, remission, recovery, relapse and recurrence. *Archives of General Psychiatry, 48*, 851-855.
- Frank, G.K., Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Perel, J., Moss, H., McConaha, C. & Pollice, C. (2001). Altered response to meta-chlorophenylpiperazine in anorexia nervosa: Support for a persistent alteration of serotonin activity after short-term weight restoration. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 57-68.
- Franko, D.L., Wonderlich, S.A., Little, D., & Herzog, D.B. (2004). Diagnosis and classification of eating disorders: What's new. In J. K. Thompson (Eds.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 58-80). New York, NY: Wiley.
- Freedman, M., Lester, K., McNamara, C., Milby, J., & Schumacher, J. (2006). Cell phones for ecological momentary assessment with cocaine-addicted

- homeless patients in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 105-11.
- Freud, A. (1976). Psychopathology seen against the back-ground of normal development. *British Journal of Psychiatry*, 129, 401-406.
- Frisch, R.E., Wyshak, G., & Vincent, L. (1980). Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. *New England Journal of Medicine*, 303, 17-19.
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 4, 163-166.
- Fulkerson, J.A., Keel, P.K., Leon, G.R., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 73-79.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development*, 55, 30-48.
- Gardner, R.M., Stark, K., Friedman, B.N., & Jackson, N.A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, NY: Brunner Mazel.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). The eating attitude test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9, 273-279.
- Garfinkel, P.E., Garner, D.M., Rose, J., Darby, P.L., Brandes, J.S., O'Hanlon, J., & Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13, 821-828.
- Garfinkel, P.E., Modolsky, H., & Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Garfinkel, P.E., Moldoesky, H., & Garner, D. (1977). Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment and self-perception. *Canadian Medical Association Journal*, 5, 1041-1045.
- Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., Garner, D.M., Stancer, H.C., & Coscina, D. (1978). Body awareness in anorexia nervosa: Disturbances in "body image" and "satiety". *Psychosomatic Medicine*, 40, 487-498.
- Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In Anthony, E., & Koupernik, C. (Eds.), *The child in his family* (pp. 77-97). New York, NY: Wiley.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D.M., & Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 403-420.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1978). Sociocultural factors in anorexia nervosa. *Lancet*, 2, 674.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1980). Cultural expectation of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.

- Garner, D.M., & Rosen, L.W. (1991). Eating disorders in athletes. *Journal of Applied Sports Research*, 5, 100-107.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., & Moldofsky, H. (1978). Perceptual experiences in anorexia nervosa and obesity. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 249-263.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., & Olmsted, M.P. (1983). An overview of the socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. In Darby, P.L., Garfinkel, P.E., Garner, D.M., & Coscina, D.V. (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments* (pp. 65-82). New York, NY: Alan R. Liss, Inc.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Stancer, H.C., & Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatic Medicine*, 38, 327-336.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-35.
- Ge, X., Conger, R.D., & Elder, G.H. (1996b). Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development*, 67, 3386-3400.
- Gershon, E.S., Schreiber, J.L., Hamovit, J.R., Dibble, E.D., Kaye, W.H., Nurnberger, J.I., Andersen, A., & Ebert, M.H. (1983). Anorexia nervosa and major affective disorders associated in families: A preliminary report. In S.B. Guze, F.J. Earls, & J.E. Barrett (Eds.), *Childhood psychopathology and development* (pp. 279-284). New York, NY: Raven Press.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder *Eating Behaviors*, 3, 387-396.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122-130.
- Gillberg, C. & Rastam, M. (1998). The etiology of anorexia nervosa. In Hoek, W. H., Treasure, J., & Katzman, M. (Eds.), *The Integration of Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders* (pp. 127-141). Chichester, NH: Wiley Press.
- Godart, N., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2004). Données épidémiologique : anorexie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 17, 327-330.
- Goetz, P.L., Succop, R.A., Reinhart, J.B., & Miller, A. (1977). Anorexia in children: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 597-603.
- Gokee-LaRose, J., Dunn, M.E., & Tantleff-Dunn, S. (2004). An investigation of the cognitive organization of body comparison sites in relation to physical appearance related anxiety and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5, 133-145.
- Gowen, L., Hayward, C., Killen, J., Robinson, T., & Taylor, C. (1999). Acculturation and eating disorder symptoms in adolescent girls. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 67-83.
- Gowers, S.G., North, C.D., & Byram, V. (1996). Life event precipitants of adolescent anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 469-477.

- Gowers, S.G., & Bryant-Waugh, R. (2004) Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 63-83.
- Gowers, S.G., Norton, K., Halek, C., & Crisp, A.H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-77.
- Gowers, S.G. (2008). Management of eating in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 331-334.
- Gowers, S.G., & Shore, A. (2001) Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242.
- Grabe, S., Ward, L.M., & Hyde, J.S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 34, 460-476.
- Graber, J.A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R.L., & Warren, M.P. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30, 823-83.
- Graber, J.A., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., & Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1768-1776.
- Granger, C.W.J., & Joyeux, R. (1980). An introduction to long memory time series and fractional differencing. *Journal of Time Series Analysis*, 1, 15-30.
- Grant, J.E., & Phillips, K.A. (2004). Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on. *The Harvard Review of Psychiatry*, 12, 123-126.
- Graziani, P., Hautekèete, M., Rusinek, S. & Servant, S. (2001). *Stress, Anxiété et Trouble de l'Adaptation*. Paris, FR : Acanthe/Masson.
- Green, A.S., Rafaeli, E., Bolger, N., Shrout, P.E., Reis, H.T. (2006). Paper or plastic? Data equivalence in paper and electronic diaries. *Psychological Methods*, 11, 87-105.
- Greenier, K.D., Kernis, M.H., McNamara, C.W., Waschull, S.B., Berry, A.J., Herlocker, C.E., & Abend, T.A. (1999). Individual differences in reactivity to daily events: Examining the roles of stability and level of self-esteem. *Journal of Personality*, 67, 185-208.
- Greeno, C.G., Wing, R.R., & Shiftman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Guérin, F., Marsh, H. W., & Famose, J.P. (2003). Construct Validation of the Self-Description Questionnaire II with a French Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 142-150.
- Guillemot, A., & Laxenaire, M. (1997). *Anorexie mentale et boulimie* (2^{ème} édition). Paris, FR : Masson.
- Gunewardene, A., Huon, G., & Zheng, R. (2001). Exposure to westernization and dieting: A cross-cultural study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 289-293.

- Gwaltney, C.J., Shields, A.S., & Shiffman, S. (2007). Equivalence of electronic and paper-and-pencil administration of patient reported outcome measures: A meta-analytic review. *Value Health, 11*, 322-333.
- Haase, A., Prapavessis, H., & Owens, R. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: a comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 3*, 209-222.
- Hadigan, C.M., Walsh, B.T., Buttinger, C., & Hollander, E. (1995). Behavioural and neuroendocrine responses to meta-CPP in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry, 37*, 504-511.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence*. New York, NY: Appleto
- Halmi, C.A., Agras, W.S., Crow, S.J., Mitchell, J., Wilson, G.T., Bryson, S., & Kraemer, H.C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry, 62*, 776-781.
- Halmi, K. (2005). Psychopathology of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 37*, S20-S21.
- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 48*, 712-718.
- Halvorsen, I., & Heyerdahl, S. (2006). Girls with anorexia nervosa as young adults: Personality, self-esteem, and life satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 285-293.
- Halvorsen, I., Andersen, A., & Heyerdahl, S. (2004). Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment Intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. *European Society of Child and Adolescent Psychiatry, 13*, 295-306.
- Hamilton, L.H., Brooks-Gunn, J., Warren, M.P., & Hamilton, W.G. (1988). The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Medicine and Science in Sports Exercise, 20*, 560-565.
- Hansen, D.J., Giacoletti, A.M., & Nangle, D.W. (1995). Social interactions and adjustment. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of adolescent psychopathology: A guide to diagnosis and treatment*. New York: Lexington Books.
- Hart, E.H., Leary, M.R., & Rejeski, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 11*, 94-104.
- Harter, S. (1988). Developmental and dynamic changes in the nature of the self-concept. In S.R. Shirk (Ed.), *Cognitive development and child psychotherapy* (pp. 119-160). New York: Plenum Press.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In J. Kolligian & R. Sternberg (Eds.), *Competence considered* (pp. 67-97). New Haven, CT: Yale University Press
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving the self-concept. In B.A. Bracken (Eds.), *Handbook of self-concept. Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 1-37). New York, NY: Wiley.
- Harter, S. (1999). *The construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Hausenblas, H.A., Cook, B.J., & Chittester, N.I. (2008). Can exercise treat eating disorders? *Exercise and Sport Sciences Review, 36*, 43-47.

- Hayward, C., Killen, J.D., Wilson, D.M., Hammer, L.D., Litt, I.F., Kraemer, H.C., Haydel, K.F., Varady, A., & Taylor, C.B. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 255-26.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life event, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heatherton, T.F., & Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 895-910.
- Hebebrand, J., & Remschmidt, H. (1995). Anorexia nervosa viewed as an extreme weight condition: Genetic implications. *Human Genetics*, 95, 1-11.
- Hebebrand, J., Himmelman, G.W., Herzog, W., Herpertz-Dahlmann, B.M., Steinhausen, H.C., Amstein, M., Seidel, R., Deter, H.C., Remschmidt, H., & Schafer, H. (1997). Prediction of low body weight at a long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight referral. *American Journal of Psychiatry*, 154, 566-569.
- Hebebrand, J., Himmelman, G.W., Wewetzer, C., Gutenbrunner, C., Hesecker, H., Schäfer, H., & Remschmidt, H. (1996). Body weight in acute anorexia nervosa and at follow-up assessed with percentile for the body mass index: Implications of a low body weight at referral. *Journal of Eating Disorders*, 4, 347-357.
- Hechler, T., Beumont, P., Marks, P., & Touyz, S. (2005). How do Clinical Specialists Understand the Role of Physical Activity in Eating Disorders? *European Eating Disorders Review*, 13, 125-132.
- Hensley, M.J., Chalmers, A., Clover, K., Gibson, P.G., Toneguzzi, R., Lewis, P.R. (2003). Symptoms of asthma: Comparison of a parent-completed retrospective questionnaire with a prospective daily symptom diary. *Pediatric Pulmonology*, 36, 509-13.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2002) Outcome in adolescent anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 90-92.
- Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., & Remschmidt, H. (2001) Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 603-612.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Hennighausen, K., & Remschmidt, H. (1996). Outcome psychosocial functioning and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa as determined by prospective follow-up assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 455-471.
- Herzog, D.B., Dorer, D.J., Keel, P.K., Selwyn, S.E., Ekeblad, E.R., Flores, A.T., Greenwood, D.N., Burwell, R. A., & Keller, M. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 829-837.

- Herzog, D.B., Keller, M.B., & Lavori, P.W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 131-143.
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., & Yeh, C.J. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Herzog, D.B., Sacks, N.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., von Ranson, K.B., & Gray, H.M. (1993). Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 835-842.
- Herzog, W., Schellberg, D., & Deter, H. (1997). First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: A discrete-time survival analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 69-77.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hoek, H.W., Bartelds, A., Bosveld, J., van der Graaf, Y., Limpens, V.E., Maiwald, M., & Spaaij, C.J. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61-74.
- Hoek, H.W., & van Hoeken, D. (2003). Review of prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Holland, A.J., Sicotte, N., & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 561-571.
- Hood, J., Moore, T.E., & Garner, D.M. (1982). Locus of Control as a Measure of Ineffectiveness in Anorexia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 3-13.
- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 921-927.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizman, R., & Tyrano, S. (1995). Life events and severe anorexia nervosa in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 5-9.
- Howard, W.T., Evans, K.K., Quintero-Howard, C.V., Bowers, W.A., & Andersen, A.E. (1999). Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1697-1702.
- Hsu, L.K.G (1988). The outcome of anorexia nervosa: A reappraisal. *Psychological Medicine*, 18, 807-812.
- Hsu, L.K.G, Crisp, A. H., & Callender, J. S. (1992a). Recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 341-350.
- Hsu, L.K.G, Crisp, A.H. & Callender, J. S. (1992b). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 123-127.

- Hsu, L.K.G. (1980). Outcome of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1041-1048.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Hsu, L.K.G. (1996). Outcome of early onset anorexia nervosa: What do we know? *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 563-568.
- Hsu, L.K.G., Kaye, W., & Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 14, 305-318.
- Hufford M.R. 2007. Special methodological challenges and opportunities in Ecological Momentary Assessment. In A.A. Stone, S. Shiffman, A.A. Atienza, & L. Nebeling (Eds.), *The Science of REAL-TIME Data Capture*. (pp. 54-75). New York, NY: Oxford University Press.
- Hufford, M.R., & Shields, A.L. (2002). Electronic diaries: an examination of applications and what works in the field. *Applied Clinical Trials*, 11, 46-56.
- Hultman, C.M., Sparén, P., Takei, N., Murray, R. M., & Cnattingius, S. (1999). Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of an early onset: Case control study. *British Medical Journal*, 318, 421-426.
- Huon, G.F., Braganza, C., Brown, L., Ritchie, J.E., & Roncolato, W.G. (1998). Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 455-458.
- Jaccard, J., & Turrisi, R. (2003). *Interaction effects in multiples regression*. London, UK : Sage publications.
- Jacobi, C., Paul, T., Zwaan, M., Nutzinger, D.O., & Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 204-210.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. London, UK: Encyclopaedia Britannica (53, 1952).
- Jarman, M., & Walsh, S. (1999). Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: Integrating lessons learned from research and clinical practice. *Clinical Psychology review*, 19, 773-788.
- Jarry, J.L., & Ip, K. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Body Image*, 2, 317-331.
- Jeammet, P. (2004). *Anorexie et Boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris, FR : Hachette.
- Jeammet, P., Brechon, G., Payan, C., Gorge, A., & Fermanian, J. (1991). Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patientes évaluées au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'Enfant*, 34, 381-442.
- Jeammet, P., Jayle, D., Brechon, G., & Gorge, A. (1984). Le devenir de l'anorexie mentale. *Neuropsychologie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 32, 97-113.

- Johnson, C., Powers, P.S., & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: The national collegiate athletic association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 179-188.
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kotler, L., Brook, J.S., & Kasen, S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1119-1128.
- Jones, J., Bennett, S., Olmsted, M.P., Lawson, M.L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviors in teen aged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*. 165, 547-552.
- Jones, L.M., Halford, W.K., & Dooley, R.T. (1993). Long term outcome of anorexia nervosa. *Behaviour Change*, 10, 93-102.
- Jordan, J. V. (1994). *A relational perspective on self-esteem*, Wellesley, MA: Stone Center.
- Kahn, C., & Pike, K.M. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 237-244.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D.A., & Treasure, J.L. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: A pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31, 317-329.
- Kawai, K., Yamanaka, T., Yamashita, S., Gondo, M., Morita, C., Arimura, C., Nozaki, T., Takii, M., & Kubo, C. (2008). Somatic and psychological factors related to the body mass index of patients with anorexia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 13, 198-204.
- Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., George, D.T., & Ebert, M.H. (1991). Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behaviour? *Archives of General Psychiatry*, 48, 556-562
- Kaye, W.H., Gendall, K., & Strober, M. (1998). Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44, 825-38.
- Kazdin, A. (1974). Reactive self-monitoring: The effects of response desirability, goal setting, and feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 704-716.
- Kazdin, E., Kraemer, H.C., Kessler, F.C., Kupfer, D.J., & Offord, D.R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Keel, P.K., Cogley, C.B., Ghosh, S., & Lester, N. (2002, April). What constitutes an unusually large amount of food for defining binge episodes?. Paper presented at the Academy for Eating Disorders International Conference on Eating Disorders, Boston, MA.

- Keel, P.K., Dorer, D.J., Eddy, K.T., Franko, D., Charatan, D.L., & Herzog, D.B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 179-183.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Franko, D.L., Jackson, S.C., & Herzog, D.B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 2263-2268.
- Keel, P.K., Fulkerson, J.A, Leon, G.R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *26*, 203-16.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, *20*, 887-903.
- Kernis, M.H., Cornell, D.P., Sun, C.R., Berry, A.J., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1190-1204.
- Kernis, M.H., Grannemann, B.D., & Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 80-84.
- Kessler, R., Wittchen, H-U., Abelson, J., & Zhao, S. (2000). Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self-reports. In A.A. Stone, C.A Bachrach, J.B Jobe, H.S. Kurtzman, & V.S Cain (Eds.), *The Science of Self-Report: Implications for Research and Practice* (pp. 229-55). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kestemberg, E. (1971). La psychothérapie des adolescents. *Confrontation Psychiatrie*, *136*, 49-67.
- Killen, J.D., Hayward, C., Litt, I.F., Hammer, L.D., Wilson, D.M., Miner, B., Vosti, C., Varady, A., & Shisslak, C. (1992). Is puberty a risk factor for eating disorders? *American Journal of Diseases of Children*, *146*, 323-325.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L.D., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., & Strachowski, D.(1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 936-940.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., Hammer, L.D., Robinson, T.N., Litt, I., Varady, A., & Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 227-238.
- Kim, U. (1999). After the « crisis » in social psychology: The development of the transactional model of science. *Asian Journal of Social Psychology*, *2*, 1-19.
- Kimhy, D., Delespauln P., Corcoran, C., Ahn, H., Yale, S., & Malaspina, D. (2006). Computerized experience sampling method (ESMc): Assessing feasibility and validity among individuals with schizophrenia. *Journal of Psychiatry*, *40*, 221-230.
- Kimura, H., Tonoike, T., Muroya, T., Yoshida, K., & Ozaki, N. (2007). Age of onset has limited association with body mass index at time of presentation

- for anorexia nervosa: Comparison of peak-onset and late-onset anorexia nervosa groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 646-650.
- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Simeoni, M.C., & Ades, J. (1999). Genetic factors in anorexia nervosa. *European Psychiatry*, 14, 189-198.
- Klein, D., & Walsh, B. (2003). Eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 205-216.
- Klein, J.D. (1997). The National Longitudinal Study on Adolescent Health: Preliminary results-great expectations. *Journal of the American Medical Association*, 278, 864-865.
- Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine*, 31, 737-740.
- Klump, K. L., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilenfeld, L. R., & Bulik, C. (2002). Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 118-135.
- Klump, K.L., McGue, M., & Iacono, W.G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 239-251.
- Koff, E., & Rierdan, J. (1995). Preparing girls for menstruation: Recommendations from adolescent girls. *Adolescence*, 30, 795-811.
- Kohlberg, L., LaCrosse, J., & Ricks, D. (1972). The predictability of adult mental health from childhood behavior. In Wolman, B. (Ed.), *Handbook of child psychopathology* (pp. 1217-1284). New York, NY: McGraw-Hill.
- Kop, W., Verdino, R., Gottdiener, J., O'Leary, S., Bairey Merz, C., & Krantz, D. (2001). Changes in heart rate and heart rate variability before ambulatory ischemic events. *Journal of the American College of Cardiology*, 38, 742-749.
- Kordy, H., Krämer, B., Palmer, R.L., Papezova, H., Pellet, J., Richard, M., & Treasure, J. (2002). Remission recovery relapse and recurrence in eating disorders: Conceptualization and illustration of a validation strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 833-846.
- Korotitsch, W.J. & Nelson-Gray, R.O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 2, 415-25.
- Kotz, S., & Johnson, N. L. (1982) *Encyclopedia of statistical*. New York, NY: Wiley.
- Kovacs, D., & Palmer, R. (2004). The association between laxative abuse and other symptoms among adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 224-228.
- Kowalski, K.C.; Crocker, P.R., Kowalski, N.P., Chad, K.E., & Humbert, M.L. (2003). Examining the physical self in adolescent girls over time: Further evidence against hierarchical model. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 25, 5-18.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offrd, D., Kessler, R., Jensen, P., & Kupfer, D.J. (1997). Comming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.

- Kuikka, J.T., Tammela, L., Karhunen, L., Rissanen, A., Bergstroem, K.A., Naukkarinen, H., Vanninen, E., Karhu, J., Lappalainen, R., Repo-Tiihonen, E., Tiihonen, J., & Uusitupa, M. (2001). Reduced serotonin transporter binding in binge eating women. *Psychopharmacology*, *155*, 310-314.
- Kupersmidt, J. B., & Coie, J. D. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development*, *61*, 1350-1363
- L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris, FR: Presses Universitaires de France.
- Labrecque, J., Stephenson, R., Boivin, I., & Marchand, A. (1998). Validation de l'Echelle Multidimensionnelle du Perfectionnisme auprès de la population francophone du Québec. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, *3*, 1-11.
- Laessle, R.G., Fischer, M., Fichter, M.M., Pirke, K.M. & Krieg, J-C. (1992). Cortisol levels and vigilance in eating disorder patients. *Psychoneuroendocrinology*, *17*, 475-484.
- Laessle, R.G., Wittchen, H-U., Fichter, M.M., & Pirke, K.M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *8*, 569-574.
- Lake, A., Staiger, P., & Glowinski, H. (2000). Effects of western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 83-89.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1973). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, FR : Presse Universitaire de France.
- Larivée, S. (2007). *L'intelligence, Tome 1 : Approches biocognitives, développementales et contemporaines*. Ville St Laurent, Canada : ERPI.
- Larivée, S., Normandeau, S., & Parent, S. (2000). The French connection : Contribution of French-language research in the post-piagetian era. *Child Development*, *71*, 823-839.
- Lasègue, C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives of General Medicine*, *21*, 385-403.
- Lay, B., Jennen-Steinmetz, C., Reinghard, I., & Schmidt, M.H. (2002). Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: Relation to speed of relapse and re-admission. *European Eating Disorders Review*, *10*, 22-40.
- Le Grange, D., Gorin, A., Catley, J. D., & Stone, A.A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview? *European Eating Disorders Review*, *9*, 309-324.
- Le Grange, D., Gorin, A., Dymek, M., & Stone, A. (2002). Does ecological momentary assessment improve cognitive behavioural therapy for binge eating disorder? A pilot study european. *Eating Disorders Review*, *10*, 316-328.
- Leary, M.R. (1990). Response to social exclusion: Social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *9*, 221-229.

- Leary, M.R., & Kowalski, R.M. (1990). Impression management: A literature review and two component model. *Psychological Bulletin*, *107*, 34-47.
- Leary, M.R., Tambor, E.S., Terdal, S.K., & Downs, D.L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 518-530.
- Leary, M.R., Tambor, E.S., Terdal, S.K., & Downs, D.L. (1999). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. In R.F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 87-104). Philadelphia: Taylor and Francis.
- Lecky, P. (1945). *Self-consistency: A theory of personality*. New York: Island Press.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., Janavs, J., & Dunbar, G.C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*, 224-231.
- Lee, A.M., & Lee, S. (1996). Disordered eating and its psychological correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, *20*, 177-183.
- Lee, S., & Lee, A. M. (2000). Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 317-327.
- Lehoux, P., Steiger, H., & Gauvin, L. (1998, April). Impulsivity, dietary restraint, and the urge to binge in bulimic eating syndromes. Paper presented at the eighth New York international conference on eating disorders, New York, NY.
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, *39*, 49-54.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 140-149.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., Keel, P.K., & Klump, K.L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*, 181-196.
- Levine, M.P., Smolak, L., & Hayden, H. (1996). Media as a context for development of disordered eating. In L. Smolak, M.P. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds), *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders*. (pp. 235-257). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M., & Nagy, L. (1997). Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: Effects of comorbid substance dependence. *International Journal of Eating Disorders*, *22*, 253-264.

- Litt, M.D., Cooney, N.L., & Morse, P. (2000). Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction, 95*, 889-900.
- Lock, J., & Litt, I. (2003). What predicts maintenance of weight for adolescents medically hospitalized for anorexia nervosa? *Eating Disorders, 11*, 1-7.
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 639-647.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L., & Herzog, W. (2001). Long-term out-come of anorexia nervosa in a prospective 21-years follow-up study. *Psychological Medicine, 31*, 881-890.
- Lowe, M.R., Gleaves, D.H., Di-Simone-Weiss, R.T., Furgueson, C., Gayda, C.A., Kolsky, P.A., Neal-Walden, T., Nelsen, L.A., & McKinney, S. (1996). Restraint, dieting, and the continuum model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 508-517.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., & Kurland, L.T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia in Rochester Minn: A population-based study. *American Journal of Psychiatry, 148*, 917-922.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., & Kurland, L.T. (1988). Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a 45-year study. *Mayo Clinic Proceedings, 63*, 433-442.
- Lucas, A.R., Crowson, C.S., O'Fallon, W.M., & Melton, L.J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 49-54.
- Lukasiewicz, M., Fareng, M., Benyamina, A., Reynaud, M., & Falissard, B. (2008). Evaluation écologique instantanée. Méthode, intérêt et applications en addictologie. *Alcoologie et Addictologie, 30*, 47-58.
- Lund, B.C., Hernandez, E.R., Yates, W.R., Mitchell, J.R., McKee, P.A., & Johnson, C.L. (2009). Rate of inpatient weight restoration predicts outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 301-305.
- Luthar, S.S., Burack, J.A., Cicchetti, D., & Weisz, J.R. (1997). *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Maïano C., Morin A.J.S., Monthuy-Blanc J., Garbarino J.-M. et G. Ninot (soumis). Ecological Momentary Assessment of Disturbed Eating Attitudes and Related Personality Characteristics: Development and Factor Validity of a Short Visual Analog Form of the Eating Disorders Inventory.
- Maïano, C., Morin, A.J.S., Monthuy-Blanc, J., & Garbarino, J.-M. (2009). The Body Image Avoidance Questionnaire: Assessment of its Construct Validity in Community Sample of French Adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*, 125-135.
- Maïano, C., Morin, A.J.S., Eklund, R., Monthuy-Blanc, J., Garbarino, J.-M., & Stephan, Y. (2010). Construct Validity of the Social Physique Anxiety Scale in a French adolescent Sample. *Journal of Personality Assessment, 92*, 53-62.

- Makridakis, S., Wheelwright, S.C., & Hyndman, R.J. (1998). *Forecasting. Methods and application* (3rd ed.). Fayetteville, AR: Wiley & Sons.
- Maloney, M.J., McGuire, J., Daniels, S.R., & Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, *84*, 482-489.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1999). *Adolescence et psychopathologie*. Paris, FR : Masson.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 112-117.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 63-78.
- Markus, J.B., & Wurf, E. (1987). The dynamic of self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, *38*, 299-337.
- Marsh, H.W. (1990b). *Self-Description Questionnaire-II: Manual and research monograph*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Marsh, H.W. (1997). The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. In K.R. Fox (Eds.), *The physical self* (pp. 27-58). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Marsh, H.W., & Yeung, A.S. (1998). Top-down, bottom-up, and horizontal models: The direction of causality in multidimensional, hierarchical self-concept models. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 509-527.
- Masten, A.S. (1989). Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In Cicchetti, D. (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 261-294). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Masten, A.S. (2004). Regulatory processes, risk and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 309-319.
- Masten, A.S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, *30*, 47-54.
- Masten, A.S., & Braswell, L. (1991). Developmental psychopathology: An integrative framework. In Martin, P.R. (Ed.), *Handbook of behavior therapy and psychological science: An integrative approach* (pp. 35-56). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Masten, A.S., & Coatsworth, J.D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In Cicchetti, D., & Cohen, D. (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 715-752). New York, NY: Wiley.
- Masten, A.S., Burt, K., & Coatsworth, J.D. (2006). Competence and psychopathology in development. In Cicchetti, D., & Cohen, D. (Eds.), *Manual of Developmental Psychopathology*. New York, NY: Wiley & Sons.
- Mathéron, I., Léonard, T., & Bonneval, G. (2002). Entretiens de motivation et groupe de réflexion dans le traitement des patientes anorexiques résistantes. *Journal de Thérapie Comportementales et Cognitive*, *12*, 122-130.

- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., Kaye, W.H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29, 407-414.
- McCarthy, D.E., Piasecki, T.M., Fiore, M.C., & Baker, T.B. (2006). Life before and after quitting smoking: an electronic diary study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 454-66.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- McDermott, C., Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K., Mitchell, J.E., & Bryson, S. (2004). Participant recruitment for an anorexia nervosa treatment study. *Journal of Eating Disorders*, 35, 33-41.
- McFarlane, T., McCabe, R.E., Jarry, J., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (2001). Weight-related and shape-related self-evaluation in eating-disordered and non-eating-disordered women. *International journal of Eating Disorders*, 29, 328-335.
- McFarlane, T., Olmsted, M.P., & Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 587-593.
- McFerran, K., Baker, F., Patton, G.C., & Sawyer, S.M. (2006). A retrospective lyrical analysis of songs written by adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14, 397-403.
- McHugh, M.D. (2007). Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 602-612.
- McHugh, P.R., & Slavney, P.R. (1998). *The perspectives of psychiatry* (2nd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- McKenzie, J.M., & Joyce, P.R. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 235-241.
- McLaughlin, E.F., Karp, S.A., & Herzog, D.B. (1985). Sense of Ineffectiveness in Women with Eating Disorders: A Clinical Study of Anorexia Nervosa and Bulimia *International Journal of Eating Disorders*, 4, 511-523
- McNamara, K., & Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 518-523.
- McVey, G.L., Davis, R., Tweed, S., & Shaw, B.F. (2004). Evaluation of a School-Based Program Designed to Improve Body Image Satisfaction, Global Self-Esteem, and Eating Attitudes and Behaviors: A Replication Study. *International Journal of Eating Disorder*, 36, 1-11.
- Meehan, K.G., Loeb, K.L., Roberto, C.A., & Attia, E. (2006). Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 587-589.
- Meehl, P.E. (1992). Factors and taxa, traits and types, differences of degree and differences in kind. *Journal of Personality*, 60, 117-174.
- Mewes, R., Tagay, S., & Senf, W. (2008). Weight Curves as Predictors of Short-Term Outcome in Anorexia Nervosa Inpatients. *European Eating Disorders Review*, 16, 37-43.
- Meyer, A.E., von Holzapfel, B., Deffner, G., Engel, K., Klick, M. (1986). Anenorrhea and predictors for remenorrhea in anorexia nervosa: a

- psychoendocrinological study in inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 149-160.
- Meyer, J.E., & Feldman, H. (1965). Anorexia Nervosa. *Proceeding of a Symposium Göttinger*, 24-25 april 1965, Stuggart, G.Thienne Verlag (Ed.).
- Micucci, J.A. (1998). *The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control*. New York, NY: Guilford
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Hoek, H., & Willi, J. (2004). Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 118-119
- Mintz, L.B., & Betz, N.E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 423-428.
- Mintz, L.B., O'Halloran, M.S., Mulholland, A.M., & Schneider, P.A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 63-79.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mirabel-Sarron, C., & Samuel-Lajeunesse, B. (1998). Evaluation des dysfonctionnements cognitifs dans les troubles des conduites alimentaires. *Encephale*, 1 (suppl), 56-59.
- Mitchell, C., Kaufman, C., & Beals, J. (2004). Equifinality and Multifinality as Guides for Preventive Interventions: HIV Risk/Protection among American Indian Young Adults. *Journal of Primary Prevention*, 25, 491-510.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Pyle, R.L., & Eckert, E.D. (1986). The bulimia syndrome: Course of the illness and associated problems. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 165-179.
- Moghaddam, N.G., & Ferguson, E. (2007). Smoking, mood regulation, and personality: An event-sampling exploration of potential models and moderation. *Journal of Personality*, 75, 451-478.
- Monteleone, P., Brambilla, F., Bortolotti, F., La Rocca, A., & Maj, M. (1998). Prolactin response to d-fenfluramine is blunted in people with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 172, 438-442.
- Monthuy-Blanc, J. (2004). *Instabilité et dynamique de l'estime de soi : indices de troubles anorexiques chez l'adolescente sportive ?* Mémoire de maîtrise en sciences des activités physiques et sportives non publié, Université Montpellier 1, Montpellier.
- Monthuy-Blanc, J., Ninot, G., Morin, A.J.S., Pauzé, R., Guillaume, S., Rouvière, N., & Campredon, S. (2008). Utilité d'un carnet de suivi quotidien dans la thérapie de l'anorexie mentale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18, 146-156.
- Morgan, H.G. & Hayward, A.E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa—the Morgan-Russell outcome assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.

- Morgan, H.G., & Russell, G.M.F. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.
- Morin, A.J.S., Maïano, C., Marsh, H.W., & Janosz, M. (soumis). The Longitudinal Interplay of Adolescents' Global Self-Esteem and Perceived Physical Appearance: A Conditional Autoregressive Latent Trajectory Analysis. *Developmental Psychology*.
- Morton, R. (1694). *Physiologia or, a treatise of consumptions*. London, UK: Smith and Walford.
- Moullec, G. (2007). *Dynamique des construits psychologiques de la maladie chronique*. Thèse de doctorat en Sciences du Sport non publiée, Université Montpellier I, France.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorder: Frontiers of preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Myers, E.M., & Zeigler-Hill, V. (2008). No shades of gray: Splitting and self-esteem instability. *Personality and Individual Differences*, 45, 139-145.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J.E., Stone, A.A., & Delespaul, P.A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1137-1144.
- Neumark-Sztainer, D., Goeden, C., Wall, M., & Story, M. (2004). Associations between Body Satisfaction and Physical Activity in Adolescents: Implications for Programs Aimed at Preventing a Broad Spectrum of Weight-Related Disorders. *Eating Disorders*, 1, 125-137.
- Newman, M.G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59, 251-274.
- Newman, M.G., Kenardy, J., Herman, S., & Taylor, C.B. (1997). Comparison of cognitive behavioral treatment of panic disorder with computer-assisted brief cognitive behavior treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 178-183.
- Nichter, M. (2000). *Fat Talk: What Girls and Their Parents Say About Dieting*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nilsson, E., Gillberg, C., & Rastam, M. (1998). Familial factors in anorexia nervosa: A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 392-399.
- Ninot, G. (2005). *L'estime de soi : fruit d'un système complexe*. Juan-les-Pins, FR : Sports Sciences diffusion.
- Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *STAPS*, 51, 35-48.
- Ninot, G., Fortes, M., & Delignières, D. (2005). The dynamics of self-esteem in adults over a six-month period: An exploratory study. *Journal of Psychology*, 2, 137-151
- Ninot, G., Fortes, M., Delignières, D., & Maïano, C. (2004). The dynamic adjustment of physical self in adults overtime. *Individual Differences Research*, 2, 137-151.

- Ninot, G., Fortes, M., & Delignières, D. (2006). Validation of a shortened assessment of physical self in adults. *Perceptual and Motor Skills, 103*, 531-542.
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiology study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 265-271.
- North, C., Gowers, S., & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 171*, 545-549.
- Norton, M., Wonderlich, S., Myers, T., Mitchell, J.E., & Crosby, R.D. (2003). The use of palmtop computers in the treatment of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 11*, 231-242.
- Nowak, A., Vallacher, R.R., Tesser, A., & Borkowski, W. (2000). Society of self: the emergence of collective properties in self-structure. *Psychological Review, 107*, 39-61.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Socio-Medica Scandinavia, 1*, 17-26.
- O'Dea, J. (2004). Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders, 12*, 225-239.
- O'Koon, J. (1997). Attachment to parents and peers in late adolescence and their relationship with self-image. *Adolescence, 32*, 471-482.
- O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (1983). Self-esteem: Change and stability between ages 13 and 23. *Developmental Psychology, 19*, 257-268.
- Orvaschel, H., Thompson, W.D., Belanger, A., Prusoff, B.A., & Kidd, K.K. (1982). Comparison of the family history method to direct interview. *Journal of Affective Disorders, 4*, 49-59.
- Paice, J.A., & Cohen, F.L. (1997). Validity of a verbal administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nurse, 20*, 88-93.
- Palmer, R.L., & Oppenheimer, R. (1992). Childhood sexual experiences with adults: a comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses. *International Journal of Eating Disorders, 12*, 359-364.
- Palmer, R.L., Oppenheimer, R., Dignon, A., Chalone, D.A., & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: an extended series. *British Journal of Psychiatry, 156*, 699-703.
- Passelecq, A. (2006). *Anorexie et boulimie. Une clinique de l'extrême*. Paris, FR : De boeck.
- Paterson, G., Power, K., Yellowlees, A., Park K., & Taylor, L. (2007). The relationship between two-dimensional self-esteem and problem solving style in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review, 15*, 70-77.
- Patton, G.C (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine, 8*, 947-951.
- Pawluck, D.E., & Gorey, K.M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population based studies. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 347-352.

- Perrine, M.W., Mundt, J.C., Searles, J.S., & Lester, L.S. (1995). Validation of daily self-reported alcohol consumption using Interactive Voice Response (IVR) technology. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 487-490.
- Perry, C.L. (2000). Preadolescent and adolescent influences on health. In B. D. Smedley & S. L. Syme (Eds.), *Promoting health: Intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC: National Academy Press
- Peterson, C.B., & Miller, K.B. (2005). Assessment of eating disorders. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Eating Disorders Review Part I* (pp. 105-126). Oxford, UK: Radcliffe.
- Piaget, J. (1950). *The psychology of intelligence*. New York, NY: International Universities Press.
- Piasecki, T.M., Hufford, M.R., Solhan, M., & Trull, T.J. (2007). Assessing clients in their natural environments with electronic diaries: rationale, benefits, limitations, and barriers. *Psychobiological Assessment*, 1, 25-43.
- Pieters, G., Vansteelandt, K., Claes, L., Probst, M., Van Mechelen, I., & Vandereycken, W. (2006). The usefulness of experience sampling in understanding the urge to move in anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica*, 18, 30-37.
- Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18, 447-475
- Pike, K.M., Hilbert, A., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G., Dohm, F.A., Walsh, B.T., & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: A case control study. *Psychological medicine*, 38, 1443-1453.
- Pillay, M., & Crisp, A.H. (1977). Some psychological characteristics of patients with anorexia nervosa whose weight has been newly restored. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 375-380.
- Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, P., & Stuckless, N. (1999). The effects of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.
- Pinter, O., Probst, M., Vandereycken, W., Pieters, G., & Goris, M. (2004). The predictive value of body mass index for the weight evolution in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 9, 232-235.
- Polce-Lynch, M., Myers, B.J., Kliewer, W. & Kilmartin, C. (2001). Adolescent self-esteem and gender: Exploring relations to sexual harassment, body image, media influence, and emotional expression, *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 225-244.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pope, H.G., & Hudson, J.I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149, 455-463.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Thèse de doctorat en Education Physique et Physiothérapie non publiée, Université Catholique de Leuven, Leuven.

- Probst, M., Pieters, G., & Vanderlinden, J. (2008). Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 657-665.
- Putukian, M. (1998). The female athlete triad. *Clinics in Sports Medicine, 17*, 675-696.
- Rabe-Jablonska, J. J., & Tomasz, M. S. (2000). The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *European Psychiatry, 15*, 302-305
- Radloff, L.S., (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Raimbault, G., & Eliacheff, C. (2001). *Les indomptables. Les Figures de l'anorexie* (4^{ème} édition). Paris, FR : Odile Jacob.
- Raphael, F.J., & Lacey, J.H. (1992). Sociocultural aspects of eating disorders. *Annals of Medicine, 24*, 293-296.
- Raphael, F.J., & Lacey, J.H. (1994). The aetiology of eating disorders: A hypothesis of the interplay between social, cultural and biological factors. *European Eating Disorders Review, 2*, 143-154.
- Råstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2003). Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 178-190.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szukler, G.I., & Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry, 158*, 495-502.
- Reis, H.T., & Wheeler, L. (1991). Studying social interaction with the Rochester Interaction Record. In M.P. Zanna (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 270-318). San Diego, CA: Academic.
- Remschmidt, H., & Müller, H. (1987). Stationäre Gewichts-Ausgangsdaten und Langzeitprognose der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 15*, 327-341.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H., & Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association, 278*, 823-832.
- Reznek, L.R. (1991). *The philosophical defense of psychiatry*. London, UK: Routledge.
- Rhodes, P. (2003). The maudslay model of family therapy for children and adolescents with anorexia nervosa: Theory, clinical practice, and empirical support. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 24*, 191-198.
- Richard, M., Bauer, S., Kordy, H., & COST Action B6. (2005). Relapse in anorexia and bulimia nervosa -A 2.5-year follow-up study. *European Eating Disorders Review, 13*, 180-190.
- Rieger, E., Touyz, S., & Beumont, P. (2002) The anorexia nervosa stages of change questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 24-38.

- Rivinus, T.M., Biederman, J., Herzog, D.B., Kemper, K., Harper, G.P., Harmatz, J.S., & Houseworth, S. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: A controlled family history study. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 1414-1418.
- Robin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In Sonderegger T.B. (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Psychology and gender* (vol. 32, pp. 267-307). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Rome, E.S., Ammerman, S., Rosen, S., Keller, R.J., Lock, J., Mammel, K.A., O'Toole, J., Mitchell Reese, J., Sanders, M.J., Sawyer, S.M., Schneider, M., Sigel, E., & Silber, T.J. (2003). Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. *Pediatrics*, *111*, 98-108.
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex posttraumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *19*, 773-787.
- Rosen, J.C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *20*, 331-343.
- Rosen, J.C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 188-201). New York, NY: Guilford Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New-York: Basics Books.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls and A.G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 107-113). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ross, M., & Wade, T.D. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, *12*, 129-136.
- Rothenberg, A. (1988). Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: A review of 11 studies. *Comprehensive Psychiatry*, *29*, 427-432.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, *80*, 1-609.
- Rufo, M., & Choquet, M. (2007). *Regards croisés sur l'adolescence*. Paris, FR: A.Carrière.
- Russell, G.F.M. (1988). The diagnostic formulation in bulimia nervosa. In Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 3-25). New York, NY: Brunner/Mazell.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*, 316-331.
- Rutter, M., & Silberg, J. (2002). Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. *Annual Review of Psychology*, *53*, 463-90.
- Rutter, M., & Sroufe, L.A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Developmental Psychopathology*, *12*, 265-296.
- Saccomani, L., Savoini, M., Cirrincione, M., Vercellino, F., & Ravera, G. (1998). Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: Study of co-morbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 565-571.

- Sameroff, A.J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- Sameroff, A.J., & Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York, NY: Basic Books.
- Santrock, J. W. (2001). *Adolescence* (8th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Savin-Williams, R.C., & Berndt, T.J. (1990). Friendship and peer relations. In S.S. Feldman & G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Scarano, G.M., & Kalodner-Martin, C.R. (1994). A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. *Journal of Counseling Psychology*, 72, 356-361.
- Schlundt, D.G., Johnson, W.G., & Jarrell, M.P. (1985). A naturalistic functional analysis of eating behavior in bulimia and obesity. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 21, 149-162.
- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century. New Answers to old questions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 30-37.
- Schmidt, U.H., Tiller, J.M., Andrews, B., Blancherd, M., & Treasure, J.L. (1997). Is there a specific trauma precipitating the onset of anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.
- Schork, E.J., Eckert, E.D., & Halmi, K.A. (1994). The relationship between psychopathology, eating disorder diagnosis, and clinical outcome at 10-year follow-up in anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 113-123.
- Schwartz, D.M., & Thompson, M.G. (1981). Do anorectics get well? Current research and future needs. *American Journal of psychiatry*, 138, 319-323.
- Scime, M., Cook-Cottone, C., Kane, L., & Watson, T. (2006). Group Prevention of Eating Disorders with Fifth-Grade Females: Impact on Body Dissatisfaction, Drive for Thinness, and Media Influence. *Eating Disorders*, 14, 143-155.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London, UK: Chaucer-Uman Context Books.
- Selvini-Palazzoli, M.D. (1970). Anorexia. In S. Arieta (Eds.), *The World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy, Vol 1*(pp. 197-218). New York, NY: Basic Book.
- Sempé, M., Pedron, G., & Roy-Pernot, M-P. (1979). *Auxologie. Méthode et séquence*. Paris, FR : Théraplix
- Serpell, L., Treasure, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.
- Shapiro, D., Jamner, L.D., Davydov, D.M., & James, P. (2002). Situations and moods associated with smoking in everyday life. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 342-45.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. (1976). Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., & Dunbar, G. (1998). The MINI-International Neuropsychiatric Interview

- (M.I.N.I). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI, *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Sheehan, H.L. (1937). Post partum necrosis of the anterior pituitary. *Journal of Pathology and Bacteriology*, 45, 189-214.
- Shiffman, S. (2005). Dynamic influences on smoking relapse process. *Journal of Personality*, 73, 1715-48.
- Shiffman, S. (2007). Designing protocols for Ecological Momentary Assessment. In A.A. Stone, S. Shiffman, A. Atienza, & L. Nebeling, (Eds.), *The Science of Real-Time Data Capture: Self-Reports in Health Research* (pp. 27-53). New York, NY: Oxford University Press.
- Shiffman, S., & Stone, A.A. (1998). Introduction to the special section: Ecological momentary assessment in health psychology. *Health Psychology*, 17, 3-5.
- Shiffman, S., & Waters, A.J. (2004). Negative affect and smoking lapses: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 192-201.
- Shiffman, S., Gwaltney, C.J., Balabanis, M., Liu, K.S., Paty, J.A., Kassel, J.D., Hickcox, M., Gnys, M. (2002). Immediate antecedents of cigarette smoking: An analysis from Ecological Momentary Assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 531-45.
- Shiffman, S., Paty, J.A., Gnys, M., Kassel, J.D., & Hickcox, M. (1996b). First lapses to smoking: Within subjects analyses of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 366-79
- Shiffman, S., Stone, A.A., & Hufford, M.R. (2008). Ecological Momentary Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1-32.
- Shisslak, C.M., McKeon, R.T., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 185-189.
- Shisslak, C.M., Pazda, S.L., & Crago, M. (1990). Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic, and obese women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 380-384.
- Shoebriidge, P., & Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 132-137.
- Silverstein, B., & Perlik, D. (1995). *The Cost of Competence: Why Inequality Causes Depression, Eating Disorders, and Illness in Women*. New York, NY: Oxford University Press.
- Simmonds, M. (1916) 'Ueber Kachexie hypophysaren Ursprungs' (Origins more Cachexia hypophysaria). *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1, 190-191.
- Sjöström, M., Oja, P., Hagströmer, M., Smith, B.J., & Bauman, A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: The Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14, 291-300.
- Sloan, G. (1998). Anorexia nervosa: A cognitive-behavioural approach. *Mental Health*, 13, 43-47.
- Sloan, G., & Leichner, P. (1986). Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders? *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 357-361.
- Smolak, L., & Striegel-Moore, R.H. (1996). The implications of developmental research for eating disorders. In Smolak, L., Levine, M.P., & Striegel-

- Moore, R. (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders* (pp. 183-204). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Smolak, L., Levine, M., & Schermer, F. (1998a). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 339-353.
- Smyth, J.M., Wonderlich, S.A., Sliwinski, M.J., Crosby, R.D., Engel, S.G., Mitchell, J.E., & Calogero, R.M. (2009). Ecological momentary assessment of affect, stress, and binge-purge behaviors: Day of week and time of day effects in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 429-436.
- Sobell, M., Bogardis, J., Schuller, R., Leo, G., & Sobell, L. (1989). Is self-monitoring of alcohol consumption reactive? *Behavioral Assessment*, 11, 447-45.
- Société Canadienne de Pédiatrie, Comité de santé de l'adolescence (1998). Les troubles de l'alimentation : Les principes de diagnostic et de traitement. *Pediatrics & Child Health*, 3, 193-196.
- Sours, J. (1980). *Starving yo death in a sea of objects*. New York, NY: Jason Aronson.
- Sours, J. (1983). Case reports of anorexia nervosa and caffeinism. *American Journal of Psychiatry*, 140, 235-236.
- Spray, J.A., & Newell, K.M. (1986). Times series analysis of motor learning: KR versus no-KR. *Human Movement Science*, 5, 59-74.
- Srinivasagam, N.M., Kaye, W.H., Plotnicov, K.H., Greeno, C., Weltzin, T.E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1630-1634.
- Sroufe, L.A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Steiger, H., & Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 74-86.
- Steiger, H., Gauvin, L., Jabalpurwala, S., Seguin, J.R., & Stotland, S. (1999). Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 765-775.
- Stein, K.F. & Corte, C.M. (2003). Ecologic momentary assessment of eating-disordered behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 349-360.
- Stein, K.F., & Corte, C.M. (2007). Identity impairment and the eating disorders: content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15, 58-69.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston, MA: McGraw-Hill, 5th ed.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relations in retrospect and prospect. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 1-19.
- Steinberg, L., & Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.

- Steiner, H., & Lock, J. (1998). Eating disorders in children and adolescents: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 352-359.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T.G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., & Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 38-46.
- Steiner, H., Sanders, M., & Ryst, E. (1995). Precursors and risk factors of juvenile eating disorders. In Steinhausen, H-C. (Ed.), *Eating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (pp 95-125). New York, NY: De Gruyter.
- Steinhausen, H-C. & Glanville, K. (1983). Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of research findings. *Psychological Medicine*, 13, 239-249.
- Steinhausen, H-C & Seidel, R. (1993). Outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 487-496.
- Steinhausen, H.C., Griogoroiu-Serbanescu, M., Boyadjieva, S., Neumarker, & Metzke, C.W. (2003). Course and Predictors of Rehospitalization in Adolescent Anorexia Nervosa in a Multisite Study. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 29-36.
- Steinhausen, H-C. (1997). Annotation: Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *Association for Child Psychology and Psychiatry*, 38, 271-276.
- Steinhausen, H-C. (1999). Eating disorders. In H.C. Stienhausen, & F. Verhulst (Eds.), *Risk and outcomes in developmental psychology* (pp. 211-230). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Steinhausen, H-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293
- Steinhausen, H-C., Grigoroiu-Serbanescu, M., Boyadjieva, S., Neumärker, K-J., & Metzke, C.W. (2008). Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite Study. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 29-36.
- Steinhausen, H-C., Rauss-mason, C., & Seidel, R. (1991) Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, 21, 447-454.
- Steinhausen, H-C., Seidel, R., & Winkler Metzke, C. (2000). Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychological Medecine*, 30, 1089-1098.
- Stern, S.L., Dixon, K.N., Sansone, R.A., Lake, M.D., Nezmer, E., & Jones, D. (1992). Psychoactive substance abuse disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 207-212.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Stone, A.A, & Shiffman, S. (2002). Capturing momentary, self-report data: A proposal for reporting guidelines. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 236-243.

- Stone, A.A., Broderick, J.E., Porter, L.S., & Kaell, A.T. (1997). The experience of rheumatoid arthritis pain and fatigue: Examining momentary reports and correlates over one week. *Arthritis Care & Research*, *10*, 185-193.
- Stone, A.A., & Schiffman, S. (1994). Ecological Momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *The Social of Behavioral Medicine*, *16*, 199-202.
- Striegel-Moore R.H. (1997). Risks factors for eating disorders, In M.S. Jacobson, & J.M. Rees (Eds), *Adolescent nutritional disorders: Prevention and treatment* (pp. 98-109). New York, NY: Academy Sciences.
- Striegel-Moore, R.H., Leslie, D., Petrill, S.A., Garvin, V., & Rosenheck, R.A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national dabastase of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 381-389.
- Strober, M. (1980). Personality and symptolotological feature in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *24*, 353-359.
- Strober, M. (1981). A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, *10*, 285-295.
- Strober, M. (1982). Locus of control, psychopathology, and weight gain in juvenile anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *10*, 97-106.
- Strober, M. (1986). Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa empirical findings and theoretical speculations. *International Journal of Eating Disorders*, *3*, 3-16.
- Strober, M., & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 654-659.
- Strober, M., Bowen, E., & Preble, J. (1985). Predictors of weight change Juvenile in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *4*, 605-608.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *22*, 339-360.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 393-401.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell W, Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *9*, 239-253.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., & Kendler, K.S. (1998a). Genetic epidemiology of bingeing and vomiting. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 75-79.
- Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *152*:1073-1074

- Sullivan, P.F., F.R.A.N.Z.C.P., Bulik, C.M., Fear, J.L., & Pickering, A. (1998b). Outcome of anorexia nervosa: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 939-946.
- Sunday, S.R., Reeman, I.M., Ecker, E. & Halmi, K.A. (1996) Ten-year outcome in adolescent onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, *25*, 533-544.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *26*, 414-419.
- Surgenor, L.J., Maguire, S., Beumont, P.J.V. (2004). Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: Can risk factors be identified at point of admission? *European Eating Disorders Review* *12*, 94-100.
- Surgenor, L.J., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. (2007). Self-liking and self-competence: Relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *15*, 139-145.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, B.D., Carter, J.C., Olmsted, M.P., & Kaplan, A.S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 225-229.
- Swann, W.B., Griffin, J.J., Predmore, S.C., & Gaines, B. (1987). The cognitive-affective crossfire: When self-consistency confronts self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 881-889.
- Swift, W.J. (1982). The long-term outcome of early onset anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *21*, 38-46.
- Szumska, I., Tury, F., Csoboth, C.T., Réthelyi, J., Purebl, G., & Hajnal, A. (2005). The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, *13*, 278-284.
- Terry-Short, L.A., Owens, R.G., Slade, P.D., & Dewey, M.E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *18*, 663-668.
- Tesser, A., & Campbel, J. (1983). Self-definition and self-evaluation maintenance. In J. Suls and A. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (pp. 1-31). Hillsdale: Erlbaum.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female cases. *Acta Medica Scandinavica*, *214*, 1-194.
- Theander, S. (1983). Research on outcome and prognosis of anorexia nervosa and some results from a Swedish long-term study. *International Journal of Eating Disorders*, *2*, 167-174.
- Theander, S. (1985) Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: Some results of previous investigations compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of Psychiatric Research*, *19*, 493-508.
- Theander, S: (1992). Chronicity in anorexia nervosa: Results from the Swedish long-term study. In W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vandereycken (Eds.), *The Course of Eating Disorders* (pp. 214-227). Heidelberg, DE: Springer.
- Thelen, E., & Smith, L. (1998). Dynamic systems theories. In Lerner, R.M. (Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (5th edition, pp. 563-634). New York, NY: Wiley.

- Thompson, M.A., & Gray, J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.
- Thompson, M.G., & Schwartz, D.M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic like behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 47-60.
- Thornton, C. & Russell, J. (1997). Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 83-87.
- Thurjfell, B., Edlund, B., Arinell, H., Hägglöf, B., & Engström, I. (2003). Psychometric properties of eating disorder inventory for children (EDI-C) in Swedish girls with and without a known eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 8, 296-303.
- Tiller, J.M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M., & Treasure, J.L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 31-38.
- Torre, K., Delignières, D., & Lemoine, L. (En préparation). Detection of long-range dependence and estimation of fractal exponents through ARFIMA modeling. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*.
- Tousignant, M., & Ehrensaft, E. (2001). La résilience par la reconstruction du sens: l'expérience des traumatismes individuels et collectifs. In Tousignant, M., & Ehrensaft, E. (Eds), *La résilience : Le réalisme de l'espérance* (pp.197-221). Ramonville Saint-Agne, FR : Érès.
- Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., & Bulik, C.M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
- Treasure, J., & Holland, A. (1989). Genetic vulnerability to eating disorders: Evidence from twin and family studies. In H. Remschmidt & M. H. Schmidt (Eds.), *Child and youth psychiatry: European perspectives* (pp. 59-68). New York: Hogrefe & Huber.
- Treasure, J., Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 4-18.
- Treat, T.A., Gaskill, J.A., McCabe, E.B., Ghinassi, F.A., Luczak, A.D., & Marcus, M.D. (2005). Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 123-133.
- Troop, N. A., & Treasure, J. L. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.
- Troop, N.A. (1998). Eating disorders as coping strategies: A critique. *European Eating Disorders Review*, 6, 229-237.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705-712.
- Tylka, T.L., & Subich, L.M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 268-276.
- Tyrer, P., Gunderson, J., Lyons, M., Tohen, M. (1997). Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1, 242-259.

