

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Associations entre le profil de tempérament et l'évolution des adolescentes présentant
une anorexie mentale

par

Alexandra Ouellet

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M.Sc.)

Programme de Maîtrise en psychoéducation

Juin 2018

© Alexandra Ouellet, 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Associations entre le profil de tempérament et l'évolution des adolescentes présentant
une anorexie mentale

Alexandra Ouellet

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Directrice de recherche
(Isabelle Thibault)

_____ Évaluatrice externe
(Alexa Martin-Storey)

_____ Évaluatrice externe
(Malena Argumedes)

Mémoire accepté le : _____

SOMMAIRE

L'anorexie mentale est une problématique multifactorielle aux nombreuses conséquences, tant au point de vue médical, personnel, familial que social. Bien que plusieurs recherches s'intéressent à cette problématique, peu ont porté sur le lien entre l'anorexie mentale et l'évolution de celle-ci, notamment chez les adolescents. De plus, bien qu'il soit reconnu que certains traits de tempérament soient associés au développement de cette problématique chez les adultes, peu se sont intéressées aux liens entre les traits de tempérament et l'évolution de la problématique chez les adolescentes.

La présente étude a pour objectifs de 1. Décrire les traits de tempérament des adolescentes présentant une anorexie mentale en début de traitement et 2. Identifier les traits de tempérament les plus fortement lié à l'évolution de l'anorexie mentale. Cette recherche s'inscrit dans une étude longitudinale comportant plusieurs temps de mesure, dont au moment de l'admission dans le programme d'intervention (temps 1) et un an après le début du traitement (temps 2). L'échantillon est composé de 37 adolescentes âgées entre 12 et 18 ans ayant reçu des services de la Clinique des troubles alimentaires du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Pour mesurer les traits de tempérament, les variables indépendantes, le *Temperament and Character Inventory* de Cloninger *et al.* (1993) a été utilisé, tandis que pour la variable d'évolution, l'*Eating and Disorder Inventory 3* (Garner, 2004) a été utilisé.

Des analyses descriptives (moyenne et écart-type) ont été réalisées afin de répondre à l'objectif 1. Les résultats indiquent qu'au moment de l'admission dans le programme, les adolescentes de l'échantillon présentent des traits de tempérament marqués par des seuils élevés aux échelles d'évitement de la punition et de la persistance, des seuils peu élevés de recherche de la nouveauté, ainsi que des traits tempérés pour la dépendance à la récompense. Des analyses de régression ont par la suite été réalisées, afin d'identifier les traits de tempérament les plus fortement

associés à l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale et de répondre par le fait même à l'objectif 2. Il appert que les traits de tempérament au moment de l'admission dans un programme de soin ne permettent pas de prédire l'évolution de l'anorexie mentale un an plus tard lorsque les symptômes dépressifs sont contrôlés.

En lien avec ces résultats, il appert que les interventions psychoéducatives devraient donc porter, en premier lieu et grâce à une équipe multi ou interdisciplinaire, sur le retour à un poids santé, afin de contrer les effets négatifs de la privation alimentaire qui peuvent entraîner ces symptômes dépressifs. De plus, les résultats indiquent que plus le tempérament des adolescentes présentant une anorexie mentale est caractérisé par l'évitement de la punition, moins elles présentent une évolution favorable. L'évitement de la punition étant caractérisé par une tendance au retrait social, il s'avérerait judicieux de miser sur le développement d'habiletés sociales dans l'intervention psychoéducatrice auprès de cette clientèle.