- Urdapilleta, I., Mirabel-Sarron, C., Meunier, J.-M., & Richard, J.-F. (2005). Étude du processus de catégorisation chez des patientes aux troubles des conduites alimentaires : une nouvelle approche cognitive de la psychopathologie. *L'Encéphale*, 31, 82-91.
- Usmiani, S., & Daniluk J. (1997). Mothers and their adolescent daughters: relationship between self-esteem, gender role identity, and body image. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 45-62.
- Vallacher, R.R., Nowak, A., Froehlich, M., & Rockloff, M. (2002). The dynamics of self-evaluation. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 370-379.
- Van Den Brink, M., Bandell-Hoekstra, E., & Abu-Sadd, H. (2001). The occurrence of recall bias in pediatric headache: A comparison of questionnaire and diary data. *Headache*, 41, 11-20.
- Van Hoeken D., Seidell, J, Hoek, H.W. (2003). Epidemiology. In: J. Treasure, U. Schmidt, E. van Furth (Eds), *Handbook of Eating Disorder (2nd edition)*, (pp. 11-34). Chichester, UK: Wiley.
- Van Son, G.E., Van Hoken, D., Bertelds, A.L., Van Furth, E.F., & Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565-569.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1, 7-16.
- Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, J. (1989). The Family approach to eating disorders: Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York, NY: PMA.
- Vanderlinden, J. (2000). *Overcome anorexia nervosa (Anorexia Nervosa overwinnen)*. Tielt, BE: Lannoo.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process? A comparison between the patient's and therapist's view. Preview. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.
- Vansteelandt, K., Pieters, G., Vandereyckena, W., Claes, L., Probst, M., & Van Mechelen, I. (2004). Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology. *Eating Behaviors*, 5, 67-74
- Vansteelandt, K., Rijmen, F., Pieters, G., Probst, M., & Vanderlinden, J. (2007). Does for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study. *Behaviour Tesearch an Therapy*, 45, 1717-1734.
- Varnado-Sullivan, P.J., & Zucker, N (2004). The body logic program for adolescents: A treatment manual for the prevention of eating disorders. *Behavior Modification*, 28, 854-875.
- Verbrugge, L.M. (1980). Health diaries. *Medical Care*, 18, 73-79.
- Virole, B. (2005). *Psychopathologie et complexité*. Paris, FR : Gordon and Breach.
- Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorders, patients with depression and normal controls: A comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85.
- Von Bertalanffy. L. (1976). *General System theory: Foundations, Development, Applications*. New York; NY: George Braziller.

- Vrabel, K.R., Rosenvinge, J.H., Hoffart, A., Martinsen, E.W., & Rø, Ø. (2008). The course of illness following inpatient treatment of adults with longstanding eating disorders: A 5-year follow-up. *International Journal of Eating Disorder*, *41*, 224-232.
- Wade, T.D., Bulik, C.M., Neale, M., & Kendler, K.S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 469-471.
- Wade, T.D., Crosby, R.D., & Martin, N.G. (2006). Use of latent profile analysis to identify eating disorder phenotypes in an adult Australian twin cohort. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1377-1384.
- Wade, T.J., & Cooper, M. (1999). Sex differences in the links between attractiveness, self-esteem and the body. *Personality and Individual Differences*, *27*, 1047-1056.
- Walford, G. & McCune, N. (1991). Long-term outcome in early-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *9*, 27-40.
- Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, *3*, 171-178.
- Wallin, U., & Hanson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry*, *53*, 29-35.
- Walters, E.E., & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 64-71.
- Wamboldt, F. S., Kaslow, N. J., Swift, W. J., & Ritholz, M. (1987). Short-term course of depressive symptoms in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 362-364.
- Ward, A., Brown, N., Lightman, S., Campbell, I. C., & Treasure, J. (1998). Neuroendocrine, appetitive and behavioural responses to d-fenfluramine in women recovered from anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 351-358.
- Ward, A., Ramsay, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, *73*, 35-51.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, *74*, 497-505.
- Wegner, K.E., Smyth, J.M., Crosby, R.D., Wittrock, D., Wonderlich, S.A., & Mitchell, J.E. (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 352-361.
- Weinreich, P., Doherty, J., & Harris, P. (1985). Empirical assessment of identity in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *19*, 297-302.
- Werner, H. (1956). Microgenesis and aphasia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *52*, 347-353.
- West, R.V. (1998). The female athlete. *Sports Medicine*, *26*, 63-71.
- Wheeler, L., & Reis, H. (1991). Self-recording of everyday life events: Origins, types, and uses. *Journal of Personality*, *59*, 339-54.

- Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Abrams, S., Walsh, & Kalikow, K. (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163.
- Wichstrøm, L. (2000). Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating: A prospective study of the general adolescent population in Norway. *International Journal of Eating Disorder*, 28, 33-42.
- Widiger, T.A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504.
- Widlöcher, D., & Abel Prot, V. (1996). Psychanalyse et psychothérapies. In D. Widlöcher & V. Abel Prot (Eds.), *Psychanalyse et psychothérapies*. (pp.11-17). Paris, FR : Flammarion Médecine/Sciences.
- Wild, B., Quenter, A., Friederich, H.C., Schild, S., Herzog, W., & Zipfel, S. (2006). A course of treatment of binge eating disorder: A time series approach. *European Eating Disorders Review*, 14, 79-87.
- Wilksch, S., & Wade, T.D. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 571-578.
- Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., & Yellowlees, A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-Esteem, and self-directed hostility *International journal of Eating Disorders*, 14, 27-32
- Williamson, D.A., Gleaves, D.H., & Stewart, T.M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 1-10.
- Willis, S., & Nelson, R. (1982). The effects of valence and nature of target behavior on the accuracy and reactivity of self-monitoring. *Behavioral Assessment*, 4, 401-412.
- Willoughby, K., Watkins, B., Beumont, P., Maguire, S., Lask, B., & Waller, G. (2002). Patterns of birth in anorexia nervosa II: A comparison of early-onset cases in the southern and northern hemisphere. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 18-23.
- Wilson, G.T., Vitousek, K.M., & Loeb, K.L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 564-572.
- Windauer, U., Lennerts, W., Talbot, P., Touyz, S.W., & Beumont, P.J. (1993). How well are « cured » anorexia nervosa patients? *British Journal of Psychiatry*, 163, 195-200.
- Wingate, B.A., & Christie, M.J. (1978). Ego strength and body image in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 201-204.
- Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Klapper, F., Harris, W.A., & Halmi, K.A. (2001). Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 69-74
- Wonderlich, S.A., Joiner, T.E., Keel, P.K., Williamson, D.A., & Crosby, R.D. (2007). Eating disorder diagnoses. Empirical Approach to classification. *American Psychologist*, 62, 167-180.
- Wylie, R.C. (1974). *The self-concept. A review of methodological consideration and measuring instruments*. Lincoln, IL: University of Nebraska Press.

- Yager, J., Rudnick, F.D., & Metzner, R.J. (1981). Anorexia nervosa: A current perspective and some new directions. In Serafetinides, E. (Eds.), *From Research to Practice: Biobehavioral Contributions*. (pp. 131-150). New York, NY: Grune and Stratton.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C., & Herzog, T. (2005). Drops outs from inpatient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*, 29-37.
- Zimmerman, M., Copeland, L., Shope, J., & Dielman, T. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, *26*, 117-142.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D., Deter, H. D., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up. *The Lancet*, *355*, 721-722.

ANNEXE A

Tableau 1.
Récapitulatif des facteurs de risque de l'anorexie mentale selon la typologie de Kazdin *et al.* (1997) et Kraemer *et al.* (1997).

Facteur	Nature	Référence des études	N	T	L	Conclusion
Poids et autres variables en lien avec le poids	Biologique	Fairburn, Cowen et Harrison (1999), Garfinkel, Modolfsky et Garner (1980), Klump, McGue et Iacono (2000).	3	0	3	Marqueur fixé (i.e. poids) et corrélat (i.e. régime)
Facteur génétique et hérédité	Biologique	Holland, Sicotte et Treasure (1988), Klump, Miller, Keel, McGue et Iacono (2001), Strober, Freeman, Lampert, Diamond et Kaye, (2000), Sullivan, F.R.A.N.Z.C.P, Bulik, Fear et Pickering (1998), Treasure et Holland (1989), Wade, Bulik, Neale et Kendler (2000), Walters et Kendler (1995).	8	3	5	Marqueur fixé
Activité de la sérotonine	Biologique	Brewerton et Jimerson (1996), Frank <i>et al.</i> (2001), Hadigan, Walsh, Buttinger et Hollander (1995), Kaye, Gwirtsman, George et Ebert (1991), Monteleone, Brambilla, Bortolotti, La Rocca et Maj (1998), Ward, Brown, Lightman, Campbell et Treasure (1998).	6	6	0	Corrélat
Développement pré- et périnatal	Biologique	Cnattingius, Hultman, Dahl et Spare (1999), Eagles, Andrews, Johnston, Easton et Millar (2001), Foley, Thacker, Aggen, Neale et Kendler (2001), Hultman, Sparén, Takei, Murray et Cnattingius (1999), Marchi et Cohen (1990), Willoughby, Watkins, Beumont, Maguire, Lask et Waller (2002).	6	2	4	Marqueur fixé (i.e. avant terme, traumas à la naissance) et corrélat (i.e. infections, convulsions, exposition du fœtus à l'alcool et âge avancé de la mère)
Puberté	Biologique	Killen <i>et al.</i> (1992), Hayward <i>et al.</i> (1997), Klump <i>et al.</i> (2001), Attie et Brooks-Gunn (1989), Graber, Brooks-Gunn, Paikoff et Warren (1994), Graber, Lewinsohn, Seeley et Brooks-Gunn (1997), Killen <i>et al.</i> (1994), Leon, Fulkerson, Perry et Early-Zald (1995)	8	4	4	Absence de corrélat (i.e. statut pubertaire) et marqueur fixé non spécifique (i.e. moment pubertaire précoce)

Tableau 1 (suite).

Facteur	Nature	Référence des études	N	T	L	Conclusion
Image du corps	Psychologique	Rabe-Jablonska et Tomasz (2000), Silverstein et Perlik (1995).	2	2	0	Corrélat
Cognitions	Psychologique	Bourke, Taylor, Parker et Bagby (1992), Laessle, Fischer, Fichter, Pirke et Krieg (1992).	2	2	0	Corrélat
Concept de soi	Psychologique	Bers et Quilan (1992), Brytek-Matera (2007), Fairburn, Cooper, Doll et Welch (1999), Halvosen et Heyerdahl (2006), Jacobi, Paul, Zwaan, Nutzinger et Dahme (2004), Kovacs et Palmer (2004), Williams, Power, Millar, Freeman et Yellowlees (1993).	7	6	1	Corrélat
Conscience intéroceptive	Psychologique	Leon <i>et al.</i> (1995), Leon, Fulkerson, Perry, Keel et Klump (1999), Killen <i>et al.</i> (1994, 1996).	4	0	4	Facteur de risque spécifique de l'anorexie mentale
Perfectionnisme	Psychologique	Bastiani, Rao, Weltzin et Haye (1995), Kaye <i>et al.</i> (1991), Kaye, Gendall et Strober (1998), Srinivasagam <i>et al.</i> (1995), Fairburn <i>et al.</i> (1999).	5	4	1	Corrélat
Comorbidités psychiatriques	Psychologique	Rastam (1992), Wamboldt, Kaslow, Swift et Ritholz (1987), Fairburn <i>et al.</i> (1999), Bulik, Sullivan, Fear et Pickering (1997).	4	3	1	Corrélat (i.e. troubles anxieux, troubles compulsifs-obsessionnels, dépression)

Tableau 1 (suite).

Facteur	Nature	Référence des études	N	T	L	Conclusion
Famille : interaction, fonctionnement et histoire	Sociologique	Fairburn <i>et al.</i> (1999), Garfinkel <i>et al.</i> (1983), Halmi <i>et al.</i> (1991), McNamara et Loveman (1990), Nilsson, Gillberg et Rastam (1998), Rivinus <i>et al.</i> (1984), Shisslak, McKeon et Crago (1990), Shoebridge et Gowers (2000), Stern <i>et al.</i> (1992), Strober et Humphrey (1987), Strober, Lampert, Morrell, Burroughs et Jacobs (1990), Strober <i>et al.</i> (2000), Ward, Ramsay et Treasure (2000), Ward <i>et al.</i> (2001), Webster et Palmer (2000).	15	11	4	Corrélat
Environnement socioculturel	Sociologique	Davis et Katzman (1999), Fairburn <i>et al.</i> (1999), Gowen, Hayward, Killen, Robinson, et Taylor (1999), Gunewardene, Huon et Zheng (2001), Lake, Staiger et Glowinski (2000), Lee et Lee (1966, 2000), Nichter (2000), Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel et Stuckless (1999).	9	8	1	Corrélat
Évènement de vie stressant	Sociologique	Gowers, North et Byram (1996), Horesh <i>et al.</i> (1995, 1996), Tiller <i>et al.</i> (1997), Schmidt, Tiller, Andrews, Blancherd et Treasure (1997), Troop et Treasure (1997)	6	3	3	Corrélat
Abus sexuel		Steiger et Zanko (1990), Vize et Cooper (1995), Webster et Palmer (2000)	3	3	0	Corrélat
Apparence à une sous-culture en lien avec le poids	Sociologique	Abraham (1996a, 1996b), Davis, Fox, Cowles, Hastings et Schwass (1990), Davis <i>et al.</i> (1997), Fulkerson, Keel, Leon et Dorr (1999), Garner et Rosen (1991), Johnson, Powers et Dick (1999), Putukian (1998), Sundgot-Borgen (1994).	9	9	0	Corrélat

Notes. N : Nombre d'études ; T : Nombre d'études transversales, L : Nombre d'études longitudinales

ANNEXE B

Tableau 9.
Critères proposés pour la réponse initiale, la rechute, la rémission et le rétablissement.

Critères	Réponse initiale	Rechute	Rémission	Rétablissement	Mesure
Premier critère					
Statut pondéral : IMC (kg/m ²)	≥ 20	< 18.5	≥ 20	Les critères de rémission pour au moins 8 semaines	Poids et taille
Statut pondéral au cours de la vie (kg)	≥ 90%	< 85%	≥ 90%		
Second et troisième critère					
	0	0	0		
Peur intense de grossir et influence excessive du poids et de la forme corporelle sur le concept de soi	Réduction significative statistiquement du symptôme de base ; réduction ≥ 1 écart type	Augmentation significative statistiquement comparée au symptôme de base ; changement ≥ 1 écart type	Index de changement fiable ≥ 1.96 ; le niveau de fonctionnement correspondrait au score probablement issu d'un échantillon sans TCA	Les critères de rémission pour au moins 8 semaines	Échelles de peur de grossir et d'insatisfaction corporelle de l'<<<<<< ; Échelles de poids et forme corporelle de l'EDE
Quatrième critère					
Fonctionnement menstruel	Réapparition des menstruations	Dérèglement du fonctionnement menstruel s'il était régulier	Pourrait présenter des menstruations régulières	Les critères de rémission pour au moins 8 semaines	Indication auto-rapportée ou évaluation médicale possible

Notes. IMC : Indice de masse Corporelle ; EDI : Eating disorder inventory, EDE : Eating disorders examination ; TCA : Troubles du comportement alimentaire

ANNEXE C

Tableau 11.
Caractéristiques méthodologiques des six études traitant du niveau du concept de soi

Études	Participants (groupe)	Age	IMC	Questionnaires	Niveau d'EGS	Résultats généraux
Bers et Quilan (1992)	G1 : 13 anorexiques G2 : 13 contrôles cliniques G3 : 48 contrôles non cliniques	G1 : 18.34 (±2.31) G2 : 17.28 (±2.08) G3 : 18.61 (±2.55)	G1 : 13.30 G2 : 16.66 G3 : 16.46	RSE-S	G1 : 2.82 (±0.88) G2 : 3.33 (±1.24) G3 : 4.92 (±0.73)	F(271) = 39.60** G1<G2 G2<G3 G1<G3
Brytek-Matera (2007)	G1 : 32 anorexiques G2 : 57 contrôles	G1 : 17.66 (±1.30) G2 : 20.84 (±1.91)	G1 : 16.69 (±2.31) G2 : 21.41 (±2.82)	SEI	G1 : 10.50 (±5.63) G2 : 17.61 (±5.27)	Test t ***
Halvosen et Heyerdahl (2006)	G1 : 44 anorexiques	G1 : 14.90 (±1.80)	G1 : 15.30 (±1.60)	RSE-S	G1 : 10.7 (±2.10)	----
Jacobi, Paul, Zwaan, Nutzinger et Dahme (2004)	G1 : 33 anorexiques G2 : 38 boulimiques G3 : 28 HB G4 : 3 groupes contrôles (G4a/G4b/G4c) G5 : 37 troubles anxieux G6 : 37 troubles dépressifs	G1 : 25.2 (±6.90) G2 : 26.1 (±7.80) G3 : 32.8 (±9.60) G5 : 34.8 (±8.70) G6 : 40.8 (±10)	G1 : 15.0 (±1.1) G2 : 21.6 (±3.1) G3 : 40.2 (±8.4)	FSKN (10 items mesurant l'EGS dont 6 semblables au RSE-S)	G1 : 28.97 (±9.80) G4a : 49.64 (±6.50) G2 : 30.45 (±11.2) G4b : 50.08 (±5.30) G3 : 28.61 (±8.60) G4c : 51.29 (±6.20) G5 : 39.34 (±10.9) G6 : 36.96 (±10.6)	F(1,61) = 12.60*** F(1,73) = 15.30*** F(1,53) = 17.80*** F(3,127) = 5.18** F(3,129) = 4.25**
Kovacs et Palmer (2004)	G1 : 117 anorexiques G1A : 22 avec laxatifs G1B : 95 sans laxatifs	G1 : 25 (±9.44)	G1 : 15.52 (±1.91)	RSE-S	G1A : 5.5 (±0.85) G1B : 4.22 (±1.80)	Test t *** Mann-Whitney U = 537
Williams, Power, Millar, Freeman, et Yellowlees (1993)	G1 : 32 anorexiques G2 : 30 boulimiques G3 : 31 obèses avec régime G4 : 29 non obèses avec régime G5 : contrôles	G1 : 25.1 (±6.30) G2 : 26.0 (±6.90) G3 : 32.7 (±6.60) G5 : 32.2 (±7.10) G6 : 26.9 (±8.40)	G1 : 17.0 G2 : 23.39 G3 : 34.10 G5 : 25.45 G6 : 22.60	RSE-S	G1 : 32.4 (±5.70) G2 : 31.7 (±5.90) G3 : 19.8 (±5.10) G5 : 18.2 (±7.50) G6 : 17.6 (±4.90)	F(4,15) = 89.20***

Notes. IMC : Indice de masse corporelle, G : Groupe ; C : Contrôle, HB : Hyperphagie boulimique ou *Binge eating disorder* ; RSE-S : *Rosenberg self-esteem-scale* ; SEI : *Self-esteem inventory* ; FSKN : *Frankfurt self-concept scales* ; **p < .01 et ***p < .001

ANNEXE D

Tableau 12.
Caractéristiques méthodologiques des quatre études traitant de la multidimensionnalité du concept de soi

Études	Participants (groups)	Age	IMC	Questionnaires	Analyse des données	Résultats généraux
McFarlane, McCabe, Jarry, Olmsted et Polivy. (2001)	G1 : 117 TCA G1a : 6 A G1b : 12 B G1b : 16 TANS G2 : 65 contrôles G2a : 31 avec restriction G2b : 34 sans restriction	G1 : 34.70 (\pm 12.46) G2A : 20.65 (\pm 4.65) G1B : 19.97 (\pm 2.24)	G1 : 27.47 (\pm 8.50) G2a : 24.09 (\pm 4.56) G1b : 21.71 (\pm 3.66)	MW-RS-EI Évalue trois dimensions du concept de soi : a) apparence, b) social et c) performance influencée par l'évaluation de soi en lien avec le poids.	ANCOVA	Total : G1/G2a>G2b*** a) : G1/G2a>G2b*** b) : G1/G2a>G2b*** c) : G1>G2a>G2b***
Paterson, Power, Yellowlees, Park et Taylor (2007)	G1 : 27 A G2 : 62 contrôles	G1 : 18 (\pm 3.3) G2 : 23.5 (\pm 3.5)	G1 : 26.5 (\pm 7.87) G2 : 23.1 (\pm 7.80)	SLCS-R Évalue deux dimensions du concept de soi a) <i>self-liking</i> (i.e. valeur de soi) et, b) <i>self-competence</i> (i.e. efficacité de soi).	t de Student Corrélation	a) : G1<G2**; b) : G1<G2** G1 : r (a/b) = .60***; r (a/EAT) = -.29***; r (b/EAT) = -.50***; G2 : r (a/b) = .48***; r (a/EAT) = -.34*** ; r (b/EAT) = .34

Tableau 12 (suite).

Études	Participants (groups)	Age	IMC	Questionnaires	Analyse des données	Résultats généraux
Surgenor et al. (2007)	G1 : 77 A (G1a : A-R et G2b : A-BP)	G1 : 22.5 (±8.5)	G1 : 16.5 (±2.2)	SLCS-R Évalue deux dimensions du concept de soi a) <i>self-liking</i> (i.e. valeur de soi) et, b) <i>self-competence</i> (i.e. efficacité de soi). RSE-S	t de Student Corrélation	a) : $r(a/G1a) > r(i/G1b)**$ b) : aucun c) : $r(b/Abus\ de\ laxatifs) > r(a/vomissement\ provoqués)**$ b) : $r(b/EDI-inefficacité)***$; r (bEDI-perfectionnisme)** et r (b/EDI-méfiance interpersonnelle)*
Wilksch et Wade (2004)	G1 : 19 A G2 : 20 avec restriction G3 : 21 sans restriction	G1 : 20.77 (±6.40) G2 : 19.72 (±1.70) G3 : 19.39 (±1.90)	G1 : 16.05 (±1.85) G2 : 24.47 (±4.07) G3 : 20.48 (±2.55)	SPP-A Évalue 10 dimensions du concept de soi a) <i>physical appearance</i> , b) <i>social acceptance</i> , c) <i>close friendships</i> , d) <i>romantic appeal</i> , e) <i>job competence</i> , f) <i>scholastic competence</i> , g) <i>athletic competence</i> , h) <i>morality</i> , i) <i>global self esteem</i> .	ANOVA Corrélation	a) : $G1 < G2 < G3***$; b) : $G1 < G2 / G3***$; c) : $G1 < G2 / G3**$; d) : $G1 < G2 / G3***$ e) : $G1 < G2*$; f) : $G1 < G3*$; g) NS ; h) : $G1 < G2 < G3***$; i) : $G1 < G2 < G3***$

Notes. IMC : Indice de masse corporelle G : Groupe, A : Anorexie mentale, A-R : Anorexie mentale-restrictive, A-BP : Anorexie mentale boulimique avec purge, SPP-A : *Self-perception profile for adolescents*, TCA : Troubles du comportement alimentaire, A : Anorexie mentale, B : Boulimie, TANS : Troubles alimentaires non spécifiés ou *Eating disorders not otherwise* ; ANCOVA : Analyses de covariance ; MW-RS-EI : *Multidimensional weight-related self-evaluation inventory* ; RSE-S : Rosenberg self-esteem-scale ; SEI : *Self-esteem inventory* ; SLCS-R : *Self-liking/self-competence scale - revised* ; EAT : Eating attitude test ; r : Coefficient de corrélation ; ANOVA : Analyse de variance, * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE E

Tableau 13.
Caractéristiques méthodologiques des dix études d'EEI traitant des troubles du comportement alimentaire (étude de cas, exclue).

Etudes	Variables	Participants (groupe)	Age	Instrument EEI ^a	Procédure (fois/j)	Durée (jours)	Analyse des données
Engel, Wonderlich, Crosby, Wright et Mitchell (2005)	Humeur, Auto-évaluation, Comportement alimentaire, Evènement stressant	10 anorexiques	27.6	POMS PANAS Journal - évènement	ESD : 6/j EID	14	Corrélation
Engel, Boseck, Crosby, Wonderlich, et Mitchell (2007)	Humeur Comportement alimentaire	133 boulimiques	25.3 (±7.6)	ED-C POMS	ESD : 6/j EID EED	14	Multi niveau
Greeno, Wing et Shiftman (2000)	Envie de nourriture Affect	79 surpoids HB et N-HB	39.0	SMC Journal - alimentation	ESD : 6/j EED	7	Multi niveau
Le Grange, Gorin, Catley et Stone (2001)	Faim Restriction Envie de nourriture Affect	42 surpoids HB et N-HB	-	Journal - hyperphagie	EED ESD	14	ANOVA Chi ²
Le Grange, Gorin, Dymek et Stone (2002)	Restriction Envie de nourriture Affect	41 HB	44.2 (±8.5)	Journal - hyperphagie	ESD : 6/j EED	28	ANOVA Chi ²
Smyth <i>et al.</i> (2009)	Stress Affect Comportement alimentaire	133 boulimiques	-	POMS DSI Journal - hyperphagie	ESD : 6/j EID EED	14	Multi niveau ANOVA

Tableau 13 (suite).

Etudes	Variables	Participants (groupe)	Age	Instrument EEI ^a	Procédure (fois/j)	Durée (jours)	Analyse des données
Steiger, Gauvin, Jabalpurwala, Seguin et Stotland (1999)	Interaction sociale	55 boulimiques (actuelles) 18 boulimiques (passées) 31 contrôles	27.46 (±7.4) 27.39 (±5.9) 25.84 (±6.2)	-	EED	[6-22]	Multi niveau
Stein et Corte (2009)	Comportement alimentaire	16 TCA (dont 5 anorexiques)	23.20 (±4.8)	EDE	EED	28	Corrélation
Vansteelandt <i>et al.</i> (2007)	Conduites de minceur État émotionnel Pratique activité physique Envie de pratiquer	32 TCA (dont 19 anorexiques)	21.00 (±6.7)	EDI	ESD : 9/j	7	Multi niveau
Wegner <i>et al.</i> (2009)	Humeur	32 BED subcliniques	19.4 (±1.7)	POMF Journal - hyperphagie	ESD : 7/j EED	14	Régression Multi niveau

Notes. EEI : Evaluation ecologique instantanée, TCA : Troubles du comportement alimentaire, POMS : *Profil of mood states*, PANAS : *Positive and negative affect schedule*, ED-C : *Eating disorders checklist*, SMC : *Self-monitoring companion*, DSI : *Daily stress inventory*, EDE : *Eating description examination*, EDI : *Eating disorder inventory*, ESD : Enregistrement signal-dépendant, EID : Enregistrement intervalle-dépendant, EED : Enregistrement événement-dépendant, HB : Hyperphagie boulimique ou *Binge eating disorder*,

^a Instrument adapté issu de questionnaires ou d'entretiens et journaux quotidiens

ANNEXE F

Tableau 17.
Corrélation entre les prédicteurs et les variables de contrôle aux jour J0 et J70

	EGS-J0	EGS-J70	VPP-J0	VPP-J70	APP-J0	APP-J70	SS-J0	SS-J70	EDI-J0	IMC-J0
EGS-J70	.847***									
VPP-J0	.863**	.817***								
VPP-J70	.766***	.746***	.859***							
APP-J0	.869***	.798***	.827***	.709***						
APP-J70	.826***	.790***	.747***	.714***	.894***					
SS-J0	.535***	.558***	.498***	.550***	.428**	.455***				
SS-J70	.460***	.570***	.450***	.511***	.381**	.403**	.828***			
EDI-J0	-.830***	-.832***	-.762***	-.693***	-.732***	-.749***	-.639***	-.514***		
IMC-J0	.474***	.512***	.585***	.616***	.552***	.543***	.531***	.558***	-.512***	

Notes. J0 : Jour 0 ; J70 : Jour 70 ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; SS : Soi social ; EDI : *Eating disorder inventory* ; IMC : Indice de masse corporelle : ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE G

Tableau 18.

Prédiction linéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J0 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1 à J0		Modèle 2 à J0		Modèle 3 à J0		Modèle 4 à J0		Modèle final à J0	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	-.08	-.61	.04	.28	.01	.05	.10	.66	.02	.16
Statut	.14	.93	.28	1.65	.31	1.76	.52**	3.32	.11	.74
Estime globale de soi	-.70***	-6.52	--	--	--	--	--	--	-.55**	-2.74
VPP	--	--	-.59***	-4.41	--	--	--	--	-.10	-.56
APP	--	--	--	--	-.52***	-3.86	--	--	-.01	-.05
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.41***	-3.43	-.25*	-2.47
IMC										
EDI-A-24	-.11	-.61	.04	.28	.01	.05	.09	.66	--	--
Statut	-.78***	-5.80	-.71***	-4.95	-.73***	-5.13	-.71***	-5.52	--	--
Estime globale de soi	-.14	-.78	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.11	.67	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.04	.28	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.21	1.68	--	--

Notes. VPP : Valeur physique perçue; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4; * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE H

Tableau 19.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J0 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	-.05	-.37	.06	.38	.02	.11	.10	.64	--	--
Statut	.17	1.16	.29	1.66	.32	1.80	.52**	3.28	--	--
EGS	-.70***	-6.49	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	.10	1.17	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.60***	-4.38	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	.03	.33	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.51***	-3.63	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	.06	.63	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.42**	-3.22	--	--
Soi social ²	--	--	--	--	--	--	-.004	-.04	--	--

Tableau 19 (suite).