RÉSUMÉ

Le tempérament est un facteur de risque important dans le développement de l'anorexie mentale, mais son implication dans l'évolution de ce trouble demeure peu documentée. Or, une meilleure compréhension des liens entre les traits de tempérament et l'évolution permettra de mieux comprendre les différents profils psychologiques des adolescentes présentant une anorexie mentale et ainsi améliorer l'intervention. Cette étude vise à décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes ($n = 37$) présentant une anorexie mentale au moment du diagnostic (T1) et d'identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution du trouble un an plus tard (T2). Les symptômes dépressifs ont été utilisés comme variable de contrôle. Les résultats indiquent que les adolescentes de l'échantillon présentent des traits de tempérament marqués par des seuils élevés aux échelles d'évitement de la punition et de la persistance, des seuils peu élevés de recherche de la nouveauté, ainsi que des traits tempérés pour la dépendance à la récompense, lors de leur admission dans le programme. Les résultats des régressions indiquent que lorsque les symptômes dépressifs sont contrôlés, les traits de tempérament ne permettent pas de prédire l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale. Puisque les symptômes dépressifs peuvent être occasionnés par la privation alimentaire, il s'avère important dans l'intervention de prioriser le rétablissement des apports alimentaires de ces adolescentes. Au niveau clinique, une attention particulière devrait être portée aux interventions visant l'amélioration des habiletés sociales considérant que l'évitement de la punition au T1 est associé à une évolution moins favorable au T2.

Mots-clés : Anorexie mentale, traits de tempérament, évolution, adolescence

TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
RÉSUMÉ	3
REMERCIEMENTS	9
INTRODUCTION	10
PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE	12
1. TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES : DÉFINITIONS, PRÉVALENCE ET DISTINCTIONS ENTRE LES PROBLÉMATIQUES	12
1.1 Définitions et prévalence	12
1.2 Distinctions entre les problématiques	14
2. L'ANOREXIE MENTALE : DÉFINITIONS, DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CONSÉQUENCES	15
2.1 Définition	15
2.2 Données épidémiologiques	15
2.3 Conséquences de l'anorexie mentale	16
3. PROFILS DE RÉMISSION DE L'ANOREXIE MENTALE	19
4. MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE	20
5. LE TEMPÉRAMENT : DÉFINITION ET DISTINCTION AVEC LES CONCEPTS DE PERSONNALITÉ ET DE CARACTÈRE	22
5.1 Définition du tempérament	23
5.2 Distinction entre les concepts	24
6. QUESTION PRÉLIMINAIRE DE RECHERCHE	28

DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS.....	30
1. Méthode de recherche documentaire.....	30
2. CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	33
3. RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES	35
3.1 Construit relatif aux affects	35
3.2 Construits relatifs aux relations.....	37
3.3 Construits relatifs à la persévérance.....	39
3.4 Autres variables.....	40
4. LIMITES DES ÉTUDES	40
5. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	44
TROISIÈME CHAPITRE - MÉTHODOLOGIE	45
1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	45
2. DEVIS DE L'ÉTUDE.....	46
3. LES PARTICIPANTES	46
4. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE	49
4.1 Traits de tempérament (variable indépendante).....	49
4.2 Évolution (variable dépendante)	51
4.3 Variables de contrôle.....	53
5. MÉTHODES D'ANALYSES DES DONNÉES.....	54
QUATRIÈME CHAPITRE - RÉSULTATS.....	55
1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE PREMIER OBJECTIF.....	55
2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LE DEUXIÈME OBJECTIF.....	56

CINQUIÈME CHAPITRE - DISCUSSION	63
1. ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	63
2. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	66
3. RETOMBÉES CLINIQUES.....	69
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXE A - MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE	84
ANNEXE B - CARACTÉRISTIQUES DES ARTICLES RECENSÉS	85

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Données sociodémographiques des participantes au T1 et T2.....	48
Tableau 2 - Données sociodémographiques familiales au T1 et T2.....	49
Tableau 3 - Données descriptives (centile) du tempérament au T1	56
Tableau 4 - Analyse de covariance (ANCOVA) de l'effet des symptômes dépressifs sur l'évolution des adolescentes en fonction du tempérament	58
Tableau 5 - Test-t apparié pour les variables de l'EDI-3	58
Tableau 6 - Corrélations entre les variables à l'étude	60
Tableau 7 - Modèles de régressions linéaires prédisant l'évolution des participantes.....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Continuum des comportements alimentaires.....	13
Figure 2 - Distinction et évolution des concepts de tempérament, de personnalité et de caractère.....	27
Figure 3 - Conceptualisation des concepts de tempérament, de personnalité et de caractère	28
Figure 4 - Processus de recherche documentaire pour les études comportant un échantillon adolescent	31
Figure 5 - Processus de recherche documentaire sans critère relatif à la composition de l'échantillon	32