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.07	-.37	.06	.38	.02	.11	.09	.64	--	--
Statut	-.81***	-5.96	-.71***	-5.27	-.74***	-5.12	-.68***	-5.29	--	--
EGS	-.12	-.64	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.12	-1.25	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.14	.91	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.23*	-2.51	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.03	.21	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.06	-.56	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.25	1.99	--	--
Soi social ²	--	--	--	--	--	--	.14	1.40	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4. * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE I

Tableau 20.

Prédiction linéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J70

	Modèle 1 à J70		Modèle 2 à J0		Modèle 3 à J70		Modèle 4 à J70		Modèle final à J70	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	.01	.08	.09	.55	.03	.19	.22	1.29	.08	.65
Statut	.08	.55	.39*	2.08	.27	1.56	.61***	3.79	.04	.24
Estime globale de soi	-.82***	-7.80	--	--	--	--	--	--	-.65***	-4.45
VPP	--	--	-.44**	-2.90	--	--	--	--	-.01	6.06
APP	--	--	--	--	-.57***	-4.22	--	--	-.18	-1.33
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.36*	-2.64	-.14	-1.37
IMC										
EDI-A-24	.02	.08	.08	.55	.08	.19	.16	1.29	--	--
Statut	-.77***	-5.45	-.71***	-4.64	-.77***	-5.33	-.65***	-5.21	--	--
Estime globale de soi	-.03	-.13	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.12	.75	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.01	-.08	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.36**	3.10	--	--

Notes. VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE J

Tableau 21.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	.04	.33	.10	.61	.01	.05	.26	1.48	--	--
Statut	.13	.96	.40*	2.07	.26	1.50	.61***	3.78	--	--
EGS	-.78***	-7.43	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	.12	1.57	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.45**	-2.89	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	.03	.30	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.56***	-4.11	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	.09	.91	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.38**	-2.76	--	--
Soi social ²	--	--	--	--	--	--	-.11	-.10	--	--

Tableau 21 (suite).

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	.07	.33	.08	.61	.01	.05	.18	1.48	--	--
Statut	-.81***	-5.56	-.72***	-.87	-.76***	-5.23	-.62***	-5.09	--	--
EGS	-.02	-.09	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.12	-1.09	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.14	.91	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.19	-1.97	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.01	-.07	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	.10	1.01	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.37**	3.30	--	--
Soi social ²	--	--	--	--	--	--	.16	1.73	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4; * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE K

Tableau 22.

Effet d'interaction entre le concept de soi et le statut dans la prédiction entre le concept de soi et l'IMC au jour J70 ou l'IMC en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	.01	.07	.05	.35	.02	.09	.20	1.65	--	--
Statut	-.77***	-5.39	-.69***	-4.54	-.77***	-5.24	-.62***	-5.15	--	--
EGS	-.02	-.06	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS X Statut	-.02	-.11	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.01	-.03	--	--	--	--	--	--
VPP X Statut	--	--	.14	.83	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.01	-.07	--	--	--	--
APP X Statut	--	--	--	--	-.02	-.16	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.61***	3.82	--	--
Soi Social X Statut	--	--	--	--	--	--	-.30*	-2.20	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; et *** $p < .001$

ANNEXE L

Tableau 23.

Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	-.05	-.37	.05	.30	.03	.16	.11	.70	.03	.22
Statut	.18	1.10	.34	1.84	.32	1.75	.52	3.18	.16	.95
EGS	-.63***	-5.17	--	--	--	--	--	--	-.51*	-2.21
VPP	--	--	-.48**	-3.22	--	--	--	--	.05	.25
APP	--	--	--	--	-.49***	-3.46	--	--	-.10	-.50
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.39**	-3.08	-.25*	-2.14
IMC										
EDI-A-24	-.13	-.71	-.01	-.04	-.03	-.17	.11	.77	--	--
Statut	-.79***	-5.29	-.68***	-4.68	-.01	-.69***	-.65***	-5.06	--	--
EGS	-.12	-.65	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.08	.47	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.05	.28	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.31*	2.49	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4; * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE M

Tableau 24.

Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	.01	.14	.01	.12	.02	.20	.03	.27	--	--
EDI-A-24	.85***	7.57	.90***	9.37	.85***	9.17	.86***	9.47	--	--
Statut	.07	.60	.09	.84	.06	.53	.08	.71	--	--
EGS	-.03	-.28	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.06	.54	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.05	-.49	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.04	-.42	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.03	-.36	-.05	-.71	-.03	-.51	.03	.42	--	--
IMC	.94***	14.36	.94***	14.42	.94***	14.43	.90***	14.23	--	--
Statut	-.004	-.05	-.01	-.18	-.01	-.07	-.01	-.11	--	--
EGS	.01	.13	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.02	-.34	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.004	.06	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.12*	2.21	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4; * $p < .05$; et *** $p < .001$

ANNEXE N

Tableau 25.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J0 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	.02	.17	.01	.06	.02	.16	.03	.33	--	--
EDI-A-24	.85***	7.35	.90***	9.26	.86***	9.08	.86***	9.37	--	--
Statut	.07	.62	.09	.77	.05	.47	.08	.71	--	--
EGS	-.03	-.29	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	.01	.17	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.06	.55	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.01	-.14	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.05	-.53	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.03	-.40	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	-.04	-.49	--	--
Soi social ²	--	--	--	--	--	--	-.02	-.30	--	--

Tableau 25 (suite).

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.01	-.16	-.05	-.78	-.03	-.51	.03	.41	--	--
IMC	.92***	13.95	.97***	14.10	.94***	14.22	.91***	14.05	--	--
Statut	-.02	-.30	.01	.13	-.01	-.06	-.01	-.10	--	--
EGS	.02	.23	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.05	-1.09	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.04	-.51	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	.06	1.36	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.01	.07	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	.03	.07	--	--	--	--
Soi social	--	--	--	--	--	--	.11	1.85	--	--
Soi social ²	--	--	--	--	--	--	-.04	-.83	--	--

Notes. EGS: Estime globale de Soi; VPP: Valeur physique perçue; APP: Apparence physique perçue; EDI-A-24: Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC: Indice de masse corporelle ; Modèle final: Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3 ou 4; *** $p < .001$

ANNEXE O

Tableau 26.
Corrélations entre les prédicteurs du 64^{ième} jour au 70^{ième} jour

	EGS64	VPP64	APP64	FAP64	AMI64		EGS66	VPP66	APP66	FAP66	AMI66
VPP64	.778***					VPP66	.810***				
APP64	.655**	.765**				APP66	.787***	.702***			
FAP64	.245	.208	.110			FAP66	.071	.129	.094		
AMI64	.369**	.412**	.430**	.388**		AMI66	.391**	.274	.307*	.653***	
PAR64	.306*	.355*	.108	.637***	.220	PAR66	.250	.242*	.265	.583***	.561***
	EGS65	VPP65	APP65	FAP65	AMI65		EGS67	VPP67	APP67	FAP67	AMI67
VPP65	.765***					VPP67	.869***				
APP65	.830***	.714***				APP67	.692***	.764***			
FAP65	-.013	.182	.008			FAP67	.127	.161	.175		
AMI65	.301*	.300*	.265*	.596***		AMI67	.305*	.319*	.314*	.371**	
PAR65	.005	.189	.055	.768***	.524**	PAR67	.152	.252	.272	.667***	.379*

Tableau 26 (suite).

	EGS68	VPP68	APP68	FAP68	AMI68		EGS70	VPP70	APP70	FAP70	AMI70
VPP68	.819***					VPP70	.810***				
APP68	.724***	.818***				APP70	.787***	.702***			
FAP68	.076	.034	-.007			FAP70	.071	.129	.094		
AMI68	.395**	.435**	.353*	.524***		AMI70	.391**	.274	.307*	.653***	
PAR68	.182	.229	.099	.666***	.550***	PAR70	.250	.242*	.265	.583***	.561***
	EGS69	VPP69	APP69	FAP69	AMI69						
VPP69	.866***						--	--	--	--	--
APP69	.854***	.838***					--	--	--	--	--
FAP69	.089	.091	.079				--	--	--	--	--
AMI69	.416**	.372**	.356*	.604***			--	--	--	--	--
PAR69	.113	.170	.096	.688***	.528***		--	--	--	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE P

Tableau 27.

Corrélation entre les variables indépendantes et les variables dépendantes du 64^{ième} jour au 70^{ième} jour

	EGS64	VPP64	APP64	FAP64	AMI64	PAR64	EGS65	VPP65	APP65	FAP65	AMI65	PAR65
EDI-A-24-J0	-.543***	-.609***	-.591***	-.308*	-.429**	-.253	-.681***	-.710***	-.663***	-.194	-.276	-.156
EDI-A-24-J70	-.537***	-.591***	-.617***	-.309*	-.362*	-.222	-.672***	-.680***	-.708***	-.180	-.313*	-.206
IMC-J0	.277	.365**	.173	.170	.151	.288*	.301*	.461***	.223	.229	.194	.202
IMC70	.339*	.402**	.192	.104	.108	.259	.367**	.499***	.211	.187	.220	.158
	EGS66	VPP66	APP66	FAP66	AMI66	PAR66	EGS67	VPP67	APP67	FAP67	AMI67	PAR67
EDI-A-24-J0	-.586***	-.620***	-.645***	-.243	-.258	-.238	-.642***	-.646***	-.581***	-.215	-.165	-.245
EDI-A-24-J70	-.547***	-.508***	-.670***	-.292*	-.316*	-.239	-.650***	-.600***	-.597***	-.256	-.174	-.271
IMC-J0	.301*	.420**	.325*	.196	.125	.222	.326*	.387**	.246	.273	.055	.097
IMC70	.367**	.460***	.330*	.113	.119	.213	.376**	.447***	.230	.185	.103	.079
	EGS68	VPP68	APP68	FAP68	AMI68	PAR68	EGS69	VPP69	APP69	FAP69	AMI69	PAR69
EDI-A-24-J0	-.640***	-.590***	-.528***	-.114	-.440**	-.134	-.622***	-.606***	-.588***	-.205	-.405**	-.174
EDI-A-24-J70	-.664***	-.561***	-.518***	-.185	-.435**	-.174	-.621***	-.573***	-.597***	-.171	-.402**	-.172
IMC-J0	.398**	.443***	.312*	.121	.230	.074	.290*	.338*	.236	.164	.276	.276
IMC-J70	.426**	.454***	.293*	.076	.222	.053	.350*	.392**	.239	.137	.310*	.251
	EGS70	VPP70	APP70	FAP70	AMI70	PAR70						
EDI-A-24-J0	-.676***	-.638***	-.596***	-.334*	-.396**	-.155	-	-	-	-	-	-
EDI-A-24-J70	-.670***	-.555***	-.629***	-.320*	-.366**	-.138	-	-	-	-	-	-
IMC-J0	.351*	.450***	.198	.163	.220	.183	-	-	-	-	-	-
IMC-J70	.369**	.493***	.196	.120	.257	.208	-	-	-	-	-	-

Notes. J0 : Jour 0 ; J70 : Jour 70 ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; SS : Soi social ; EDI-A-24: Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; FAP: Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI: Soi social lié aux ami(e)s ; PAR: Soi social lié aux parents ; IMC: Indice de masse corporelle : * $p < .05$; ** $p < .01$ et *** $p < .001$

ANNEXE Q

Tableau 28.

Prédiction entre le concept de soi au jour J64 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.09	-.51	-.10	-.58	-.21	-1.30	.01	.06	-.02	-.13	.01	.04	-.22	-1.30
Statut	.43*	2.17	.36	1.65	.26	1.39	.61***	3.59	.57**	3.31	.64***	3.62	.26	1.24
EGS	-.28*	-2.14	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.12	-.72
VPP	--	--	-.32*	-2.10	--	--	--	--	--	--	--	--	.09	.42
APP	--	--	--	--	-.45***	-3.68	--	--	--	--	--	--	-.44**	-2.71
FAP	--	--	--	--	--	--	-.19	-1.66	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.21	-1.85	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.31	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.08	-.60	-.10	-.76	-.19	-1.37	-.07	-.48	-.06	-.43	-.04	-.32	--	--
Statut	-.74***	-5.37	-.80***	-5.48	-.76***	-6.001	-.71***	-5.32	-.71***	-5.29	-.70***	-5.16	--	--
EGS	-.11	-.86	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.19	-1.38	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.30*	-2.51	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-.55	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.26	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.41	--	--

Notes. EGS: Estime globale de soi; VPP: Valeur physique perçue; APP: Apparence physique perçue; FAP: Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents; AMI: Soi social lié aux ami(e)s; PAR: Soi social lié aux parents; EDI-A-24: Score total de l'*Eating Disorder Inventory-adolescent*; IMC: Indice de masse corporelle; Modèle final: Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < .001$.

ANNEXE R

Tableau 29.

Prédiction entre le concept de soi au jour J64 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	.003	.03	.01	.06	-.04	-.44	.02	.19	.02	.22	.01	.15	--	--
EDI-A-24	.86***	10.16	.96***	10.16	.82***	9.30	.86***	10.42	.89***	10.34	.88***	10.82	--	--
Statut	.05	.45	.05	.43	.01	.08	.08	.72	.08	.73	.08	.73	--	--
EGS	-.04	-.56	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.03	-.36	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.12	-1.52	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.03	-.48	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.55	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.02	.28	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.04	-.07	-.01	-.22	-.03	-.49	-.06	-1.04	-.02	-.37	-.04	-.67	--	--
IMC	.97***	14.92	.96***	14.37	.94***	13.33	.94***	14.97	.94***	14.50	.94***	14.47	--	--
Statut	.05	.58	.05	.54	-.001	-.02	-.004	-.05	-.01	-.08	-.01	-.13	--	--
EGS	.09	1.79	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.07	1.22	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.01	.17	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.07	-1.74	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.59	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.54	--	--

Notse. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. ; *** $p < .001$.

ANNEXE S

Tableau 30.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J64 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC														
EDI-A-24	.001	.03	-.01	-.15	-.02	-.24	-.06	-.96	-.01	-.13	-.04	-.67	--	--
IMC	.96***	14.94	.94***	14.13	.94***	13.38	.94***	14.61	.96***	16.17	.94***	14.16	--	--
Statut	.06	.73	.04	.45	.003	.04	-.001	-.01	.04	.61	-.01	-.11	--	--
EGS	.10	1.84	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.05	-1.18	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.08	1.37	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.07	-1.67	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.02	.42	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.05	-1.20	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.09	-1.29	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	-.02	-.25	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-1.23	--	--	--	--
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.17**	-3.15	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.77	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.55	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans le modèle final des régressions linéaires et celles significatives dans les modèles des régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

ANNEXE T

Tableau 31.

Prédiction entre le concept de soi au jour J65 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.17	-1.05	-.07	-.42	-.25	-1.68	.01	.06	-.001	-.004	.01	.04	-.25	-1.61
Statut	.23	1.23	.28	1.28	.14	.83	.64***	3.67	.60***	3.45	.63***	3.61	.08	.43
EGS	-.49***	-3.79	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.07	-.38
VPP	--	--	-.46**	-3.18	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13	-.79
APP	--	--	--	--	-.57***	-4.96	--	--	--	--	--	--	-.46*	-2.63
FAP	--	--	--	--	--	--	-.05	-.46	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.15	-1.33	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.07	-.56	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.13	-.89	-.08	-.50	-.25	-1.80	-.04	-.32	-.04	-.32	-.05	-.36	--	--
Statut	-.75***	-5.52	-.73***	-4.99	-.78***	-6.25	-.71***	-5.25	-.71***	-5.25	-.71***	-5.25	--	--
EGS	-.17	-1.20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.06	-.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.37**	-3.02	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.04	.36	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.02	.21	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.80	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE U

Tableau 32.

Prédiction entre le concept de soi au jour J65 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.14	.01	.11	-.07	-.78	.02	.17	.02	.17	.02	.23	--	--
EDI-A-24	.83***	8.98	.86***	9.38	.76***	8.58	.87***	10.79	.86***	10.70	.87***	10.93	--	--
Statut	.03	.29	.06	.48	-.03	-.20	.08	.71	.07	.63	.07	.63	--	--
EGS	-.08	-.92	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.04	-.40	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.20*	-2.38	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.001	.01	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.87	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.97	--	--
IMC														
EDI-A-24	.03	.51	.01	.11	-.06	-.98	-.04	-.70	-.03	-.53	-.04	-.64	--	--
IMC	.98***	15.05	.95***	14.81	.91***	13.02	.94***	14.57	.94***	14.52	.94***	14.61	--	--
Statut	.06	.77	.04	.51	-.03	-.42	-.01	-.09	-.002	-.03	-.01	-.18	--	--
EGS	.13	2.15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.09	1.43	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.05	-.85	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.04	-.87	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.65	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.93	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE V

Tableau 33.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J65 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC														
EDI-A-24	.04	.60	.02	.30	-.06	-.92	-.04	-.78	-.02	-.34	-.04	-.63	--	--
IMC	.97***	14.93	.93***	14.23	.91***	12.91	.95***	14.74	.99***	15.59	.94***	14.43	--	--
Statut	.05	.65	.03	.40	-.03	-.41	.02	.22	.05	.74	-.01	-.16	--	--
EGS	.11	1.82	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.05	-1.25	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.11	1.68	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.05	-1.20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.06	-.88	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.02	-.50	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.10	-1.56	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	-.09	-1.31	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.14	-1.84	--	--	--	--
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.21*	-2.67	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.69	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.004	-.06	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans le modèle final des régressions linéaires et celles significatives dans les modèles de régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE W

Tableau 34.

Prédiction entre le concept de soi au jour J66 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.04	-.27	-.02	-.11	-.10	-.68	.01	.07	.003	.02	.04	.21	-.10	-.67
Statut	.46*	2.58	.52*	2.59	.31	1.75	.62***	3.58	.61***	3.62	.65***	3.76	.31	1.73
EGS	-.31**	-2.58	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.04
VPP	--	--	-.18	-1.26	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.47***	-3.86	--	--	--	--	--	--	-.46*	-2.66
FAP	--	--	--	--	--	--	-.16	-1.39	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.22	-1.97	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.14	-1.26	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.05	-.32	-.05	-.37	-.13	-.90	-.06	-.43	-.05	-.36	-.03	-.19	--	--
Statut	-.71***	-5.25	-.72***	-5.01	-.75***	-5.55	-.72***	-5.35	-.71***	-5.30	-.71***	-5.35	--	--
EGS	.00	.001	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.02	-.11	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.17	-1.28	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-.57	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.07	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.09	.92	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE X

Tableau 35.

Prédiction entre le concept de soi au jour J66 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	.02	.16	.03	.37	-.02	-.16	.02	.23	.02	.18	.02	.24	--	--
EDI-A-24	.87***	9.82	.93***	11.04	.81***	9.19	.86***	10.74	.87***	10.54	.87***	10.60	--	--
Statut	.07	.68	.14	.26	.02	.21	.07	.68	.08	.74	.08	.75	--	--
EGS	-.01	-.08	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.14	.71	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.13	-1.64	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.07	-1.17	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.09	-1.40	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.40	--	--
IMC														
EDI-A-24	.01	.18	-.01	-.11	-.04	-.57	-.05	-.92	-.04	-.65	-.04	-.64	--	--
IMC	.95***	15.12	.95***	14.79	.94***	14.13	.94***	15.20	.94***	14.45	.94***	14.28	--	--
Statut	.02	.26	.03	.36	-.01	-.09	-.01	-.16	-.01	-.09	-.01	-.08	--	--
EGS	.10	1.87	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.08	1.34	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.001	-.02	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.09*	-1.46	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.20	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.12	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE Y

Tableau 36.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J66 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
<i>IMC</i>														
EDI-A-24	.01	.19	-.01	-.09	-.03	-.46	-.04	-.74	-.03	-.55	-.02	-.35	--	--
IMC	.95***	14.91	.94***	14.44	.94***	14.00	.93***	15.35	.95***	14.68	.93***	13.84	--	--
Statut	.02	.26	.03	.39	-.01	-.08	-.05	-.69	.001	.01	-.02	-.24	--	--
EGS	.09	1.80	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.01	-.20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.08	1.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.04	-.85	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.002	.03	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.02	-.54	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.001	-.03	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	.12*	2.05	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.10	-1.28	--	--	--	--
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.11	-1.42	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.72	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.98	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans le modèle final des régressions linéaires et celles significatives dans les modèles de régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < 0.05$; *** $p < .001$

ANNEXE Z

Tableau 37.

Prédiction entre le concept de soi au jour J67 et le score total EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.08	-.51	-.08	-.45	-.11	-.67	.03	.18	-.01	-.05	-.01	-.07	-.10	-.63
Statut	.35*	2.02	.38	1.86	.38*	2.12	.64***	3.70	.63***	3.56	.61***	3.51	.38*	2.10
EGS	-.44***	-3.33	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.53**	-2.69
VPP	--	--	-.33*	-2.32	--	--	--	--	--	--	--	--	.38	1.61
APP	--	--	--	--	-.39**	-3.28	--	--	--	--	--	--	-.32*	-2.09
FAP	--	--	--	--	--	--	-.12	-1.05	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.09	.80	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.17	-1.48	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.08	-.28	-.08	-.53	-.15	-1.04	-.05	-.34	-.05	-.35	-.06	-.45	--	--
Statut	-.51***	-5.30	-.74***	-5.14	-.74***	-5.68	-.71***	-5.26	-.71***	-5.30	-.71***	-5.33	--	--
EGS	-.06	-.43	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.07	-.52	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.21	-1.76	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.02	.19	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.002	.02	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.55	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

ANNEXE AA

Tableau 38.

Prédiction entre le concept de soi au jour J67 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.003	-.03	.02	.20	-.01	-.11	.03	.34	.01	.15	.01	.14	--	--
EDI-A-24	.82***	9.19	.88***	10.01	.83***	9.52	.87***	10.80	.87***	10.64	.86***	10.58	--	--
Statut	.04	.39	.08	.71	.04	.37	.08	.74	.07	.69	.07	.68	--	--
EGS	-.10	-1.24	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.01	.15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.09	-1.25	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-.97	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.35	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.79	--	--
IMC														
EDI-A-24	.01	.11	.01	.22	-.05	-.87	-.05	-.84	-.03	-.51	-.04	-.71	-.03	-.48
IMC	.95***	14.82	.97***	15.21	.93***	13.97	.96***	15.26	.94***	14.68	.93***	14.44	.97***	16.51
Statut	.02	.27	.06	.77	-.02	-.28	.003	.04	-.001	-.02	-.01	-.11	.07	.92
EGS	.08	1.46	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.12*	2.07	--	--	--	--	--	--	--	--	.22**	3.42
APP	--	--	--	--	-.04	-.72	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.09*	-2.07	--	--	--	--	-.08*	-2.11
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.05	1.09	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.54	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

ANNEXE AB

Tableau 39.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J67 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
<i>IMC</i>														
EDI-A-24	.05	.78	.03	.45	-.05	-.76	-.05	-.84	-.02	-.30	-.04	-.60	.04	.63
IMC	.96***	15.89	.95***	15.52	.93***	13.86	.96***	15.09	.98***	16.71***	.95***	14.27	1.00**	16.65
Statut	.04	.49	.06	.74	-.02	-.21	-.004	-.06	.07	.94	-.01	-.12	.12	1.62
EGS	.09	1.74	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.43
EGS ²	-.11*	-2.64	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.66
VPP	--	--	.13*	2.33	--	--	--	--	--	--	--	--	.15	1.76
VPP ²	--	--	-.08*	-2.18	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.33
APP	--	--	--	--	-.03	-.63	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.02	-.55	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.08	-1.37	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	.01	.12	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13*	-2.03	--	--	-.11	-1.57
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.23***	-3.42	--	--	-.18**	-2.33
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.61	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.34	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles de régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AC

Tableau 40.

Prédiction entre le concept de soi au jour J68 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.02	-.12	-.01	-.06	-.03	-.17	.01	.08	.02	.10	-.01	-.04	-.01	-.04
Statut	.39*	2.29	.47*	2.50	.49**	2.74	.64***	3.72	.58***	3.50	.63***	3.55	.38*	2.27
EGS	-.45***	-3.73	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.39*	-2.49
VPP	--	--	-.27	-1.96	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.28*	-2.26	--	--	--	--	--	--	.01	.04
FAP	--	--	--	--	--	--	-.12	-1.08	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.28*	-2.54	--	--	-.18	-1.66
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.08	-.65	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.04	-.28	-.05	-.35	-.08	-.60	-.05	-.36	-.04	-.30	-.05	-.38	--	--
Statut	-.71***	-5.16	-.71***	-4.98	-.73***	-5.40	-.71***	-5.30	-.71***	-5.30	-.72***	-5.37	--	--
EGS	.01	.09	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.01	-.05	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.10	-.80	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.00	-.004	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.01	.10	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.07	-.66	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AD

Tableau 41.

Prédiction entre le concept de soi au jour J68 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	.01	.11	.02	.17	.01	.13	.03	.27	.02	.20	.01	.12	--	--
EDI-A-24	.81***	9.29	.87***	10.22	.86***	10.08	.87***	10.95	.85***	9.91	.87***	10.86	--	--
Statut	.04	.41	.07	.63	.06	.59	.08	.75	.08	.74	.07	.62	--	--
EGS	-.13	-1.60											--	--
VPP	--	--	-.01	-.15			--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.04	-.53	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.08	-1.37	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.64	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.77	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.01	-.18	-.03	-.45	-.05	-.80	-.04	-.70	-.04	-.68	-.04	-.65	--	--
IMC	.94***	14.59	.94***	14.48	.93***	14.30	.94***	1.65	.94***	14.46	.93***	14.41	--	--
Statut	.01	.08	.004	.05	-.02	-.21	-.01	-.07	-.01	-.08	-.01	-.15	--	--
EGS	.05	.88	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.03	.46	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.03	-.62	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.04	-1.02	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.27	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.52	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

ANNEXE AE

Tableau 42.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J68 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC														
EDI-A-24	-.001	-.02	-.03	-.43	-.04	-.74	-.04	-.62	-.02	-.35	-.04	-.63	--	--
IMC	.93	14.47	.93	14.12	.93	14.21	-.95	14.42	.93	14.80	.93	14.13	--	--
Statut	.003	.05	.003	.04	-.02	-.21	.000	.01	-.01	-.09	-.01	-.15	--	--
EGS	.04	.75	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EGS ²	-.05	-1.03	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.03	.44	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.03	-.60	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.03	-.58	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.03	-.80	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-1.01	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	-.03	-.45	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.10	-1.54	--	--	--	--
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13	-1.86	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.45	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.13	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans le modèle final des régressions linéaires et celles significatives dans les modèles de régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 .

ANNEXE AF

Tableau 43.

Prédiction entre le concept de soi au jour J69 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.13	-.78	-.08	-.44	-.16	-.96	.02	.12	.03	.16	.05	.28	-.17	-.99
Statut	.32	1.69	.41*	2.08	.31	1.58	.65***	3.74	.60***	3.51	.67***	3.81	.28***	1.41
EGS	-.41**	-3.15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.53**	-2.69
VPP	--	--	-.31*	-2.31	--	--	--	--	--	--	--	--	.12	.51
APP	--	--	--	--	-.39**	-2.99	--	--	--	--	--	--	-.32*	-2.09
FAP	--	--	--	--	--	--	-.11	-.92	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.23	-2.00	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.11	-.92	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.11	-.74	-.08	-.57	-.16	-1.21	-.04	-.26	-.01	-.10	-.02	-.14	--	--
Statut	-.75***	-5.45	-.74***	-5.28	-.79***	-6.04	-.71***	-5.34	-.70***	-5.50	-.71***	-5.48	--	--
EGS	-.13	-1.03	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.09	-.65	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.28*	-2.36	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.05	.52	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.09	.85	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.17	1.70	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AG

Tableau 44.

Prédiction entre le concept de soi au jour J69 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.09	.01	.15	-.02	-.21	.01	.14	.02	.22	.02	.25	--	--
EDI-A-24	.84***	9.53	.87***	10.01	.84***	9.69	.88***	10.70	.86***	10.25	.87***	10.70	--	--
Statut	.04	.32	.07	.62	.02	.21	.07	.68	.08	.72	.08	.75	--	--
EGS	-.08	-.94			-.09	-1.08	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.01	-.12	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.09	-1.08	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.01	.23	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.55	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.27	--	--
IMC														
EDI-A-24	.01	.16	.001	.02	-.04	-.66	-.04	-.73	-.02	-.34	-.04	-.67	--	--
IMC	.97***	14.85	.96***	14.89	.93***	13.45	.94***	14.46	.93***	14.47	.94***	13.93	--	--
Statut	.04	.57	.04	.51	-.01	-.18	-.002	-.02	-.01	-.10	-.001	-.02	--	--
EGS	.10	1.78	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.09	1.65	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.01	-.23	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.03	-.61	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.93	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.37	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; *** $p < .001$

ANNEXE AH

Tableau 45.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J69 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC														
EDI-A-24	.04	.65	.01	.23	-.02	-.37	-.02	-.32	-.01	-.22	-.03	-.54	.04	.60
IMC	.97***	15.67	.95***	15.53	.94***	13.89	.96***	15.01	.95***	15.26	.95***	14.11	.96***	14.67
Statut	.04	.55	.03	.44	-.01	-.12	.02	.26	.01	.16	.01	.13	.04	.52
EGS	.08	1.55	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.33
EGS ²	-.10*	-2.50	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.65
VPP	--	--	.09	1.65	--	--	--	--	--	--	--	--	.05	.63
VPP ²	--	--	-.10*	-2.51	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.48
APP	--	--	--	--	-.01	-.09	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.08	-1.84	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.10	-1.76	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	-.12	-1.90	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.76	--	--	.01	.11
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13*	-2.22	--	--	-.04	-.56
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.07	-1.18	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.08	-1.34	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles de régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE AI

Tableau 46.

Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J70 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.04	-.29	.01	.03	-.13	-.87	.05	.31	.002	.01	.01	.07	-.15	-1.04
Statut	.37*	2.26	.49*	2.66	.35*	2.12	.66***	3.96	.59***	3.41	.65***	3.70	.40*	2.63
EGS	-.46***	-4.04	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.43*	-2.46
VPP	--	--	-.27*	-2.02	--	--	--	--	--	--	--	--	.53**	2.81
APP	--	--	--	--	-.45***	-4.13	--	--	--	--	--	--	-.47**	-2.80
FAP	--	--	--	--	--	--	-.26*	-2.37	--	--	--	--	-.20*	-2.12
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.20	-1.70	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.49	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.05	-.32	-.01	-.05	-.17	-1.13	-.03	-.22	-.03	-.23	-.04	-.31	--	--
Statut	-.71***	-5.27	-.68***	-4.94	-.72***	-5.55	-.72***	-5.28	-.71***	-5.30	-.72***	-5.30	--	--
EGS	-.01	-.04	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.09	.66	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.21	-1.73	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.03	.30	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.37	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.05	.52	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AJ

Tableau 47.

Prédiction linéaire entre le concept de soi au jour J70 et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	.01	.07	.02	.17	-.02	-.26	.02	.21	.02	.18	.02	.17	--	--
EDI-A-24	.82***	8.79	.91***	10.31	.80***	9.00	.87***	9.88	.87***	10.36	.87***	10.79	--	--
Statut	.06	.55	.10	.88	.04	.37	.08	.75	.08	.71	.08	.70	--	--
EGS	-.09	-1.07	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.07	.87	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.13	-1.75	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.02	-.27	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.002	-.03	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.004	.07	--	--
IMC														
EDI-A-24	.01	.15	.002	.03	-.05	-.75	-.06	-1.03	-.02	-.34	-.04	-.69	--	--
IMC	.94***	14.79	.94***	14.79	.93***	13.92	.95***	14.71	.94***	14.58	.94***	14.48	--	--
Statut	.01	.12	.02	.22	-.01	-.17	.01	.17	-.01	-.07	-.004	-.05	--	--
EGS	.08	1.33	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.08	1.49	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.02	-.42	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.05	-1.20	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.91	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.66	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; *** $p < .001$

ANNEXE AK

Tableau 48.

Prédiction curvilinéaire entre le concept de soi au jour J70 et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0.

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC														
EDI-A-24	.04	.66	.01	.16	-.03	-.48	-.06	-.99	-.02	-.31	-.04	-.70	.03	.46
IMC	.94***	15.25	.92***	14.39	.93***	14.00	.95***	15.18	.95***	15.78	.92***	14.22	.95***	15.57
Statut	.01	.07	.02	.22	-.01	-.09	.03	.46	.03	.42	.003	.05	.03	.44
EGS	.08	1.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.06	.11
EGS ²	-.09*	-2.05	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	-.65
VPP	--	--	.09	1.70	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP ²	--	--	-.06	-1.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.01	-.12	--	--	--	--	--	--	--	--
APP ²	--	--	--	--	-.05	-1.12	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.14*	-2.20	--	--	--	--	--	--
FAP ²	--	--	--	--	--	--	-.12	-1.88	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.07	-1.21	--	--	-.05	-.64
AMI ²	--	--	--	--	--	--	--	--	-.16**	-2.72	--	--	-.12	-1.55
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.11	-1.73	--	--
PAR ²	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.12	-1.69	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans le modèle final des régressions linéaires et celles significatives dans les modèles de régressions curvilinéaires 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AL

Tableau 49.
Corrélations entre les prédicteurs de la 1^{ière} semaine à la 10^{ième} semaine

	EGS1	VPP1	APP1	FAP1	AMI1		EGS3	VPP3	APP3	FAP3	AMI3
VPP1	.891***					VPP3	.905***				
APP1	.872***	.933***				APP3	.950***	.928***			
FAP1	.104	.139	.139			FAP3	.094	.103	.120		
AMI1	.361*	.409**	.343*	.651***		AMI3	.500*	.508***	.464***	.432**	
PAR1	.295*	.215*	.159	.549***	.434***	PAR3	.250	.209	.193	.673***	.275
	EGS2	VPP2	APP2	FAP2	AMI2		EGS4	VPP4	APP4	FAP4	AMI4
VPP2	.887***					VPP4	.928***				
APP2	.882***	.928***				APP4	.892***	.898***			
FAP2	.051	.074	.046			FAP4	.118	.157	.129		
AMI2	.331*	.338*	.295*	.624***		AMI4	.490*	.510***	.446***	.514***	
PAR2	.207	.145	.153	.571***	.437**	PAR4	.246	.289*	.153	.646***	.344*

Tableau 49 (suite).

	EGS5	VPP5	APP5	FAP5	AMI5		EGS7	VPP7	APP7	FAP7	AMI7
VPP5	.905***					VPP7	.903***				
APP5	.850***	.881***				APP7	.843***	.882***			
FAP5	.144	.176	.146			FAP7	.136	.154	.118		
AMI5	.487***	.492***	.458***	.548***		AMI7	.398**	.491***	.442***	.553***	
PAR5	.173	.174	.055	.608***	.304***	PAR7	.2100	.236	.169	.709**	.411**
	EGS6	VPP6	APP6	FAP6	AMI6		EGS8	VPP8	APP8	FAP8	AMI8
VPP6	.893***					VPP8	.926***				
APP6	.867***	.873***				APP8	.853***	.852***			
FAP6	.103	.139	.110			FAP8	.157	.175	.157		
AMI6	.420***	.369**	.426**	.455**		AMI8	.412**	.449***	.467***	.483***	
PAR6	.155	.174	.098	.647***	.341*	PAR8	.278	.305*	.320*	.672***	.410**

Tableau 49 (suite).

	EGS9	VPP9	APP9	FAP9	AMI9		EGS10	VPP10	APP10	FAP10	AMI10
VPP9	.896***					VPP10	.853***				
APP9	.856***	.885***				APP10	.813***	.834***			
FAP9	.142	.104	.117			FAP10	.158	.156	.102		
AMI9	.348*	.423**	.390**	.508***		AMI10	.380**	.394**	.427**	.468**	
PAR9	.227	.258	.205	.703***	.405**	PAR10	.243	.258*	.168	.762***	.380**

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AM

Tableau 50.

Corrélation entre les variables indépendantes et les variables dépendantes de la 1^{ière} à la 10^{ième} semaine

	EGS1	VPP1	APP1	FAP1	AMI1	PAR1	EGS2	VPP2	APP2	FAP2	AMI2	PAR2
EDI-A-24-J0	-.781***	-.788***	-.744***	-.190	-.397**	-.213	-.722***	-.738***	-.669***	-.163	-.371**	-.112
EDI-A-24-J70	-.753***	-.749***	-.724***	-.114	-.384**	-.154	-.734***	-.725***	-.697***	-.033	-.355*	-.054
IMC-J0	.455***	.516***	.435**	.090	.090	.259	.393**	.474***	.347*	.164	.100	.207
IMC70	.514***	.548***	.462***	.077	.078	.278	.440**	.481***	.361*	.129	.059	.216
	EGS3	VPP3	APP3	FAP3	AMI3	PAR3	EGS4	VPP4	APP4	FAP4	AMI4	PAR4
EDI-A-24-J0	-.791***	-.696***	-.700***	-.140	-.651***	-.224	-.703***	-.739***	-.678***	-.233*	-.644***	-.316*
EDI-A-24-J70	-.730***	-.690***	-.723**	-.048	-.634***	-.157	-.699***	-.731***	-.697***	-.163	-.577***	-.221
IMC-J0	.367**	.335*	.321*	.171	.181	.342*	.402**	.383**	.285*	.230	.180	.392**
IMC70	.409**	.358*	.340*	.162	.167	.367**	.450***	.375**	.303*	.204	.192	.371**
	EGS5	VPP5	APP5	FAP5	AMI5	PAR5	EGS6	VPP6	APP6	FAP6	AMI6	PAR6
EDI-A-24-J0	-.725***	-.729***	-.676***	-.172	-.571***	-.114	-.797***	-.753***	-.702***	-.183	-.545***	-.140
EDI-A-2470	-.736***	-.713***	-.707***	-.135	-.545***	-.062	-.742***	-.686***	-.739***	-.125	-.526***	-.097
IMC-J0	.391**	.429**	.276	.228	.204	.278	.377**	.403**	.277	.172	.095	.256
IMC-J70	.435**	.434**	.272	.207	.190	.296*	.452***	.444***	.280	.147	.112	.250
	EGS7	VPP7	APP7	FAP7	AMI7	PAR7	EGS8	VPP8	APP8	FAP8	AMI8	PAR8
EDI-A-24-J0	-.782***	-.690***	-.690***	-.149	-.416**	-.146	-.717***	-.746***	-.668***	-.185	-.420**	-.281*
EDI-A-24-J70	-.731***	-.697***	-.697***	-.134	-.406**	-.137	-.704***	-.704***	-.705***	-.187	-.412**	.285*
IMC-J0	.384**	.253	.253	.091	.104	.101	.335*	.412**	.225	.199	.220	.154
IMC-J70	.438**	.286*	.286*	.533	.112	.121	.397**	.459***	.234	.141	.246	.159
	EGS9	VPP9	APP9	FAP9	AMI9	PAR9	EGS10	VPP10	APP10	FAP10	AMI10	PAR10
EDI-A-24-J0	-.699***	-.703***	-.630***	-.231	-.365**	-.244	-.688***	-.684***	-.652***	-.269	-.369**	-.250
EDI-A-24-J70	-.704***	-.673***	-.66***	-.210	-.355*	-.222	-.684***	-.626***	-.668***	-.309*	-.361*	-.272
IMC-J0	.305**	.315*	.179	.192	.185	.196	.322**	.423**	.219	.211	.170	.237
IMC-J70	.363**	.380**	.191	.158	.207	.180	.393**	.487***	.228	.143	.205	.207

Notes. J0 : Jour 0 ; J70 : Jour 70 ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle : * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AN

Tableau 51.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S1 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.07	-.03	-.23	-.08	-.53	.05	.26	-.02	-.14	.01	.06	-.04	-.26
Statut	.29	1.82	.06	.20	.23	1.29	.69***	3.92	.58***	3.53	.65	3.69	.26	1.47
EGS	-.57***	-4.97	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.43*	-2.03
VPP	--	--	-.59***	-4.31	--	--	--	--	--	--	--	--	.02	.07
APP	--	--	--	--	-.54***	-4.15	--	--	--	--	--	--	-.13	-.49
FAP	--	--	--	--	--	--	-.15	-1.31	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.29**	-2.67	--	--	-.15	-1.41
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.31	--	--
IMC														
EDI-A-24	.03	.19	-.04	-.23	-.01	-.64	-.004	-.03	-.08	-.57	-.03	-.19	--	--
Statut	-.69***	-5.09	-.70***	-4.80	-.74***	-5.24	-.74***	-5.47	-.70***	-5.18	-.70***	-5.32	--	--
EGS	.12	.74	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.02	.09	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.10	-.62	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.11	1.07	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.07	-.63	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.14	1.43	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AO

Tableau 52.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S1 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	.01	.15	-.01	.14	.003	.04	.001	.01	.01	.14	.004	.04	--	--
EDI-A-24	.82***	7.87	.85***	8.40	.83***	8.63	.90***	10.66	.86***	9.79	.88***	10.90	--	--
Statut	.06	.56	.06	.50	.04	.39	.05	.43	.08	.74	.07	.66	--	--
EGS	-.09	-.90	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.05	-.44	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.08	-.84	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.05	.84	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.50	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.05	.74	--	--
IMC														
EDI-A-24	.07	.96	.02	.34	-.001	-.01	-.04	-.70	-.05	-.79	-.03	-.54	--	--
IMC	.94***	15.37	.94***	14.83	.94***	14.54	.94***	14.25	.93***	14.43	.93***	14.15	--	--
Statut	.02	.29	.03	.43	.02	.24	.002	.02	-.004	-.05	-.01	-.14	--	--
EGS	.15*	2.32	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.10	1.41	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.06	.94	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.02	-.35	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.55	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.67	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE AP

Tableau 53.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S2 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.09	-.61	-.09	-.59	-.17	-1.08	.01	.06	.01	.06	-.001	-.01	-.01	-.64
Statut	.24	1.43	.18	.91	.18	.94	.65***	3.67	.62***	3.79	.64***	3.66	.24	1.26
EGS	-.55***	-4.63	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.41	-1.87
VPP	--	--	-.56***	-3.87	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.10
APP	--	--	--	--	-.52***	-3.92	--	--	--	--	--	--	-.13	-.46
FAP	--	--	--	--	--	--	.03	-.22	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.28*	-2.67	--	--	-.15	-1.50
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.01	.07	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.08	-.51	-.13	-.84	-.16	-1.12	-.02	-.11	-.07	-.51	-.04	-.27	--	--
Statut	-.72***	-5.24	-.78***	-5.27	-.80***	-5.80	-.73***	-5.49	-.70***	-5.13	-.70***	-5.39	--	--
EGS	-.06	-.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.17	-1.05	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.26	-1.86	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.12	1.17	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.45	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.15	1.48	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE AQ

Tableau 54.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S2 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.10	-.001	-.01	-.04	-.40	-.03	-.29	-.03	-.29	.00	.01	--	--
Statut	.79***	.47	.83***	.92	.80***	9.23	.91***	11.45	.91***	11.45	.88***	10.94	--	--
EDI-A-24	.02	.22	.02	.19	-.02	-.18	.02	.22	.02	.22	.07	.61	--	--
EGS	-.15	-1.64	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.10	-.97	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.16	-1.82	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.12	1.97	.12	1.97	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.29	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.05	.83	--	--
IMC														
EDI-A-24	.02	.32	-.03	-.40	-.03	-.42	-.04	-.77	-.07	-1.10	-.03	-.60	--	--
Statut	.95***	14.90	.94***	.04	.94***	13.82	.95***	14.30	.94***	14.73	.93***	14.07	--	--
IMC	.03	.37	.003	.04	.01	.06	.11	.01	.01	.11	-.01	-.14	--	--
EGS	.10	1.58	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.02	.26	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.02	.31	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.03	-.76	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-1.29	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.02	.45	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE AR

Tableau 55.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S3 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.11	-.73	-.14	-.88	-.16	-1.07	.02	.08	-.01	-.07	.01	.06	-.10	-.75
Statut	.24	1.41	.24	1.35	.20	1.18	.66***	3.69	.51***	3.73	.65***	3.69	.28	1.88
EGS	-.55***	-4.70	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.08	-.31
VPP	--	--	-.50***	-3.99	--	--	--	--	--	--	--	--	.25	1.07
APP	--	--	--	--	-.56***	-4.71	--	--	--	--	--	--	-.49	-1.59
FAP	--	--	--	--	--	--	-.04	-.32	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.51***	-5.58	--	--	-.40***	-4.22
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.66	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.11	-.66	-.16	-1.03	-.17	-1.11	-.02	-.11	-.12	-.65	-.02	-.12	--	--
Statut	-.73***	-5.35	-.76***	-5.60	-.76***	-5.65	-.73***	-5.54	-.68***	-4.85	-.68***	-5.36	--	--
EGS	-.10	-.67	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.20	-1.42	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.22***	-2.22	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.15	1.46	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.08	-.57	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.22*	2.22	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$, *** $p < .001$

ANNEXE AS

Tableau 56.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S3 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.15	-.01	-.11	-.03	-.34	-.01	-.14	.01	.14	-.01	-.08	--	--
EDI-A-24	.79***	8.41	.82***	8.83	.78***	8.52	.89***	11.08	.79***	7.36	.88***	10.95	--	--
Statut	.02	.22	.03	.30	.01	.05	.04	.41	.11	.97	.06	.60	--	--
EGS	-.14	-1.64	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.09	-1.06	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.16	-1.88	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.08	1.29	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.10	-1.16	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.06	.89	--	--
IMC														
EDI-A-24	.01	.19	-.02	-.24	-.02	-.32	.04	.63	-.08	-1.07	-.03	-.52	--	--
IMC	.95***	14.70	.95***	14.13	.94***	14.02	.94***	14.03	.93***	14.54	.92***	13.73	--	--
Statut	.02	.30	.01	.12	.004	.05	-.01	-.07	.01	.12	-.02	-.21	--	--
EGS	.08	1.32	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.04	.57	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.03	.40	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.004	-.08	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.90	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.96	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; *** $p < .001$.

ANNEXE AT

Tableau 57.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S4 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.09	-.58	-.14	-.95	-.20	-1.27	.04	.20	-.02	-.12	.02	.11	-.16	-1.11
Statut	.26	1.45	.17	.95	-.19	1.02	.66***	3.78	.52***	3.48	.65***	3.70	.20	1.15
EGS	.50***	-3.87	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.12	.46
VPP	--	--	-.57***	-4.46	--	--	--	--	--	--	--	--	-.22	-.81
APP	--	--	--	--	-.53***	-4.33	--	--	--	--	--	--	-.31	-1.39
FAP	--	--	--	--	--	--	-.10	-.84	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.44***	-4.48	--	--	-.31**	-2.95
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.37	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.08	-.53	-.21	-1.35	-.19	-1.33	-.01	-.09	-.09	-.48	-.01	-.06	--	--
Statut	-.73***	-5.20	-.79***	-5.83	-.78***	-5.89	-.72***	-5.45	-.70***	-4.98	-.69***	-5.27	--	--
EGS	-.07	-.45	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.29	-1.90	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.28*	-2.08	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.12	1.21	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.32	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.17	1.70	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; *p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001.

ANNEXE AU

Tableau 58.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S4 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.003	-.03	-.01	-.14	-.04	-.41	-.001	-.01	.02	.18	-.02	-.20	--	--
EDI-A-24	.82***	8.96	.81***	8.45	.80***	8.78	.89***	10.82	.88***	8.22	.89***	11.09	--	--
Statut	.03	.29	.02	.20	.00	.00	.06	.54	.08	.69	.06	.57	--	--
EGS	-.10	-1.12	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.11	-1.18	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.15	-1.67	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.05	.80	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.004	.04	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.09	-1.31	--	--
IMC														
EDI-A-24	.02	.26	-.06	-.81	-.03	-.39	-.04	-.72	-.04	-.50	-.04	-.66	--	--
IMC	.96***	14.93	.92***	13.83	.94***	13.67	.94***	14.21	.94***	14.42	.94***	13.92	--	--
Statut	.04	.48	-.02	-.29	.003	.03	.001	.01	-.01	-.08	-.01	-.06	--	--
EGS	.10	1.65	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.04	-.52	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.02	.29	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.02	-.50	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.002	-.04	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.24	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; *** $p < .001$.

ANNEXE AV

Tableau 59.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S5 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.12	-.81	-.10	-.64	-.18	-1.19	.03	.17	-.03	-.16	-.02	-.12	-.16	1.15
Statut	.20	1.12	.22	1.17	.21	1.25	.66***	3.75	.51**	3.21	.66***	3.76	.19	1.10
EGS	-.57***	-4.58	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.31	-1.44
VPP	--	--	-.52***	-3.89	--	--	--	--	--	--	--	--	.20	.79
APP	--	--	--	--	-.54***	-4.69	--	--	--	--	--	--	-.36	-1.82
FAP	--	--	--	--	--	--	-.08	-.67	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.38***	-3.65	--	--	-.23*	-2.29
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.11	.91	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.11	-.70	-.14	-.93	-.21	-1.40	-.02	-.16	-.10	-.65	-.06	-.45	--	--
Statut	-.74***	-5.32	-.77***	-5.46	-.76***	-5.86	-.71***	-5.45	-.70***	-5.21	-.67***	-4.96	--	--
EGS	-.11	-.75	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.19	-1.21	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.28*	-2.15	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.14	1.37	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.08	-.66	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.12	1.20	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

ANNEXE AW

Tableau 60.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S5 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.02	.86	.00	.01	-.04	-.44	.01	.09	.01	.14	.004	.05	--	--
EDI-A-24	-.18***	-.52	.83***	8.86	.78***	8.62	.88***	10.77	.85***	9.01	.87***	10.82	--	--
Statut	.01	.10	.04	.32	.003	.03	.07	.64	.08	.74	.08	.80	--	--
EGS	-.15	-1.63	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.08	-.85	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.17*	-2.01	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.02	.32	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.04	-.54	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.06	.90	--	--
IMC														
EDI-A-24	.02	.26	-.03	-.48	-.05	-.78	-.04	-.67	-.06	-.88	-.04	-.68	--	--
IMC	.96***	14.76	.94***	14.17	.93***	13.65	.94***	14.11	.93***	14.44	.93	14.28	--	--
Statut	.04	.45	-.003	-.04	-.02	-.24	-.002	-.03	-.004	-.06	-.002	-.02	--	--
EGS	.10	1.48	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.01	.10	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.03	-.48	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.01	-.32	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.66	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.75	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; *** $p < .001$.

ANNEXE AX

Tableau 61.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S6 et l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.11	-.75	-.08	-.54	-.20	-1.41	.01	.07	-.08	-.63	-.01	-.05	-.22	-1.64
Statut	.22	1.32	.28	1.53	.16	.99	.65***	3.70	.49**	.11	.65***	3.70	.15	.98
EGS	-.57***	-4.87	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.31	-1.55
VPP	--	--	-.48***	-3.64	--	--	--	--	--	--	--	--	.27	1.29
APP	--	--	--	--	-.59***	-5.33	--	--	--	--	--	--	-.45*	-2.38
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-.48	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.40***	-3.93	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.37	-.26**	-2.76
IMC														
EDI-A-24	-.07	-.39	-.11	-.64	-.23	-1.50	-.04	-.26	-.13	-.85	-.05	-.36	--	--
Statut	-.71***	-5.24	-.73***	-5.30	-.76***	-5.87	-.71***	-5.33	-.68***	-5.06	-.69***	-5.13	--	--
EGS	-.03	-.19	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.10	-.61	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.30*	-2.20	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.06	.60	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.12	-1.02	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.10	.95	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AY

Tableau 62.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S6 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.001	-.01	.02	.23	-.05	-.59	.01	.08	.01	.05	.01	.08	--	--
EDI-A-24	.82***	7.97	.89***	8.99	.75***	8.19	.88***	10.87	.84***	8.79	.87***	10.87	--	--
Statut	.05	.44	.09	.77	-.01	-.08	.07	.64	.08	.74	.08	.73	--	--
EGS	-.09	-.89	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.03	.31	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.23*	-2.33	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.04	.68	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.70	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.65	--	--
IMC														
EDI-A-24	.08	1.26	.02	.30	-.05	-.66	-.04	-.70	-.03	-.48	-.04	-.63	--	--
IMC	.97***	15.98	.95***	14.76	.93***	13.58	.94***	14.42	.94***	14.24	.94***	14.27	--	--
Statut	.05	.70	.03	.37	-.01	-.17	-.003	-.04	-.01	-.09	-.01	-.09	--	--
EGS	.18**	2.86	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.09	1.41	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.02	-.26	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.02	-.52	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.01	.09	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.003	.08	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE AZ

Tableau 63.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S7 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.14	-1.00	-.14	-.92	-.18	-1.20	.02	.09	-.06	-.38	.003	.02	-.19	-1.32
Statut	.20	1.24	.18	.99	.23	1.38	.65***	3.75	.53*	2.99	.64***	3.65	.16	.94
EGS	-.58***	-5.17	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.45*	-2.05
VPP	--	--	-.56***	-4.45	--	--	--	--	--	--	--	--	.12	.44
APP	--	--	--	--	-.53***	-4.68	--	--	--	--	--	--	-.24	-1.22
FAP	--	--	--	--	--	--	-.11	-.93	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.25*	-2.20	--	--	-.12	-1.10
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.06	-.55	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.12	-.71	-.14	-.85	-.19	-1.21	-.05	-.33	-.10	-.72	-.04	-.33	--	--
Statut	-.72***	-5.38	-.74***	-5.41	-.74***	-5.62	-.71***	-5.30	-.71***	-5.40	-.71***	-5.30	--	--
EGS	-.11	-.71	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.15	-.93	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.23	-1.67	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.01	.14	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.13	-1.20	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.31	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE BA

Tableau 64.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S7 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.02	.18	.01	.12	-.03	-.29	.02	.18	.01	.09	.02	.18	--	--
EDI-A-24	.79***	7.85	.86***	8.25	.80***	8.35	.87***	10.68	.86***	10.11	.87***	10.78	--	--
Statut	.03	.30	.07	.60	.03	.26	.08	.71	.07	.65	.08	.71	--	--
EGS	-.13	-1.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.02	-.16	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.13	-1.47	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.02	-.03	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.44	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.003	-.05	--	--
IMC														
EDI-A-24	.06	.83	.05	.77	-.01	-.11	-.04	-.77	-.04	-.61	-.03	-.59	--	--
IMC	.97***	15.26	.97***	15.07	.95***	14.03	.94***	14.60	.93***	14.17	.94***	14.47	--	--
Statut	.04	.53	.05	.66	.01	.13	.001	.01	-.01	-.10	-.01	-.09	--	--
EGS	.14*	2.19	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.14	2.00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	.05	.74	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.04	-.92	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.002	-.05	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.02	.48	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE BB

Tableau 65.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S8 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.16	-1.02	-.14	-.86	-.27	-1.77	.03	.15	-.02	-.11	.001	.01	-.26	-1.69
Statut	.21	1.14	.18	.91	.12	.64	.65***	3.75	.56*	3.18	.61***	3.54	.11	.56
EGS	-.53***	-4.20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.27	-1.01
VPP	--	--	-.52***	-3.70	--	--	--	--	--	--	--	--	.11	.37
APP	--	--	--	--	-.58***	-4.84	--	--	--	--	--	--	-.45*	-2.28
FAP	--	--	--	--	--	--	-.11	-.94	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.22	-1.89	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.16	-1.41	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.13	-.85	-.14	-.88	-.24	-1.73	-.04	-.30	-.05	-.38	-.05	-.34	--	--
Statut	-.75	-5.45	-.77***	-5.37	-.78***	-6.25	-.71***	-5.31	-.71***	-5.30	-.71***	-5.30	--	--
EGS	-.15	-1.02	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.17	-1.08	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.36**	-2.89	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.04	.41	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.15	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.002	.02	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE BC

Tableau 66.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S8 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.12	.01	.11	-.08	-.78	.02	.22	.01	.15	.02	.17	--	--
EDI-A-24	.82***	8.62	.96***	8.92	.77***	8.59	.97***	10.70	.86***	10.29	.87***	10.54	--	--
Statut	.03	.30	.06	.53	-.03	-.29	.08	.74	.07	.66	.08	.70	--	--
EGS	-.09	-.97	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.02	-.20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.19*	-2.21	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.02	-.32	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.43	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.46	--	--
IMC														
EDI-A-24	.04	.58	.03	.42	-.04	-.61	-.05	-.81	-.03	-.44	-.03	-.59	--	--
IMC	.98***	15.06	.97***	14.80	.93***	13.00	.95***	14.75	.94***	14.51	.94***	14.44	--	--
Statut	.05	.69	.06	.73	-.01	-.14	.002	.03	-.002	-.03	-.01	-.09	--	--
EGS	.13*	2.07	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.12	1.73	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.01	-.14	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-1.31	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.60	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.004	.10	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significative dans les modèles, 1, 2, 3, 4, 5 et 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE BD

Tableau 67.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S9 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.18	-1.18	-.18	-1.11	-.28	-1.79	.05	.28	-.003	-.02	.01	.08	-.27	-1.70
Statut	.19	1.06	.20	1.04	.14	.79	.67***	3.88	.59***	3.43	.64***	3.65	.13	.67
EGS	-.54***	-4.35	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.33	-1.45
VPP	--	--	-.49***	-3.65	--	--	--	--	--	--	--	--	.15	.58
APP	--	--	--	--	-.55***	-4.60	--	--	--	--	--	--	-.42	-1.48
FAP	--	--	--	--	--	--	-.16	-1.42	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.20	-1.80	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.10	-.89	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.15	-.98	-.15	-1.01	-.23	-1.68	-.02	-.14	-.04	-.32	-.04	-.30	--	--
Statut	-.75***	-5.56	-.77***	-5.60	-.78***	-6.24	-.72***	-5.41	-.71***	-5.30	-.71***	-5.29	--	--
EGS	-.18	-1.31	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.20	-1.41	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.36**	-2.99	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	.09	.89	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.01	.10	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.03	.33	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE BE

Tableau 68.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S9 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.03	-.28	.00	.004	-.08	-.85	.02	.19	.02	.17	.02	.17	--	--
EDI-A-24	.81***	8.63	.85***	8.99	.78***	8.87	.87***	10.50	.87***	10.34	.87***	10.70	--	--
Statut	.02	.13	.05	.44	-.03	-.30	.08	.71	.08	.70	.08	.71	--	--
EGS	-.13	-1.39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.04	-.44	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.19*	-2.28	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.01	-.08	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.36	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	.003	.04	--	--
IMC														
EDI-A-24	.03	.42	.04	.60	-.04	-.58	-.05	-.79	-.03	-.47	-.04	-.67	--	--
IMC	.98***	14.75	.99***	15.00	.93***	12.91	.95***	14.41	.94***	14.49	.94***	14.44	--	--
Statut	.05	.61	.07	.90	-.01	-.11	.01	.07	-.01	-.07	-.01	-.08	--	--
EGS	.11	1.81	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.14*	2.21	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.004	-.07	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.03	-.77	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.02	.50	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.34	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE BF

Tableau 69.

Prédiction linéaire entre le concept de soi lors de la semaine S10 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut et l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.14	-.92	-.08	-.49	-.23	-1.43	.03	.19	-.02	-.10	.03	.16	-.24	-1.57
Statut	.25	1.36	.33	1.59	.20	1.10	.63***	3.73	.58*	3.32	.64***	3.68	.22	1.21
EGS	-.49***	-3.95	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.40*	-2.11
VPP	--	--	-.36*	-2.42	--	--	--	--	--	--	--	--	.37	1.65
APP	--	--	--	--	-.51***	-4.21	--	--	--	--	--	--	-.48*	-2.53
FAP	--	--	--	--	--	--	-.19	-1.69	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.20	-1.75	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.14	-1.25	--	--
IMC														
EDI-A-24	-.11	-.70	-.09	-.58	-.22	-1.57	-.05	-.35	-.05	-.36	-.04	-.28	--	--
Statut	-.74***	-5.38	-.75***	-5.09	-.77***	-6.07	-.71***	-5.30	-.71***	-5.30	-.71***	-5.28	--	--
EGS	-.11	-.80	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	-.09	-.62	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.33*	-2.62	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.001	-.01	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.01	-.07	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.47	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'Eating disorder inventory-adolescent ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE BG

Tableau 70.

Prédiction linéaire entre le concept de soi durant la semaine S10 et le EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24														
IMC	-.01	-.13	.03	.27	-.04	-.43	.03	.28	.01	.15	.02	.26	--	--
EDI-A-24	.82***	8.88	.89***	9.96	.80	8.81	.86***	10.53	.87***	10.36	.87***	10.66	--	--
Statut	.03	.28	.10	.82	.01	.07	.08	.78	.07	.68	.08	.74	--	--
EGS	-.10	-1.09	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
VPP	--	--	.04	.41	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
APP	--	--	--	--	-.13	-1.53	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.06	-.97	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	-.02	-.38	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.05	-.72	--	--
IMC														
EDI-A-24	.04	.62	.02	.30	-.04	-.60	-.05	-.97	-.02	-.40	-.04	-.72	.84	9.16
IMC	.88***	15.36	.97***	15.18	.93***	13.24	.95***	14.99	.94***	14.57	.94***	14.48	.09	.79
Statut	.06	.74	.07	.86	-.01	-.13	.001	.02	-.002	-.03	-.01	-.07	-.004	-.04
EGS	.14*	2.34	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.23	-1.93
VPP	--	--	.13*	2.05	--	--	--	--	--	--	--	--	.20	1.64
APP	--	--	--	--	-.01	-.12	--	--	--	--	--	--	--	--
FAP	--	--	--	--	--	--	-.07	-1.68	--	--	--	--	--	--
AMI	--	--	--	--	--	--	--	--	.04	.80	--	--	--	--
PAR	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.03	-.63	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les dimensions du concept de soi significatives dans les modèles 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE BH

Tableau 71.

Niveaux et indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi des participantes sans TCA au cours des 70 jours

Sujet	Age	IMC	EGS				VPP				APP			
			M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD
A	19	22.38	8.07	0.86	3.70	0.59	6.52	1.46	8.10	1.08	1.71	1.59	6.80	0.69
B	15	17.43	5.52	1.32	8.90	1.10	5.62	1.14	7.40	1.10	5.76	1.14	7.40	1.01
C	20	21.83	5.92	1.09	5.70	0.68	4.73	0.72	3.70	0.49	5.01	0.90	4.30	0.61
D	18	19.92	7.54	0.63	3.20	0.64	7.01	0.79	3.60	0.68	7.02	0.73	3.60	0.68
E	19	21.72	5.98	1.02	7.90	0.94	5.80	1.24	6.60	1.02	5.43	0.85	5.20	0.75
F	14	17.54	4.59	1.95	7.60	1.97	4.40	1.96	7.20	1.87	4.19	1.99	7.80	2.26
G	16	19.60	8.01	1.39	9.60	1.12	7.56	1.32	5.70	1.17	7.61	1.39	7.90	1.27
H	15	21.05	8.52	0.81	3.80	0.90	8.12	0.97	5.30	1.05	8.66	0.73	3.20	0.76
I	15	18.20	8.92	0.52	2.20	0.34	8.51	0.69	3.50	0.50	8.54	0.53	2.30	0.38
J	21	24.14	5.72	0.96	4.50	0.84	5.31	0.83	4.30	0.82	5.07	0.74	3.60	0.70
K	15	16.37	5.57	0.75	4.00	0.55	4.68	1.14	7.80	0.76	5.00	1.01	4.20	0.55
L	15	22.22	6.07	1.01	4.80	0.93	2.79	1.72	7.00	1.06	5.76	1.39	6.90	1.25
M	15	18.08	9.78	0.13	0.50	0.11	9.78	0.15	0.70	0.14	9.77	0.14	0.50	0.14
N	21	19.68	9.15	1.13	5.20	0.77	9.81	0.58	3.50	0.20	9.87	0.40	3.10	0.17
O	15	16.51	7.20	0.57	2.90	0.50	7.10	0.73	4.70	0.54	7.01	0.73	3.80	0.68
P	20	20.08	6.77	0.66	3.00	0.45	6.32	0.77	3.70	0.58	6.68	0.69	3.80	0.60
Q	14	17.75	8.63	0.79	3.60	0.84	8.88	0.74	2.90	0.68	8.98	0.60	3.00	0.55
R	20	24.76	5.43	1.15	6.40	1.13	5.38	1.30	6.10	1.36	5.15	1.21	7.10	1.11
S	16	18.73	6.25	1.09	5.00	1.03	6.28	1.08	5.10	1.07	6.50	0.91	3.70	0.87
T	15	18.37	7.61	1.84	7.50	1.45	8.02	1.84	10.00	1.32	8.13	1.41	6.10	1.09
U	14	20.30	6.15	1.30	7.50	0.77	6.22	1.08	5.00	0.75	6.41	0.84	4.70	0.69
V	16	22.15	4.98	1.69	8.30	1.62	4.82	2.16	8.70	1.96	4.95	1.99	8.60	1.68
W	20	21.51	9.41	0.74	4.00	0.48	9.41	1.20	10.00	0.55	3.87	2.97	10.00	2.01

Tableau 71 (suite).

Sujet	Age	IMC	FAP				AMI				PAR			
			M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD
A	19	22.38	9.23	0.62	4.70	0.35	9.18	1.13	9.00	0.60	9.25	0.56	3.50	0.37
B	15	17.43	7.55	1.36	7.30	1.12	6.99	1.19	5.80	1.18	7.90	1.25	7.10	3.23
C	20	21.83	8.50	0.64	3.50	0.56	9.51	0.30	1.30	0.23	8.81	0.53	2.00	0.55
D	18	19.92	10.0	0.03	0.20	0.01	8.03	1.37	6.10	1.01	10.00	0.03	0.20	0.01
E	19	21.72	9.47	0.72	4.30	0.43	8.96	1.11	8.10	0.89	8.75	1.58	8.00	1.33
F	14	17.54	6.87	2.22	9.60	1.39	6.00	2.38	9.60	1.75	6.42	2.67	10.00	2.03
G	16	19.60	4.66	1.16	7.50	0.98	6.62	1.93	8.60	1.45	8.85	1.61	10.00	1.27
H	15	21.05	8.30	1.24	6.10	1.11	8.54	1.04	6.30	0.97	8.09	1.13	4.90	1.07
I	15	18.20	6.76	0.73	4.20	0.71	7.12	0.61	3.20	0.65	7.85	0.89	5.70	0.62
J	21	24.14	9.89	0.18	1.00	0.11	7.37	1.24	5.50	1.11	9.67	0.70	4.9	0.29
K	15	16.37	7.10	1.28	7.60	1.14	7.88	1.08	7.40	0.79	8.09	0.98	4.80	0.62
L	15	22.22	8.15	1.57	6.90	1.03	3.97	1.85	7.80	1.63	8.98	0.88	4.60	0.66
M	15	18.08	9.80	0.16	0.70	0.15	9.79	0.13	0.60	0.11	9.82	0.12	0.50	0.11
N	21	19.68	9.30	1.50	9.60	0.87	9.54	0.89	4.20	0.40	9.90	0.26	1.70	0.12
O	15	16.51	6.32	0.63	3.40	0.55	7.04	1.05	5.90	0.84	5.46	1.67	8.00	1.53
P	20	20.08	8.26	0.75	3.50	0.47	8.07	0.62	2.60	0.51	8.20	0.91	6.00	0.67
Q	14	17.75	9.23	0.48	2.40	0.42	9.33	0.92	4.30	0.71	8.49	1.71	7.50	0.73
R	20	24.76	4.95	1.89	8.90	1.87	7.01	1.64	7.30	1.39	7.70	1.22	5.00	1.19
S	16	18.73	8.36	1.42	4.60	1.19	7.96	1.36	5.40	1.25	7.91	1.18	5.50	1.14
T	15	18.37	9.94	0.46	3.80	0.06	9.54	1.32	6.20	0.61	9.95	0.17	0.90	0.07
U	14	20.30	9.29	0.66	3.10	0.48	9.65	0.40	2.50	0.32	8.41	1.15	4.30	0.84
V	16	22.15	8.01	1.68	8.50	1.26	8.12	2.24	9.30	1.62	7.95	2.29	10.00	1.29
W	20	21.51	9.17	2.15	9.60	0.92	9.25	1.16	7.70	0.79	3.87	2.97	10.00	2.01

Notes : IMC : Indice de Masse Corporelle ; M : Moyenne ; EC : Écart type ; E : Étendue ; MSD : Moyenne des séries différenciées ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents.

ANNEXE BI

Tableau 72.

Niveaux et indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi des patientes anorexiques au cours des 70 jours

Sujet	Age	IMC	EGS				VPP				APP			
			M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD
1	17	13.29	3.80	1.40	6.20	0.69	1.26	1.19	6.20	0.67	1.87	1.37	6.10	0.90
2	15	12.75	7.90	1.67	7.40	0.85	7.63	1.62	7.20	0.87	7.69	1.49	7.50	0.95
3	15	14.69	1.77	0.97	5.30	0.90	1.75	0.83	3.80	0.75	1.80	0.91	3.50	0.87
4	21	17.37	3.69	1.92	7.30	1.79	3.95	2.00	8.40	1.44	4.55	2.26	9.00	1.97
5	21	16.05	5.29	2.10	7.80	2.29	5.47	1.93	7.70	2.04	5.02	2.10	8.10	2.47
6	20	15.43	0.38	0.37	2.00	0.33	0.17	0.31	2.10	0.19	0.14	0.23	1.00	0.22
7	17	16.36	1.11	1.08	5.60	0.80	1.14	0.95	4.40	0.77	1.12	0.91	4.20	0.76
8	21	16.90	4.87	2.31	8.10	2.43	4.18	2.09	9.10	2.04	3.74	2.01	7.40	2.13
9	19	15.68	4.72	1.47	6.80	1.24	4.55	1.36	6.50	1.26	4.52	1.45	6.40	1.09
10	20	16.68	1.84	0.77	3.70	0.57	1.71	0.65	3.50	0.58	1.64	0.59	2.80	0.48
11	15	14.77	8.53	0.71	4.10	0.56	5.75	1.97	7.10	1.27	6.79	1.71	7.30	0.83
12	18	16.46	8.71	0.73	3.70	0.54	5.06	1.63	8.30	1.37	9.09	0.81	5.70	0.58
13	16	17.36	4.00	1.16	5.70	1.21	3.63	1.55	5.90	1.54	3.62	1.46	6.20	1.41
14	17	17.63	0.59	1.31	8.90	0.67	0.23	0.49	3.20	0.28	0.22	0.81	6.70	0.33

Tableau 72 (suite).

Sujet	Age	IMC	EGS				VPP				APP			
			M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD
15	19	12.57	1.36	1.73	5.00	0.98	1.32	1.67	5.60	1.05	3.21	2.87	10.00	2.28
16	14	18.66	0.45	0.88	4.50	0.53	1.96	1.92	7.50	1.97	0.43	0.76	4.10	0.44
17	17	13.11	2.91	2.51	9.60	2.11	2.73	2.39	9.20	2.42	6.70	2.51	9.60	1.88
18	17	14.34	5.13	1.28	6.60	1.01	3.87	2.25	8.30	1.32	4.11	1.79	7.00	1.28
19	14	17.06	1.64	1.47	6.00	1.29	1.08	1.20	5.70	1.01	1.04	1.39	6.50	1.14
20	18	14.64	0.32	0.50	2.10	0.34	0.83	0.86	3.10	0.70	0.35	0.48	2.10	0.27
21	16	14.53	0.15	0.10	0.70	0.08	0.20	0.17	0.80	0.17	0.14	0.17	1.30	0.09
22	18	15.61	0.83	0.85	3.80	0.42	0.83	0.84	3.40	0.40	0.77	0.69	3.00	0.37
23	14	14.01	7.34	2.85	10.00	2.00	7.76	2.50	10.00	1.63	7.90	2.58	10.00	1.58
24	17	15.06	0.03	0.08	0.40	0.05	0.12	0.23	1.20	0.19	0.03	0.08	0.50	0.04
25	16	14.15	7.05	2.22	9.70	2.04	2.74	1.75	7.00	1.82	2.97	1.72	6.50	2.17
26	14	17.63	4.11	2.11	8.50	1.80	3.60	2.20	7.60	1.74	3.50	2.20	8.90	2.21

Tableau 72 (suite).

Sujet	Age	IMC	FAP				AMI				PAR			
			M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD
15	19	12.57	9.94	0.27	1.70	0.07	8.29	2.92	10.00	2.17	9.61	1.74	10.00	0.33
16	14	18.66	9.78	0.70	4.20	0.36	4.25	3.22	10.00	2.32	9.08	1.37	5.60	1.03
17	17	13.11	5.81	1.90	8.20	1.50	8.13	1.50	6.00	1.08	4.66	3.16	10.00	1.72
18	17	14.34	7.25	1.60	6.90	0.94	5.29	1.98	8.20	1.90	7.04	1.86	6.80	1.25
19	14	17.06	8.29	2.27	9.70	1.46	7.07	2.79	10.00	2.76	8.07	2.37	9.70	1.97
20	18	14.64	9.41	1.38	8.10	0.60	8.97	1.93	10.00	0.81	9.05	1.99	10.00	1.17
21	16	14.53	9.18	0.42	1.60	0.34	3.84	1.21	5.80	0.88	9.64	0.32	1.90	0.20
22	18	15.61	4.21	0.59	3.00	0.54	1.79	1.47	5.40	0.70	3.08	1.42	6.30	0.79
23	14	14.01	9.31	1.67	10.00	0.62	8.42	2.55	10.00	1.61	8.98	1.94	10.00	1.18
24	17	15.06	0.58	0.58	4.40	0.56	1.09	1.09	4.80	1.08	0.93	0.93	5.00	0.91
25	16	14.15	7.03	2.19	7.40	0.97	8.66	1.90	10.00	1.65	9.51	1.07	7.30	0.68
26	14	17.63	7.50	2.44	9.80	1.05	5.62	2.16	9.10	2.26	7.65	1.88	6.10	1.22

Tableau 72 (suite).

Sujet	Age	IMC	FAP				AMI				PAR			
			M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD	M	EC	E	MSD
1	17	13.29	5.39	1.56	7.10	0.87	7.41	1.94	6.10	0.86	2.15	1.30	5.20	1.18
2	15	12.75	6.24	2.38	9.40	1.53	8.84	0.87	4.00	0.43	7.91	1.64	8.60	1.21
3	15	14.69	1.73	0.99	5.10	1.08	2.34	1.56	7.40	1.34	1.58	1.00	4.50	1.03
4	21	17.37	9.14	1.59	10.00	1.05	7.91	2.51	10.00	1.67	8.99	1.74	9.60	0.68
5	21	16.05	8.56	1.51	5.90	1.43	8.36	1.35	5.50	1.34	8.73	1.42	5.40	1.00
6	20	15.43	9.86	0.59	4.10	0.19	9.89	0.40	2.80	0.17	6.60	1.66	7.20	1.28
7	17	16.36	10.00	0.02	0.10	0.00	9.96	0.21	1.70	0.06	9.96	0.23	1.70	0.05
8	21	16.90	5.70	2.44	9.80	2.57	5.60	2.34	9.50	2.21	6.43	2.64	9.90	1.98
9	19	15.68	9.21	0.44	2.10	0.40	7.96	1.21	6.70	1.29	8.01	0.90	3.90	0.87
10	20	16.68	9.37	0.97	4.90	0.56	8.79	1.55	6.70	1.13	8.95	1.67	5.80	1.08
11	15	14.77	10.00	0.01	0.10	0.01	6.80	2.87	9.30	0.63	10.00	0.00	0.00	0.00
12	18	16.46	9.81	0.55	4.40	0.26	9.57	0.60	3.20	0.44	6.81	2.91	10.00	1.84
13	16	17.36	8.92	1.18	5.50	1.10	8.57	1.08	5.00	1.07	6.65	2.13	8.70	1.99
14	17	17.63	9.98	0.05	0.20	0.03	6.19	3.25	10.00	2.94	8.63	2.44	10.00	0.92

Notes. IMC : Indice de masse corporelle ; M : Moyenne ; EC : Écart type ; E : Étendue ; MSD : Moyenne des séries différenciées ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents.

ANNEXE BJ

Tableau 77.

Répartition des niveaux et indices d'instabilité des séries temporelles du concept de soi selon le statut des participantes

Concept de soi / Participantes		EGS	VPP	APP	FAP	AMI	PAR
Participantes sans TCA (n= 23)	M (±)	7.03 (1.54)	6.66 (1.88)	6.64 (2.04)	8.22 (1.52)	8.06 (1.43)	8.27 (1.46)
	EC(±)	1.02 (0.43)	1.11 (0.48)	0.97 (0.49)	1.02 (0.63)	1.17 (0.57)	1.15 (0.77)
	E (±)	5.09 (2.52)	5.39 (2.46)	4.52 (2.24)	5.08 (3.10)	5.51 (2.64)	5.31 (3.22)
	MSD(±)	0.86 (0.42)	0.90 (0.46)	0.82 (0.48)	0.75 (0.48)	0.91 (0.46)	0.94 (0.76)
Patientes anorexiques (n=26)	M (±)	3.40 (2.81)	2.83 (2.25)	3.19 (2.72)	7.91 (2.26)	6.94 (2.43)	7.39 (2.41)
	EC(±)	1.33 (0.74)	1.40 (0.700)	1.36 (0.79)	1.17 (0.80)	1.79 (0.85)	1.61 (0.78)
	E(±)	5.75 (2.70)	5.88 (2.57)	5.82 (2.82)	5.53 (3.31)	7.20 (2.64)	6.87 (2.95)
	MSD (±)	1.06 (0.71)	1.13 (0.65)	1.11 (0.76)	0.77 (0.60)	1.34 (0.77)	1.06 (0.55)

Notes. M : Moyenne ; EC : Écart-type ; MSD : Moyenne des séries différenciées ; E : Étendue ; EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents.

ANNEXE BK

Tableau 79.
Corrélation entre les prédicteurs et les variables de contrôle

	EGSm	VPPm	APPm	FAPm	AMIm	PARm	EGS σ	VPP σ	APP σ	FAP σ	AMIs	PAR σ
VPPm	.928**											
APPm	.897**	.912***										
FAPm	.138	.165	.140									
AMIm	.459***	.467***	.450***	.609***								
PARm	.238	.257	.182	.716***	.446***	1						
EGS σ	.031	.017	.079	-.108	.107	.020	1					
VPP σ	.127	.055	.130	-.027	.008	.031	.789***					
APP σ	.004	-.060	.016	-.078	.026	.060	.864***	.873***				
FAP σ	.072	.040	.066	-.393**	-.057	-.269	.584***	.533***	.451***			
AMIs	-.336*	-.358*	-.341*	-.039	-.394**	.033	.458***	.531***	.558***	.285*		
PAR σ	.288	-.186	-.058	-.155	-.008	-.421**	.413**	.416**	.348*	.541***	.358*	1
EGSe	.041	.027	.107	-.148	.078	.019	.876***	.654***	.675***	.500***	.407**	.390**
VPPe	.219	.173	.307*	-.027	.095	-.080	.708***	.855***	.659***	.559***	.392**	.467***
APPe	.010	-.049	.103	-.084	.003	.083	.850***	.815***	.900***	.446***	.576***	.404**
FAPe	.057	.071	.128	-.375**	-.041	-.261	.533***	.489***	.586***	.932***	.278	.543***
AMIs	-.273	-.287*	-.233	-.098	-.342*	-.003	.460***	.518***	.492***	.421**	.890***	.426**
PARe	-.191	-.175	-.050	-.189	-.019	-.306*	.418***	.351*	.356*	.505***	.390**	.910***
EGSms	.061	.047	.093	-.132	.070	.031	.925***	.765***	.809***	.617***	.402***	.406**
VPPms	.047	.001	.060	-.074	.002	.042	.759**	.904***	.785***	.514***	.470***	.428**
APPms	.001	-.061	.015	-.147	.002	.033	.850***	.790	.909***	.549***	.463**	.373**
FAPms	.042	.043	.063	-.563***	-.178	-.331*	.482***	.416**	.388**	.864**	.188	.461***
AMIm	-.364*	-.366**	-.352*	-.121	-.438**	-.006	.485***	.438**	.501***	.386**	.852***	.458***
PARms	-.092	-.079	-.021	-.298*	-.082	-.473***	.269	.271	.172	.567***	.144	.749***

Tableau 79 (suite).

	EGSe	VPPe	APPe	FAPe	AMie	PARe	EGSms	VPPms	APPms	FAPms	AMIm
VPPe	.695***										
APPe	.834***	.733***									
FAPe	.488***	.585***	.439**								
AMie	.478***	.519***	.557***	.456**							
PARe	.433**	.417**	.453***	.557***	.507***						
EGSms	.800***	.678***	.775***	.547***	.464***	.390**					
VPPms	.647***	.753***	.739***	.441**	.480***	.348*	.838***				
APPms	.690***	.623***	.835***	.452***	.488***	.395**	.906***	.817***			
FAPms	.433**	.445***	.400**	.793***	.297*	.420**	.601***	.504***	.516***		
AMIm	.468***	.343*	.549***	.328**	.799***	.477***	.494***	.472***	.529***	.349*	
PARms	.371***	.418**	.292*	.568***	.256	.688***	.324***	.353**	.258	.572***	.310*

Notes. EGS_m : Moyenne de l'estime globale de soi ; VPP_m : Moyenne de la valeur physique perçue ; APP_m : Moyenne de l'apparence physique perçue ; FAP_m : Moyenne de la soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI_m : Moyenne des soi social lié aux ami(e)s ; PAR_m : Moyenne des soi social lié aux parents ; EGS_σ : Écart type de l'estime globale de soi ; VPP_σ : Écart type de la valeur physique perçue ; APP_σ : Écart type de l'apparence physique perçue ; FAP_σ : Écart type du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI_σ : Écart type du soi social lié aux ami(e)s ; PAR_σ : Écart type du soi social lié aux parents ; EGSe : Étendue des séries différenciées de l'estime globale de soi ; VPPe : Étendue des séries différenciées de la valeur physique perçue ; APPe : Étendue des séries différenciées de l'apparence physique perçue ; FAPe : Étendue des séries différenciées du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMie : Étendue des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s ; PARe : Étendue des séries différenciées du soi social lié aux parents ; EGS_{ms} : Moyenne des séries différenciées de l'estime globale de soi ; VPP_{ms} : Moyenne des séries différenciées de la valeur physique perçue ; APP_{ms} : Moyenne des séries différenciées de l'apparence physique perçue ; FAP_{ms} : Moyenne des séries différenciées du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI_{ms} : Moyenne des séries différenciées du soi social lié aux ami(e)s ; PAR_{ms} : Moyenne des séries différenciées du soi social lié aux parents ; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

ANNEXE BL

Tableau 80.

Prédiction linéaire entre l'estime globale de soi durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	-.13	1.02	-.13	-.93	-.14	-.94	-.15	-1.03	--	--
Statut	.17	-.91	.12	.69	.15	.88	.12	.68	--	--
Moyenne EGS	-.59***	-4.94	-.63***	-5.10	-.61***	-4.93	-.63***	-5.10	--	--
Écart type EGS	--	--	.12	1.19	--	--	--	--	--	--
Étendue-EGS	--	--	--	--	.06	.60	--	--	--	--
MDS-EGS	--	--	--	--	--	--	.11	1.18	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.11***	-.70	-.13	.51	-.13	-.75	-.13	-.81	--	--
Statut	-.73	-5.28	-.75***	.47	-.74***	-5.25	-.76***	-5.41	--	--
Moyenne EGS	-.11	-.68	-.13	1.69	-.12	-.75	-.15	-.92	--	--
Écart type EGS	--	--	.06	.59	--	--	--	--	--	--
Étendue-EGS	--	--	--	--	.05	.49	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-EGS	--	--	--	--	--	--	.12	1.11	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'estime globale de soi significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE BM

Tableau 81.

Prédiction linéaire entre l'estime globale de soi durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	T	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	-.02	-.16	-.02	-.19	-.01	-.15	-.03	-.26	--	--
EDI-A-24	.79***	8.07	.78***	7.87	.79***	7.93	.78***	7.88	--	--
Statut	.02	.20	.000	.004	.03	.22	-.001	-.01	--	--
Moyenne EGS	-.14	-1.41	-.16	-1.57	-.13	-1.33	-.16	-1.56	--	--
Écart type EGS	--	--	.05	.80	--	--	--	--	--	--
Étendue-EGS	--	--	--	--	-.01	-.16	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-EGS	--	--	--	--	--	--	.05	.85	--	--
IMC										
EDI-A-24	.04	.64	.03	.51	.04	.64	.03	.51	--	--
IMC	.97***	15.29	.97***	15.23	.97***	15.06	.97***	15.06	--	--
Statut	.05	.71	.04	.47	.06	.71	.04	.47	--	--
Moyenne EGS	.13*	2.03	.12	1.69	.13	1.98	.12	1.71	--	--
Écart type EGS	--	--	.04	.96	--	--	--	--	--	--
Étendue-EGS	--	--	--	--	-.004	-.09	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-EGS	--	--	--	--	--	--	.04	.97	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que la moyenne et les indices de l'estime globale de soi significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE BN

Tableau 82.

Prédiction curvilinéaire entre l'estime globale de soi durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	.05	.80	.04	.64	.03	.46	.04	.54	--	--
IMC	.97***	15.16	.99***	15.03	1.00***	15.80	.97***	14.75	--	--
Statut	.05	.66	.03	.44	.07	.96	.03	.43	--	--
Moyenne EGS	.13	1.93	.12	1.70	.13	1.94	.12	1.72	--	--
Moyenne EGS ²	-.05	-1.10	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type EGS	--	--	.02	.50	--	--	--	--	--	--
Écart type EGS ²	--	--	.06	1.21	--	--	--	--	--	--
Étendue-EGS	--	--	--	--	.01	.16	--	--	--	--
Étendue-EGS ²	--	--	--	--	.09	2.15	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-EGS	--	--	--	--	--	--	.03	.55	--	--
Moyenne des séries différenciées-EGS ²	--	--	--	--	--	--	.02	.40	--	--

Notes. EGS : Estime globale de soi ; EDI-A-24 : Score total ; Moyenne des séries différenciées ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'estime globale de soi significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE BO

Tableau 83.

Effet d'interaction entre l'estime globale de soi et le statut dans la prédiction linéaire entre l'estime globale de soi durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	.04	.65	.07	1.03	.06	.89	.08	1.19	.07	.95
IMC	.97***	15.10	.98***	16.16	.97***	15.77	.96***	15.70	1.00***	14.98
Statut	.06	.78	.01	.14	.01	.07	-.01	-.06	.01	.06
Moyenne EGS	.17	1.35	.07	1.10	.07	1.08	.08	1.27	.08	1.09
Moyenne EGS x Statut	-.03	-.33	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type EGS	--	--	-.15	-1.67	--	--	--	--	-.01	-.05
Écart type EGS x Statut	--	--	.22*	2.42	--	--	--	--	.19	.68
Étendue-EGS	--	--	--	--	-.12	-1.90	--	--	-.12	-1.05
Étendue-EGS x Statut	--	--	--	--	.16*	2.40	--	--	-.01	-.08
Moyenne des séries différenciées-EGS	--	--	--	--	--	--	-.13	-1.49	.003	.01
Moyenne des séries différenciées-EGS x Statut	--	--	--	--	--	--	.20*	2.19	.003	.01

Notes. EGS : Estime globale de soi ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'estime globale de soi significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE BP

Tableau 84.

Prédiction linéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	-.14	-.90	-.16	-1.01	-.13	-.85	-.17	-1.07	--	--
Statut	.15	.78	.08	.40	.17	.84	.08	.41	--	--
Moyenne VPP	-.58***	-4.30	-.62***	-4.35	-.56***	-3.88	-.61***	-4.41	--	--
Écart type VPP	--	--	.10	.91	--	--	--	--	--	--
Étendue-VPP	--	--	--	--	-.04	-.38	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP	--	--	--	--	--	--	.01	.97	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.16	-.97	-.16	-1.00	-.16	-1.00	-.17	-1.07	--	--
Statut	-.77***	-5.39	-.84***	-5.54	-.77***	-5.08	-.82***	-5.68	--	--
Moyenne VPP	-.19	-1.16	-.25	-1.47	-.19	-1.12	-.24	-1.45	--	--
Écart type VPP	--	--	.14	1.31	--	--	--	--	--	--
Étendue-VPP	--	--	--	--	.004	.04	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP	--	--	--	--	--	--	.16	1.54	--	--

Notes. VPP : Valeur physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle. Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de la valeur physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$

ANNEXE BQ

Tableau 85.

Prédiction linéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	.001	.01	-.01	-.15	.001	.01	-.02	-.15	--	--
EDI-A-24	.84***	8.43	.84***	8.41	.84***	8.32	.83***	8.29	--	--
Statut	.05	.38	-.01	-.05	.05	.36	.01	.11	--	--
Moyenne VPP	-.06	-.59	-.10	-.89	-.06	-.57	-.08	-.76	--	--
Écart type VPP	--	--	.07	.94	--	--	--	--	--	--
Étendue-VPP	--	--	--	--	.001	.01	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP	--	--	--	--	--	--	.05	.78	--	--
IMC										
EDI-A-24	.01	.18	.01	.14	.01	.11	.01	.13	--	--
IMC	.96***	14.62***	.95***	14.34	.97***	14.65	.96***	14.07	--	--
Statut	.05	.56	.01	.16	.07	.81	.03	.34	--	--
Moyenne VPP	.09	1.25	.07	.90	.11	1.45	.08	1.06	--	--
Écart type VPP	--	--	.05	1.03	--	--	--	--	--	--
Étendue-VPP	--	--	--	--	-.04	-.99	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP	--	--	--	--	--	--	.03	.58	--	--

Notes. VPP : Valeur physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de la valeur physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE BR

Tableau 86.

Prédiction curvilinéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	.02	.32	.01	.20	.01	.12	.01	.11	--	--
IMC	.95***	14.19	.96***	14.21	.97***	14.45	.95***	13.79	--	--
Statut	.04	.45	.01	.06	.10	.78	.03	.32	--	--
Moyenne VPP	1.00	1.34	.07	.88	.11	1.42	.07	.99	--	--
Moyenne VPP ²	-.04	-.90	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type VPP	--	--	.05	.99	--	--	--	--	--	--
Écart type VPP ²	--	--	.03	.72	--	--	--	--	--	--
Étendue-VPP	--	--	--	--	-.04	-.94	--	--	--	--
Étendue-VPP ²	--	--	--	--	.01	.12	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP	--	--	--	--	--	--	.04	.77	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP ²	--	--	--	--	--	--	-.03	-.66	--	--

Notes : VPP : Valeur physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de la valeur physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE BS

Tableau 87.

Effet d'interaction entre la valeur physique perçue et le statut dans la prédiction linéaire entre la valeur physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	.02	.22	.03	.38	.02	.30	.02	.23	--	--
IMC	.96***	14.32	.97***	14.50	.95***	15.07	.96***	13.93	--	--
Statut	.03	.39	-.03	-.28	-.02	-.27	.02	.19	--	--
Moyenne VPP	.05	.46	.02	.18	.01	.09	.07	.84	--	--
Moyenne VPP x Statut	.05	.59	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type VPP	--	--	-.05	-.60	--	--	--	--	--	--
Écart type VPP x Statut	--	--	.13	1.32	--	--	--	--	--	--
Étendue-VPP	--	--	--	--	-.15*	-2.55	--	--	--	--
Étendue-VPP x Statut	--	--	--	--	.18*	2.52	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP	--	--	--	--	--	--	-.01	-.06	--	--
Moyenne des séries différenciées-VPP x Statut	--	--	--	--	--	--	.04	.42	--	--

Notes. VPP : Valeur physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de la valeur physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE BT

Tableau 88.

Prédiction linéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	-.22	-1.46	-.22	-1.52	-.24	-1.73	-.23	-1.59	-.25	-1.68
Statut	.14	.78	.04	.25	.004	.02	.06	.33	.01	.05
Moyenne APP	-.59***	-4.96	-.65***	-5.49	-.68***	-5.68	-.63***	-5.45	-.67***	-5.44
Écart type APP	--	--	.20*	2.10	--	--	--	--	-.06	-.20
Étendue-APP	--	--	--	--	.22*	2.34	--	--	.20	.92
Moyenne des séries différenciées-APP	--	--	--	--	--	--	.20*	2.11	.09	.40
IMC										
EDI-A-24	-.22	-1.50	-.25	-1.65	-.027	-1.78	-.26	-1.71	--	--
Statut	-.77***	-5.88	-.82***	-6.03	-.82***	-6.07	-.81***	-6.10	--	--
Moyenne APP	-.30*	-2.21	-.35*	-2.48	-.38*	-2.57	-.35*	-2.50	--	--
Écart type APP	--	--	.13	1.24	--	--	--	--	--	--
Étendue-APP	--	--	--	--	.14	1.32	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-APP	--	--	--	--	--	--	.14	1.39	--	--

Notes. APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'apparence physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE BU

Tableau 89.

Prédiction linéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	-.05	-.53	-.06	-.63	-.07	-.72	-.06	-.68	-.06	-.63
EDI-A-24	.77***	8.33	.75***	8.28	.74***	7.71	.74***	8.12	.75***	8.28
Statut	-.01	-.11	-.07	-.60	-.06	-.48	-.05	-.47	-.07	-.60
Moyenne APP	-.18	-1.98	-.23*	-2.55	-.23*	-2.36	-.22*	-2.44	-.23*	-2.55
Écart type APP	--	--	.13*	2.14	--	--	--	--	.13*	2.14
Étendue-APP	--	--	--	--	.09	1.31	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-APP	--	--	--	--	--	--	.11	1.89	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.03	-.46	-.05	-.82	-.05	-.71	-.06	-.86	-.04	-.69
IMC	.95***	13.70	.94***	14.35	.94***	13.40	.94***	14.11	.95***	15.40
Statut	.01	.09	-.04	-.48	-.02	-.20	-.03	.34	-.02	-.30
Moyenne APP	.01	.19	-.03	-.46	-.02	-.23	-.02	-.36		
Écart type APP	--	--	.11*	2.45	--	--	--	--	.09	.88
Étendue-APP	--	--	--	--	.05	.98	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-APP	--	--	--	--	--	--	.10*	2.25	.02	.15

Notes. APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'apparence physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE BV

Tableau 90.

Prédiction curvilinéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.02	-.32	-.06	-.91	-.06	-.94	-.06	-.91	--	--
IMC	.94***	13.70	.95***	14.16	.96***	14.30	.94***	13.95	--	--
Statut	.01	.10	-.04	-.48	-.02	-.27	-.03	-.31	--	--
Moyenne APP	.02	.25	-.04	-.56	-.03	-.47	-.02	-.34	--	--
Moyenne APP ²	-.05	-1.18	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type APP	--	--	.09*	2.03	--	--	--	--	--	--
Écart type APP ²	--	--	.04	.79	--	--	--	--	--	--
Étendue-APP	--	--	--	--	.06	1.23	--	--	--	--
Étendue-APP ²	--	--	--	--	.10*	2.37	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-APP	--	--	--	--	--	--	.08	1.54	--	--
Moyenne des séries différenciées-APP ²	--	--	--	--	--	--	.03	.48	--	--

Notes : APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'apparence physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$.

ANNEXE BW

Tableau 91.

Effet d'interaction entre l'apparence physique perçue et le statut dans la prédiction linéaire entre l'apparence physique perçue durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.03	-.44	-.04	-.55	-.02	-.30	-.01	-.09	-.02	-.27
IMC	.93***	13.69	.94***	14.62	.93***	14.51	.94***	14.65	.94***	14.92
Statut	-.03	-.38	-.07	-.82	-.08	-1.03	-.06	-.83	-.06	-.69
Moyenne APP	-.12	-1.25	-.08	-1.14	-.10	-1.41	-.05	-.84	-.06	-.87
Moyenne APP x Statut	.14	1.81	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type APP	--	--	-.02	-.26	--	--	--	--	--	--
Écart type APP x Statut	--	--	.16	1.54	--	--	--	--	--	--
Étendue-APP	--	--	--	--	-.13	-1.76	--	--	-.25	-1.99
Étendue-APP x Statut	--	--	--	--	.24**	3.02	--	--	.23	1.84
Moyenne des séries-APP	--	--	--	--	--	--	-.07	-.77	.18	1.16
Moyenne des séries-APP x Statut	--	--	--	--	--	--	.19*	2.07	-.04	-.29

Notes. APP : Apparence physique perçue ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ;
Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de l'apparence physique perçue significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$;
** $p < .01$; *** $p < .001$.

ANNEXE BX

Tableau 92.

Prédiction linéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	.04	.20	.05	.26	.05	.26	.06	.33	--	--
Statut	.66***	3.80	.68***	3.82	.67***	3.84	.68***	3.83	--	--
Moyenne FAP	-.11	-.97	-.15	-1.15	-.15	-1.22	-.17	-1.17	--	--
Écart type FAP	--	--	-.08	-.66	--	--	--	--	--	--
Étendue-FAP	--	--	--	--	-.11	-.87	--	--	--	--
Moyenne des séries-FAP	--	--	--	--	--	--	-.09	-.66	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.03	-.19	-.003	-.02	-.01	-.10	.002	.02	--	--
Statut	-.72***	-5.35	-.74***	-5.50	-.73***	-5.34	-.73***	-5.52	--	--
Moyenne FAP	.09	.85	.14	1.28	.11	1.01	.19	1.58	--	--
Écart type FAP	--	--	.13	1.22	--	--	--	--	--	--
Étendue-FAP	--	--	--	--	.06	.58	--	--	--	--
Moyenne des séries-FAP	--	--	--	--	--	--	.18	1.51	--	--

Notes. FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE BY

Tableau 93.

Prédiction linéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	.01	.08	.004	.05	.01	.07	.001	.01	--	--
EDI-A-24	.88***	10.71	.89***	10.53	.88***	10.46	.89****	10.53	--	--
Statut	.07	.61	.06	.54	.06	.58	.06	.53	--	--
Moyenne FAP	.03	.47	.04	.55	.03	.47	.05	.58	--	--
Écart type FAP	--	--	.02	.30	--	--	--	--	--	--
Étendue-FAP	--	--	--	--	.01	.11	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-FAP	--	--	--	--	--	--	.03	.34	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.05	-.86	-.04	-.65	-.05	-.80	-.05	-.77	--	--
IMC	-.95***	14.60	.94***	14.56	.95***	14.38	.95***	14.05	--	--
Statut	.01	.19	-.01	-.07	.01	.14	.01	.08	--	--
Moyenne FAP	-.04	-.92	-.01	-.24	-.04	-.72	-.02	-.41	--	--
Écart type FAP	--	--	.07	1.44	--	--	--	--	--	--
Étendue-FAP	--	--	--	--	.01	.28	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-FAP	--	--	--	--	--	--	.03	.53	--	--

Notes. FAP : Soi social lié à la famille autre que les soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$

ANNEXE BZ

Tableau 94.

Prédiction curvilinéaire entre le soi social lié à la famille autre que les parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
<i>IMC</i>										
EDI-A-24	-.04	-.64	-.06	-1.00	-.07	-1.23	-.04	-.75	-.06	-1.23
IMC	.96***	14.76	.94***	15.09	.94***	15.37	.95***	13.81	.92***	16.54
Statut	.03	.35	-.02	-.21	.00	-.01	.01	.11	-.01	-.18
Moyenne FAP	-.09	-1.56	-.03	-.72	-.08	-1.69	-.02	-.37	-.06	-1.33
Moyenne FAP ²	-.08	-1.29	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type FAP	--	--	.03	.66	--	--	--	--	.41	3.24
Écart type FAP ²	--	--	.09*	2.14	--	--	--	--	-.10	-1.47
Étendue-FAP	--	--	--	--	.01	.12	--	--	-.35	-3.05
Étendue-FAP ²	--	--	--	--	.13**	3.03	--	--	.17**	2.92
Moyenne des séries différenciées-FAP	--	--	--	--	--	--	.03	.56	--	--
Moyenne des séries différenciées-FAP ²	--	--	--	--	--	--	-.01	-.20	--	--

Notes. FAP : Soi social lié à la famille autre que les soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; ** $p < .01$ *** $p < .001$

ANNEXE CA

Tableau 95.

Effet d'interaction entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents et le statut dans la prédiction linéaire entre le soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.05	-.84	.01	.18	.003	.04	-.03	-.43	-.02	-.31
IMC	.95***	14.43	.96***	15.32	.96***	15.32	.95***	14.04	.94***	15.67
Statut	.01	.18	-.02	-.32	.02	.23	-.002	-.03	-.03	-.40
Moyenne FAP	-.04	-.46	-.01	-.17	-.03	-.68	-.02	-.41	-.02	-.42
Moyenne FAP x Statut	-.003	-.04	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type FAP	--	--	-.06	-.81	--	--	--	--	.35	1.93
Écart type FAP x Statut	--	--	.16*	2.18	--	--	--	--	-.07	-.39
Étendue-FAP	--	--	--	--	-.11	-1.64	--	--	-.39*	-2.41
Étendue-FAP x Statut	--	--	--	--	.16*	2.52	--	--	.18	1.09
Moyenne des séries différenciées-FAP	--	--	--	--	--	--	-.03	-.32	--	--
Moyenne des séries différenciées-FAP x Statut	--	--	--	--	--	--	.07	.88	--	--

Notes. FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; MOYENNE DES SÉRIES DIFFÉRENCIÉES : Moyenne des séries différenciées ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * $p < .05$; *** $p < .001$

ANNEXE CB

Tableau 96.

Prédiction linéaire entre le soi social lié aux ami(e)s durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	-.04	-.24	-.08	-.51	-.05	-.30	-.14	-.90	-.14	-.90
Statut	.51**	3.23	.42*	2.56	.48**	2.97	.37*	2.34	.37*	2.34
Moyenne AMI	-.37**	-3.57	-.31**	-2.89	-.35**	-3.18	-.27*	-2.53	-.27*	-2.53
Écart type AMI	--	--	.21	1.83	--	--	--	--	--	--
Étendue-AMI	--	--	--	--	.10	.88	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI	--	--	--	--	--	--	.29*	2.54	.29*	2.54
IMC										
EDI-A-24	-.09	-.61	-.14	-.85	-.10	-.65	-.20	-1.26	--	--
Statut	-.70***	-5.51	-.71***	-5.21	-.70***	-5.11	-.69***	-5.31	--	--
Moyenne AMI	-.07	-.57	-.05	-.40	-.06	-.51	-.02	-.13	--	--
Écart type AMI	--	--	.12	.97	--	--	--	--	--	--
Étendue-AMI	--	--	--	--	.03	.31	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI	--	--	--	--	--	--	.25*	2.11	--	--

Notes. AMI : Soi social lié aux ami(e)s; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder Inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices de soi social lié aux ami(e)s significatifs dans les modèles 1, 2 ou 3 ; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

ANNEXE CC

Tableau 97.

Prédiction linéaire entre le soi social lié aux ami(e)s durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24										
IMC	.01	.12	.01	.05	.01	.14	-.02	-.17	--	--
EDI-A-24	.84	9.10***	.83***	8.52	.85***	8.89	.81***	8.22	--	--
Statut	.08	.74	.07	.66	.08	.76	.06	.55	--	--
Moyenne AMI	-.05	-.65	-.04	-.58	-.05	-.68	-.03	-.45	--	--
Écart type AMI	--	--	.03	.37	--	--	--	--	--	--
Étendue-AMI	--	--	--	--	-.02	-.28	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI	--	--	--	--	--	--	.07	.87	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.04	-.62	-.04	-.55	-.03	-.51	-.05	-.78	--	--
IMC	-.94	14.51***	.94***	14.17	.94***	14.37	.93***	13.60	--	--
Statut	.001	.01	.002	.03	.01	.06	-.01	-.10	--	--
Moyenne AMI	-.003	-.06	-.004	-.07	-.01	-.13	.003	.06	--	--
Écart type AMI	--	--	-.01	-.11	--	--	--	--	--	--
Étendue-AMI	--	--	--	--	-.02	-.44	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI	--	--	--	--	--	--	.03	.61	--	--

ANNEXE CD

Tableau 98.

Prédiction curvilinéaire entre la soi social lié aux ami(e)s durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.04	-.60	-.01	-.18	-.07	-1.02	-.05	-.71	--	--
IMC	.94***	14.42	.95***	14.35	.92***	14.10	.93	13.18	--	--
Statut	.002	.03	.01	.13	-.01	-.10	-.01	-.09	--	--
Moyenne AMI	.08	-.53	.02	.40	-.04	-.81	.004	.07	--	--
Moyenne AMI ²	-.09	-.76	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type AMI	--	--	.01	.26	--	--	--	--	--	--
Écart type AMI ²	--	--	-.07	-1.34	--	--	--	--	--	--
Étendue-AMI	--	--	--	--	.01	.13	--	--	--	--
Étendue-AMI ²	--	--	--	--	.08	1.74	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI	--	--	--	--	--	--	.03	.57	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI ²	--	--	--	--	--	--	-.002	-.04	--	--

Notes. AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent* ; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié aux ami(e)s significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; * *** $p < .001$.

ANNEXE CE

Tableau 99.

Effet d'interaction entre les amie(s) et le statut dans la prédiction linéaire entre les ami(e) durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.04	-.64	-.04	-.55	-.03	-.49	-.05	-.73	--	--
IMC	.94	14.36	.94***	14.17	.94***	14.50	.93***	13.44	--	--
Statut	.000***	-.001	.002	.03	.004	.05	-.01	-.08	--	--
Moyenne AMI	-.03	-.26	-.004	-.07	-.01	-.23	.001	.03	--	--
Moyenne AMI x Statut	.02	.27	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type AMI	--	--	-.01	-.10	--	--	--	--	--	--
Écart type AMI x Statut	--	--	.004	.05	--	--	--	--	--	--
Étendue-AMI	--	--	--	--	-.09	-1.31	--	--	--	--
Étendue-AMI x Statut	--	--	--	--	.09	1.39	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI	--	--	--	--	--	--	.01	.13	--	--
Moyenne des séries différenciées-AMI x Statut	--	--	--	--	--	--	.02	.21	--	--

Notes. AMI : Soi social lié aux ami(e)s; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié aux ami(e)s significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$

ANNEXE CF

Tableau 100.

Prédiction entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC ou le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
EDI-A-24										
IMC	.01	.07	.001	.01	.01	.08	.01	3.63	--	--
Statut	.64***	3.68	.62***	3.42	.63***	3.56	.64***	.04	--	--
Moyenne PAR	-.05	-.40	-.02	-.02	-.03	-.25	-.01	-.08	--	--
Écart type PAR			.07	.07	--	--	--	--	--	--
Étendue-PAR			--	--	.06	.51	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR			--	--	--	--	.07	.57	--	--
IMC										
EDI-A-24	-.03	-.25	-.04	-.33	-.03	-.22	-.04	-.29	--	--
Statut	-.69	-5.20	-.70***	-5.24	-.69***	-5.13	-.69***	-5.09	--	--
Moyenne PAR	.11	1.11	.15	1.34	.11	1.03	.13	1.10	--	--
Écart type PAR	--	--	.09	.83	--	--	--	--	--	--
Étendue-PAR	--	--	--	--	-.02	-.15	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR	--	--	--	--	--	--	.03	.27	--	--

Notes. PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE CG

Tableau 101.

Prédiction entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Score total EDI-A-24	.01	.09								
IMC	.88***	10.84	.01	.10	.01	.09	.01	.13	--	--
EDI-A-24	.07	.69	.88***	10.67	.89***	10.76	.89***	10.72	--	--
Statut	.03	.49	.08	.69	.08	.71	.07	.66	--	--
Moyenne PAR			.03	.42	.02	.29	.01	.17	--	--
Écart type PAR			-.004	-.06	--	--	--	--	--	--
Étendue-PAR			--	--	-.05	-.74	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR			--	--	--	--	-.04	-.58	--	--
IMC	-.04	-.65								
EDI-A-24	.94***	14.35	-.04	-.65	-.04	-.60	-.04	-.60	--	--
IMC	.00	.002	.94***	14.06	.94***	14.19	.94***	14.18	--	--
Statut	.01	.24	-.002	-.03	.001	.01	-.001	-.01	--	--
Moyenne PAR			.01	.29	.01	.18	.01	.12	--	--
Écart type PAR			.01	.20	--	--	--	--	--	--
Étendue-PAR			--	--	-.01	-.21	.04	.28	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR			--	--	--	--	-.01	-.20	--	--

Notes. PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle ; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE CH

Tableau 102.

Prédiction curvilinéaire entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
<i>IMC</i>										
EDI-A-24	-.04	-.63	-.04	-.67	-.04	-.64	-.03	-.53	--	--
IMC	.94***	14.13	.94***	13.89	.94***	14.00	.93***	13.42	--	--
Statut	.000	-.001	-.003	-.04	.004	.05	-.01	-.14	--	--
Moyenne PAR	-.01	-.15	.02	.32	.001	.02	.01	.25	--	--
Moyenne PAR ²	-.03	-.42	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type PAR	--	--	.01	.27	--	--	--	--	--	--
Écart type PAR ²	--	--	-.02	-.40	--	--	--	--	--	--
Étendue-PAR	--	--	--	--	-.004	-.07	--	--	--	--
Étendue-PAR ²	--	--	--	--	.02	.44	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR	--	--	--	--	--	--	.002	.04	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR ²	--	--	--	--	--	--	-.02	-.39	--	--

Notes PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 : Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices les indices du soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE CI

Tableau 103.

Effet d'interaction entre le soi social lié aux parents et le statut dans la prédiction entre le soi social lié aux parents durant 70 jours et l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut, l'IMC et le score total de l'EDI-A-24 au jour J0

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle final	
	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
IMC										
EDI-A-24	-.04	-.63	-.03	-.58	-.03	-.56	-.03	-.44	--	--
IMC	.94***	14.19	.94***	13.91	.94***	14.11	.93	13.63	--	--
Statut	.002	.02	-.01	-.07	-.002	-.03	-.01	-.14	--	--
Moyenne PAR	.05	.55	-.02	-.26	.000	.01	.01	.17	--	--
Moyenne PAR x Statut	-.04	-.49	--	--	--	--	--	--	--	--
Écart type PAR	--	--	-.02	-.26	--	--	--	--	--	--
Écart type PAR x Statut	--	--	.04	.52	--	--	--	--	--	--
Étendue-PAR	--	--	--	--	-.05	-.68	--	--	--	--
Étendue-PAR x Statut	--	--	--	--	.05	.75	--	--	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR	--	--	--	--	--	--	-.03	-.43	--	--
Moyenne des séries différenciées-PAR x Statut	--	--	--	--	--	--	.03	.46	--	--

Notes. PAR : Soi social lié aux parents ; EDI-A-24 Score total de l'*Eating disorder inventory-adolescent*; IMC : Indice de masse corporelle; Modèle final : Modèle ne comprenant que les indices du soi social lié aux parents significatifs dans les modèles 1, 2, 3 ou 4 ; *** $p < .001$.

ANNEXE CJ

Tableau 104.

Valeur des coefficients ou des erreurs de mesures des modèles ARIMA des participantes sans TCA au cours des 70 jours

Sujet	Age	IMC	EGS			VPP			APP			FAP			AMI			PAR		
			μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ
A	19	22.38			0.61			0.83	0.61	x				x				x		
B	15	17.43			0.70			0.87	0.72				0.73			0.82	x			
C	20	21.83			0.55			0.36	0.50				0.54			0.73				0.75
D	18	19.92			0.61			0.50	0.77	--	--	--			0.52	--	--	--	--	--
E	19	21.72	x			x			x	x				x				x		
F	14	17.54			0.80			0.66	0.82				0.73 ^a			0.70				0.71
G	16	19.60			0.80	x			0.60				0.88			0.79	x			
H	15	21.05			0.80		0.99 ^a		0.79				0.73	x				x		
I	15	18.20			0.67			0.45	0.73			0.37 ^b		x					0.36 ^b	
J	21	24.14			0.72			0.70	0.69				0.83			0.83				0.52
K	15	16.37			0.67			0.42	0.59	x						0.80				0.43
L	15	22.22			0.66			0.51	x				0.62			0.64	x			
M	15	18.08			0.68			0.70	0.84			0.27 ^b				0.60		0.32 ^b		
N	21	19.68			0.78			0.33	0.88				0.81			0.60	x			
O	15	16.51			0.65			0.34	0.76				0.69		0.45 ^b			0.39 ^b		
P	20	20.08			0.37			0.63	0.63				0.79			0.79				0.93
Q	14	17.75	x					0.82	0.71	x						0.72	X			
R	20	24.76	x			x			x	x						0.67	x			
S	16	18.73	x			x			0.57			0.98		x				X		
T	15	18.37			0.79			0.70	0.76	x						0.81				0.72
U	14	20.30			0.50			0.57	0.77				0.84	x						0.38
V	16	22.15			0.70			0.72	0.68				0.54		0.54 ^b					0.60
W	20	21.51			0.88	x			0.64				0.70	x						0.52

Notes. IMC : Indice de masse corporelle ; μ : Présence du modèle «bruit blanc» [ARIMA (0,0,0)] ; ϕ : Coefficient d'auto régression [ARIMA (1,0,0)] ; θ : Coefficient de moyenne mobile [ARIMA (0,1,1)]. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents. Les coefficients marqués de la lettre (^a) rapportent une somme de coefficients incluant pour le sujet F, $\theta_1 = 0.26$, $\theta_2 = 0.47$ et le sujet H, $\theta_1 = 0.56$, $\theta_2 = 0.43$. Les coefficients marqués de la lettre (^b) sont additionnés aux constantes suivantes : sujet I, $\mu_{FAP} = 6.71$, $\mu_{PAR} = 6.71$, sujet M, $\mu_{FAP} = 9.80$, $\mu_{PAR} = 9.81$; sujet N, $\mu_{AMI} = 7.01$, $\mu_{PAR} = 5.44$ et sujet U, $\mu_{AMI} = 8.10$.

ANNEXE CK

Tableau 105.

Valeur des coefficients ou des erreurs de mesures des modèles ARIMA des patientes anorexiques au cours des 70 jours

Sujet	Age	IMC	EGS			VPP			APP			FAP			AMI			PAR			
			μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	
1	17	13.29			0.41			0.30			0.39			0.97			0.99				0.80
2	15	12.75		0.54 ^b				0.57 ^b			0.76			0.58 ^b				0.49	x		
3	15	14.69		0.25 ^b				0.29 ^b	x				x					0.68			0.86
4	21	17.37		0.68				0.51 ^b		0.35 ^b			x					0.66			0.51
5	21	16.05	x					0.96	x					0.88				0.94		1.00 ^a	
6	20	15.43			0.88	x				x				0.39 ^b		x				0.48 ^b	
7	17	16.36		0.24 ^b		x				x			--	--	--	--	--	--	--	--	--
8	21	16.90	x			x				x				x		x				x	
9	19	15.68		0.43 ^b				0.79				0.82	x			x				X	
10	20	16.68			0.52			0.59				0.56			0.63			0.62			0.69
11	15	14.77			0.47		0.96			0.99			--	--	--	--	--	--	--	--	--
12	18	16.46			0.65			0.84	x				x			x					0.40
13	16	17.36	x			x				x			x			x				x	
14	17	17.63	x			x				x			x			x				x	

Tableau 105(suite).

Sujet	Age	IMC	EGS			VPP			APP			FAP			AMI			PAR		
			μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ	μ	ϕ	θ
15	19	12.57		0.95 ^a			0.69 ^{a,b}			0.36 ^b			0.80 ^a					0.76		0.56 ^b
16	14	18.66	x			x			x			x						0.97	x	
17	17	13.11			0.41	x			0.55 ^b			0.44 ^b			0.99					0.92
18	17	14.34			0.63			0.72		0.56			0.54					0.79		0.46
19	14	17.06	x			x			x			x		x					x	
20	18	14.64	x			x				0.36			0.21		0.99					0.35 ^b
21	16	14.53	x			x			x				0.72			0.43				0.43
22	18	15.61		0.72 ^b				0.78 ^b		0.75 ^b					0.81 ^b					0.64 ^b
23	14	14.01		0.41 ^b				0.46 ^b			0.71	x			x				x	
24	17	15.06	x			x			x			x			x					0.79
25	16	14.15	x			x			x				0.63	x					x	
26	14	17.63		0.41 ^b				0.39 ^b	x			x			x					0.81

Notes. IMC : Indice de masse corporelle ; μ : Présence du modèle «bruit blanc» [ARIMA (0,0,0)] ; ϕ : Coefficient d'auto régression [ARIMA (1,0,0)] ; θ : Coefficient de moyenne mobile [ARIMA (0,1,1)]. EGS : Estime globale de soi ; VPP : Valeur physique perçue ; APP : Apparence physique perçue ; FAP : Soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents ; AMI : Soi social lié aux ami(e)s ; PAR : Soi social lié aux parents. Les coefficients marqués de la lettre (a) rapportent une somme de coefficients incluant pour le sujet 5, $\theta_1 = 0.63$, $\theta_2 = 0.37$, pour le sujet 15, EGS : $\theta_1 = 0.44$, $\theta_2 = 0.51$, VPP : $\theta_1 = 0.28$, $\theta_2 = 0.41$, FAP : $\theta_1 = 0.98$, $\theta_2 = -0.18$. Les coefficients marqués de la lettre (b) sont additionnés aux constantes suivantes : sujet 2, $\mu_{EGS} = 7.83$, $\mu_{VPP} = 7.50$, $\mu_{FAP} = 6.29$, sujet 3, $\mu_{EGS} = 1.78$, $\mu_{VPP} = 1.75$; sujet 4, $\mu_{VPP} = 3.94$, $\mu_{APP} = 4.60$, sujet 6, $\mu_{FAP} = 9.86$, $\mu_{PAR} = 6.62$, sujet 9, $\mu_{EGS} = 4.78$, sujet 15, $\mu_{VPP} = 1.80$, $\mu_{APP} = 3.18$, $\mu_{FAP} = 9.36$, $\mu_{PAR} = 9.36$, sujet 17 $\mu_{APP} = 6.69$, $\mu_{FAP} = 5.83$; sujet 20, $\mu_{PAR} = 9.07$, sujet 22, $\mu_{EGS} = 0.97$, $\mu_{VPP} = 0.74$, $\mu_{APP} = 0.76$, $\mu_{AMI} = 1.47$, $\mu_{PAR} = 2.90$, sujet 23, $\mu_{EGS} = 7.22$, $\mu_{VPP} = 7.74$, sujet 26, $\mu_{EGS} = 4.61$, $\mu_{VPP} = 4.17$.

ANNEXE CL

Tableau 107.

Prédiction entre le type de dynamiques de l'estime globale de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0

	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3				Modèle 4			
	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p
EDI-A-24																
a	24.78	5.28	--	.000	28.52	5.09	--	.000	41.51	3.17	--	.000	42.31	3.04	--	.000
Statut	25.29	9.40	.52	.010	12.84	9.81	.26	.197	5.31	5.26	.11	.318	.69	5.39	.01	.899
IMC	-.15	1.45	-.02	.920	-.21	1.35	-.03	.878	.46	.76	.06	.551	3.40	.73	.05	.589
EDI-A-24	--	--	--	--	--	--	--	--	.95	.09	.91	.000	.90	.09	.86	.000
D1	8.28	7.00	.15	.243	-12.37	9.84	-.23	.215	-6.20	3.90	-.12	.119	-14.90	5.28	-.28	.007
D2	11.66	8.97	.18	.201	20.20	8.89	.31	.028	-.59	4.83	-.01	.903	4.01	5.02	.06	.429
D1xStatut	--	--	--	--	36.11	12.90	.60	.008	--	--	--	--	16.61	7.17	.28	.026
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
IMC																
a	19.77	.54	--	.000	19.77	.55	--	.000	17.86	.25	--	.000	17.84	.25	--	.000
Statut	-4.19	.80	-.74	.000	-4.19	.90	-.73	.000	-.10	.41	-.02	.807	-.02	.45	-.003	.971
EDI-A-24	-.01	.02	-.11	.436	-.01	.02	-.11	.454	-.01	.07	-.05	.400	-.01	.01	-.04	.502
IMC	--	--	--	--	--	--	--	--	.92	.06	-.97	.000	.92	.06	15.24	.000
D1	.95	.76	.15	.217	.93	1.10	.15	.404	-.05	.31	-.01	.884	.12	.44	.26	.794
D2	.67	.96	.09	.488	.68	1.05	.09	.524	.85	.38	.11	.031	.76	.42	1.82	.075
D1xStatut	--	--	--	--	.03	1.51	.004	.984	--	--	--	--	-.31	.60	-.51	.610
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes. b : Coefficient de régression non standardisé ; em : Erreur de mesure ; β = Coefficient de régression non standardisé p = Seuil de significativité ; a : Constante ; Statut : Statut des participantes ; IMC : Indice de masse corporelle ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory - adolescent* ; D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique de l'estime globale de soi [i.e. modèle ARIMA (0,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D2 : Seconde variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique de l'estime globale de soi [i.e. modèle ARIMA (x,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D1xStatut : Interaction entre la première variable dichotomique et le statut des participantes ; D2xStatut : Interaction entre la seconde variable dichotomique et le statut des participantes ;

ANNEXE CM

Tableau 108.

Prédiction entre le type de dynamiques de la valeur physique perçue et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0

	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3				Modèle 4			
	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p
EDI-A-24																
a	25.35	5.45	--	.000	27.48	5.53	--	.000	42.97	3.08	--	.000	42.82	3.15	--	.000
Statut	29.11	9.74	.60	.005	19.70	11.09	.41	.083	7.62	5.16	.16	.148	6.23	5.79	.13	.288
IMC	-.13	1.49	-.02	.930	.23	1.49	.03	.876	.58	.74	.07	.437	.65	.76	.08	.401
EDI-A-24	--	--	--	--	--	--	--	--	.97	.08	.93	.000	.95	.09	.92	.000
D1	3.26	7.09	.06	.648	-8.73	10.12	-.17	.394	-9.12	3.67	-.18	.017	-10.71	5.17	-.21	.045
D2	2.95	8.71	.05	.736	-6.28	19.98	-.10	.755	-5.88	4.38	-.09	.186	-9.51	10.20	-.15	.357
D1xStatut	--	--	--	--	23.45	13.88	.46	.098	--	--	--	--	3.61	7.31	.06	.624
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
IMC																
a	19.66	.55	--	.000	19.59	.57	--	.000	17.86	.26	--	.00	17.87	.26	--	.000
Statut	-4.29	.79	-.75	.000	-3.88	.99	-.68	.000	-.09	.43	-.02	.830	-.13	.48	-.02	.789
EDI-A-24	-.01	.02	-.11	.428	-.01	.02	-.08	.567	-.01	.01	-.04	.471	-.01	.01	-.04	.491
IMC	--	--	--	--	--	--	--	--	.91	.06	.96	.000	.92	.06	.96	.000
D1	1.10	.72	.19	.130	1.57	1.02	.26	.131	-.03	.30	-.01	.927	.04	.43	.01	.930
D2	.89	.89	.12	.322	1.31	2.05	.18	.527	.69	.36	.09	.065	-.03	.84	-.003	.976
D1xStatut	--	--	--	--	-1.03	1.47	-.16	.490	--	--	--	--	-.06	.60	-.01	.916
D2xStatut	--	--	--	--	-.86	2.33	-.11	.715	--	--	--	--	.84	.95	.11	.382

Notes. b : Coefficient de régression non standardisé ; em : Erreur de mesure ; β = Coefficient de régression non standardisé p = seuil de significativité ; a : Constante ; Statut : Statut des participantes ; IMC : Indice de masse corporelle ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory - adolescent* ; D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique de la valeur physique perçue [i.e. modèle ARIMA (0,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D2 : Seconde variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique de la valeur physique perçue [i.e. modèle ARIMA (x,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D1xStatut : Interaction entre la première variable dichotomique et le statut des participantes ; D2xStatut : Interaction entre la seconde variable dichotomique et le statut des participantes.

ANNEXE CN

Tableau 109.

Prédiction entre le type de dynamiques de l'apparence physique perçue et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.

	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3				Modèle 4			
	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p
EDI-A-24																
a	27.01	5.27	--	.000	28.05	5.24	--	.000	40.87	3.12	--	.000	41.34	3.03	--	.000
Statut	18.65	11.28	.38	.106	13.63	11.58	.28	.245	7.21	6.15	.15	.247	4.01	6.17	.08	.520
IMC	-1.19	1.60	-.15	.461	-.79	1.60	-.10	.626	.51	.87	.06	.565	.75	.68	.09	.384
EDI-A-24	--	--	--	--	--	--	--	--	.94	.09	.91	.000	.93	.09	.90	.000
D1	13.19	7.97	.26	.105	-2.24	12.72	-.04	.861	-4.67	4.06	-.09	.316	-14.82	6.81	-.29	.035
D2	9.65	10.58	.12	.367	14.82	10.94	.19	.183	-5.94	5.87	-.07	.317	-2.19	5.10	-.03	.717
D1xStatut	--	--	--	--	22.58	14.64	.42	.130	--	--	--	--	15.27	7.75	.29	.055
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
IMC																
a	19.48	.48	--	.000	19.40	.48	--	.000	17.91	.26	--	.000	17.90	.26	--	.000
Statut	-4.68	.73	-.82	.000	-4.31	.84	-.76	.000	-.05	.51	-.04	.925	-.03	.53	-.01	.953
EDI-A-24	-.02	.02	-.18	.154	-.02	.02	-.17	.191	-.01	.01	-.04	.479	-.01	.01	-.04	.492
IMC	--	--	--	--	--	--	--	--	.89	.07	.93	.000	.89	.07	.94	.000
D1	2.40	.70	.40	.001	3.19	1.11	.53	.006	.06	.38	.01	.873	.12	.59	.02	.846
D2	.98	1.02	.11	.339	.66	1.08	.07	.547	.21	.49	.02	.660	.20	.52	.02	.710
D1xStatut	--	--	--	--	-1.27	1.39	-.20	.366	--	--	--	--	-.08	.67	-.02	.904
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Notes. b : Coefficient de régression non standardisé ; em : Erreur de mesure ; β = Coefficient de régression non standardisé ; p : Seuil de significativité ; a : Constante ; Statut : Statut des participantes ; IMC : Indice de masse corporelle ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory - adolescent* ; D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique de la valeur physique perçue [i.e. modèle ARIMA (0,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D2 : Seconde variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique de la valeur physique perçue [i.e. modèle ARIMA (x,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D1xStatut : Interaction entre la première variable dichotomique et le statut des participantes ; D2xStatut : Interaction entre la seconde variable dichotomique et le statut des participantes.

ANNEXE CO

Tableau 110.

Prédiction entre le type de dynamiques de la soi social lié à la famille autre que les soi social lié aux parents et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0

	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3				Modèle 4			
	β	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p
EDI-A-24																
a	28.52	3.24	--	.000	31.43	6.99	--	.000	41.75	3.54	--	.000	41.63	3.88	--	.000
Statut	28.60	9.44	.59	.004	39.68	15.27	.82	.013	4.01	5.52	.08	.472	4.24	8.89	.09	.636
IMC	-.69	1.61	-.08	.670	-.94	1.65	-.12	.571	.03	.86	.003	.974	.02	.89	.003	.981
EDI-A-24	--	--	--	--	--	--	--	--	.90	.09	.87	.000	.91	.09	.87	.000
D1	.24	6.51	.01	.970	-5.80	9.18	-.12	.532	-2.00	3.46	-.04	.567	-2.09	4.40	-.04	.674
D2	-8.13	8.93	-.12	.367	-11.76	12.95	-.18	.369	-3.13	4.76	-.05	.514	-1.67	7.02	-.03	.813
D1xStatut	--	--	--	--	-6.51	6.68	-.28	.336	--	--	--	--	.07	3.64	.003	.985
D2xStatut	--	--	--	--	2.12	15.76	.03	.894	--	--	--	--	-2.54	8.47	-.03	.766
IMC																
a	19.91	.52	--	.000	20.00	.56	--	.000	17.79	.29	--	.000	17.69	.31	--	.000
Statut	-3.98	.73	-.70	.000	-3.00	1.52	-.53	.055	-.04	.45	-.01	.933	-.42	.72	-.07	.564
EDI-A-24	-.01	.02	-.09	.453	-.01	.02	-.12	.414	-.004	.01	-.04	.529	-.003	.01	-.03	.647
IMC	--	--	--	--	--	--	--	--	.94	.07	.95	.000	.92	.07	.96	.000
D1	.83	.61	.15	.184	.37	.88	.06	.677	.24	.28	.04	.407	.43	.40	.08	.288
D2	-.14	.80	-.19	.077	-1.27	1.20	-.17	.297	.36	.39	.05	.358	.61	.57	.08	.290
D1xStatut	--	--	--	--	-.44	.64	-.16	.495	--	--	--	--	.22	.29	.08	.449
D2xStatut	--	--	--	--	-.53	1.50	-.06	.725	--	--	--	--	-.28	.68	-.03	.686

Notes. b : Coefficient de régression non standardisé ; em : Erreur de mesure ; β = Coefficient de régression non standardisé p : Seuil de significativité ; a : Constante ; Statut : Statut des participantes ; IMC : Indice de masse corporelle ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder*; D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents [i.e. modèle ARIMA (0,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D2 : Seconde variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents [i.e. modèle ARIMA (x,0,0) est codé 1 et modèle ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D1xStatut : Interaction entre la première variable dichotomique et le statut des participantes ; D2xStatut : Interaction entre la seconde variable dichotomique et le statut des participantes.

ANNEXE CP

Tableau 111.

Prédiction entre le type de dynamiques des soi social lié aux ami(e)s de soi et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0

	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3				Modèle 4			
	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p
EDI-A-24																
a	26.03	5.77	--	.000	24.77	6.35	--	.000	40.55	3.33	--	.000	38.39	3.38	--	.000
Statut	32.40	9.01	.67	.001	35.62	11.03	.73	.002	4.36	5.43	.09	.426	10.18	5.93	.21	.094
IMC	.17	1.50	.02	.911	.17	1.53	.02	.914	.24	.79	.03	.765	.20	.76	.02	.798
EDI-A-24	--	--	--	--	--	--	--	--	.91	.08	.87	.000	.93	.08	.90	.000
D1	-2.13	6.25	-.04	.734	1.18	9.27	.02	.899	-1.25	3.30	-.03	.706	4.34	4.63	.09	.353
D2	1.00	9.20	.01	.914	3.95	15.08	.05	.795	.93	4.86	.01	.849	11.78	7.54	.16	.126
D1xStatut	--	--	--	--	-6.38	12.64	-.12	.616	--	--	--	--	-11.21	6.31	-.20	.083
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-19.13	9.66	-.22	.054
IMC																
A	19.84	.52	--	.000	19.86	.57	--	.000	17.86	.27	--	.000	17.69	.31	--	.000
Statut	-4.19	.75	-.74	.000	-4.24	.94	-.75	.000	-.18	.43	-.03	.679	-.42	.72	-.07	.564
EDI-A-24	-.01	.02	-.04	.745	-.01	.02	-.04	.740	-.004	.01	-.04	.522	-.003	.01	-.03	.647
IMC	--	--	--	--	--	--	--	--	.88	.06	.92	.000	.92	.07	.96	.000
D1	1.01	.60	.18	.099	.97	.90	.17	.288	.39	.26	.07	.143	.43	.40	.08	.288
D2	-.80	.89	-.09	.375	-.93	1.48	-.11	.533	.02	.39	.002	.956	.61	.57	.08	.290
D1xStatut	--	--	--	--	.09	1.24	.01	.944	--	--	--	--	.22	.29	.08	.449
D2xStatut	--	--	--	--	.23	1.90	.02	.904	--	--	--	--	-.28	.68	-.03	.686

Notes. b : Coefficient de régression non standardisé ; em : Erreur de mesure ; β = Coefficient de régression non standardisé ; p : Seuil de significativité ; a : Constante ; Statut : Statut des participantes ; IMC : Indice de masse corporelle ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating disorder inventory - adolescent* ; D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique du soi social lié aux ami(e)s [i.e. modèle ARIMA (0,0,0) est codé 1 et modèles ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D2 : Seconde variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique du soi social lié aux ami(e)s [i.e. modèle ARIMA (x,0,0) est codé 1 et modèles ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D1xStatut : Interaction entre la première variable dichotomique et le statut des participantes ; D2xStatut : Interaction entre la seconde variable dichotomique et le statut des participantes.

ANNEXE CQ

Tableau 112.

Prédiction entre le type de dynamiques du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents et le score total de l'EDI-A-24 ou l'IMC au jour J70 en contrôlant le statut des participantes, le score total de l'EDI-A-24 et/ou l'IMC au jour J0.

	Modèle 1				Modèle 2				Modèle 3				Modèle 4			
	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p	b	em	β	p
EDI-A-24																
a	25.21	6.63	--	.000	25.87	7.68	--	.002	43.65	3.61	--	.000	43.07	4.15	--	.000
Statut	32.60	8.82	.67	.001	31.42	11.71	.65	.010	4.38	4.95	.09	.381	5.60	6.32	.12	.381
IMC	.34	1.53	.04	.282	.09	1.54	.01	.958	.52	.75	.06	.490	.57	.78	.07	.464
EDI-A-24	--	--	--	--	--	--	--	--	.94	.08	.91	.000	.95	.09	.91	.000
D1	-1.65	6.28	-.03	.794	2.07	8.94	.04	.818	-7.87	3.13	-.16	.016	-7.38	4.57	-.15	.000
D2	3.28	8.04	.06	.685	-6.42	12.15	-.11	.600	-.66	3.96	.01	.868	1.67	6.15	.03	.788
D1xStatut	--	--	--	--	-6.94	12.50	-.12	.582	--	--	--	--	-1.15	6.30	-.02	.856
D2xStatut	--	--	--	--	15.56	15.64	.21	.326	--	--	--	--	-4.04	8.06	-.06	.618
IMC																
a	20.02	.62	--	.000	19.75	.72	--	.000	17.72	.32	--	.000	17.47	.35	--	.000
Statut	-3.90	.74	-.69	.000	-3.45	1.03	-.61	.002	.04	.43	.01	.935	.64	.53	.11	.235
EDI-A-24	-.01	.02	-.06	.632	-.01	.02	-.10	.451	-.01	.01	-.05	.423	-.01	.01	-.06	.315
IMC	--	--	--	--	--	--	--	--	.90	.07	.94	.000	.90	.07	.94	.000
D1	.52	.62	.09	.404	1.08	.90	.19	.235	.23	.27	.04	.414	.79	.38	.14	.045
D2	-1.13	.76	-.16	.144	-1.58	1.16	-.22	.182	.20	.35	.03	.589	.42	.52	.06	.421
D1xStatut	--	--	--	--	.73	1.57	.09	.643	--	--	--	--	-1.08	.53	-.16	.046
D2xStatut	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-.44	.67	-.05	.519

Notes. b : Coefficient de régression non standardisé ; em : Erreur de mesure ; β = Coefficient de régression non standardisé ; p : Seuil de significativité ; a : Constante ; Statut : Statut des participantes ; IMC : Indice de masse corporelle ; EDI-A-24 : score total de l'*Eating Disorder inventory - adolescent* ; D1 : Première variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents [i.e. modèle ARIMA (0,0,0) est codé 1 et modèles ARIMA (x,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D2 : Seconde variable dichotomique ou *dummy* relative au type de dynamique du soi social lié à la famille autre que le soi social lié aux parents [i.e. modèle ARIMA (x,0,0) est codé 1 et modèles ARIMA (0,0,0) et (0,1,x) est codé 0] ; D1xStatut : Interaction entre la première variable dichotomique et le statut des participantes ; D2xStatut : Interaction entre la seconde variable dichotomique et le statut des participantes.

ANNEXE CR
INVENTAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE-
ADOLESCENT (EDI-A-24)

	Toujours	Habituellement	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1. Je me gave de nourriture-----						
2. J'aimerais paraître plus jeune que je ne le suis-----						
3. J'ai envie de faire un régime-----						
4. Je me sens nulle-----						
5. Pour ma famille, seules les performances qui sortent de l'ordinaire, comptent-----						
6. La période la plus heureuse de ma vie est l'enfance (<i>entre 3 et 10 ans</i>)--						
7. J'ai très peur de grossir-----						
8. Je fais confiance aux autres-----						
9. Personne ne s'intéresse à moi-----						
10. Je discute facilement avec les autres-----						
11. Il y a des moments où je suis capable de manger de très grandes quantités de nourriture sans pouvoir m'arrêter-----						
12. J'établis facilement des contacts avec les autres-----						
13. J'aime la forme de mes fesses-----						
14. Je suis inquiète à l'idée de grossir-----						
15. Je pense à manger de très grandes quantités de nourriture-----						
16. J'ai une mauvaise opinion de moi-même-----						
17. J'ai peur de ne plus contrôler mes émotions (joie, tristesse, colère)						
18. Mon ventre est très gonflé après avoir mangé un repas habituel-----						
19. Je pense que j'étais plus heureuse quand j'étais enfant (<i>entre 3 et 10 ans</i>)-----						
20. Je dois faire les choses parfaitement ou ne pas les faire du tout-----						
21. Je pense que mes cuisses sont justes à la bonne taille-----						
22. Je pense que mes hanches sont tout à fait de la bonne taille-----						
23. Je me fixe des objectifs extrêmement élevés-----						
24. Quand je suis contrariée, j'ai peur de commencer à manger-----						

ANNEXE CS

**INVENTAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE-COURT
(EDI-C, TROIS ECHELLES UTILISEES)**

J'ai très peur de grossir

Pas du tout _____ Tout à fait

Je suis satisfaite de ma silhouette

Pas du tout _____ Tout à fait

J'ai envie de me gaver de nourriture

Pas du tout _____ Tout à fait

Veillez faire un trait au centre de la zone de réponse (au milieu du segment)

ANNEXE CT
INVENTAIRE DU SOI PHYSIQUE
(ISP-6B, TROIS ECHELLES UTILISEES)

Globalement, j'ai une bonne opinion de moi

Pas du tout _____ Tout à fait

Physiquement, je suis contente de moi

Pas du tout _____ Tout à fait

Je suis satisfaite de mon apparence physique

Pas du tout _____ Tout à fait

Veillez faire un trait au centre de la zone de réponse (au milieu du segment)

ANNEXE CU
SOI SOCIAL (SS-3)

Je m'entends bien avec les membres de ma famille (excepté les parents)

Pas du tout _____ Tout à fait

Je suis à l'aise dans mes relations amicales

Pas du tout _____ Tout à fait

Je m'entends bien avec mes parents

Pas du tout _____ Tout à fait

Veillez faire un trait au centre de la zone de réponse (au milieu du segment)

ANNEXE CV

ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ PHYSIQUE SOCIALE (SPAS-7)

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Vraiment	Extrêmement
1. Cela me gênerait de porter des vêtements qui m'aminciraient ou qui me grossiraient-----					
2. J'aimerais ne pas être aussi nerveuse, au sujet de mon apparence physique-----					
3. Parfois cela m'inquiète que d'autres personnes puissent évaluer négativement mon poids ou mon développement musculaire -----					
4. Certaines parties de mon corps que je n'aime pas, me rendent nerveuse dans certains contextes sociaux-----					
5. En présence d'autres personnes, je m'inquiète au sujet de mon apparence physique-----					
6. Je me sentirais mal à l'aise de savoir que les autres jugent mon corps-----					
7. Lorsque je porte un maillot de bain, je me sens souvent nerveuse à propos de ma silhouette-----					