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de recherche n'aurait pas été possible sans la présence et le soutien de nombreuses personnes qui ont contribué à l'avancement et le perfectionnement des connaissances acquises. Tout d'abord, je tiens à remercier et souligner le soutien constant et chaleureux de ma directrice de recherche sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Son approche bienveillante, sa disponibilité, ses conseils judicieux ainsi que sa grande connaissance du sujet, m'ont amené à me dépasser et à développer ma curiosité. Je tiens à la remercier chaleureusement pour tout le temps qu'elle a pris.

Il m'est impossible de ne pas souligner le soutien inconditionnel de mes proches tout au long de mon parcours. Un immense merci à mes parents de m'avoir toujours soutenu et d'avoir cru en moi. Ils m'ont toujours poussé à devenir une meilleure personne et je leur en serai toujours reconnaissante. Un grand merci également à mon frère pour ses encouragements et la fierté démontrée à mon égard.

Un merci tout spécial à mes amis qui ont su écouter mes joies et mes frustrations tout au long de ce parcours et qui ont su m'encourager à persévérer. Un énorme merci à mon amie de recherche, Stéphanie Cloutier, sans qui cette aventure aurait été moins intéressante et enrichissante. Merci pour ton support sans fin. Merci à ma meilleure amie, Kathy, pour tous les moments passés à m'écouter, m'encourager et à croire en moi. Merci pour tout ma sœur de cœur.

Merci à mon conjoint de m'avoir supporté et écouté. Je le remercie pour sa capacité à me changer les idées et à me sortir de ma routine qui m'aura permis de me recentrer à certains moments.

Je tiens également à adresser des remerciements au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et au Fonds de recherche du Québec - Société et culture pour leur appui financier qui a grandement contribué à la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est une problématique de santé mentale multifactorielle (Garner, 2004; 1993), c'est-à-dire que son développement et son maintien résultent de la combinaison de plusieurs facteurs de risque (individuels, familiaux, sociaux). Plus spécifiquement, il appert que certains traits de tempérament tels l'évitement de la punition ou la persistance, caractériseraient les personnes présentant une anorexie mentale au moment du diagnostic. S'il s'avère possible d'identifier les facteurs de risque impliqués dans le développement de cette problématique, il s'avère plus difficile d'en identifier leurs effets sur l'évolution de celle-ci. Ce projet de recherche vise à distinguer l'évolution des adolescentes présentant un diagnostic d'anorexie mentale en fonction des différents traits de tempérament.

Le premier chapitre de ce mémoire porte sur la problématique et permettra d'aborder, dans un premier temps, les principaux troubles des conduites alimentaires (TCA) pour ensuite se concentrer spécifiquement sur le premier concept à l'étude, l'anorexie mentale. La définition, les données épidémiologiques et les conséquences de l'anorexie mentale seront également présentées. Par la suite, le modèle explicatif du développement et du maintien de l'anorexie mentale sera discuté. Cette explication permettra de définir le deuxième concept à l'étude, le tempérament. Ce chapitre se conclura par la question préliminaire de recherche. Le deuxième chapitre portera sur la recherche documentaire effectuée afin de répondre à la question préliminaire de recherche. La démarche de recherche documentaire, les caractéristiques des études recensées, la synthèse de leurs résultats, leurs limites ainsi que les objectifs poursuivis par le présent projet seront présentés. Le troisième chapitre portera quant à lui sur la méthodologie de ce projet de recherche. Le contexte de l'étude, le devis de recherche, la description des participants, les instruments de mesure utilisés ainsi que les analyses statistiques y seront abordés. Le quatrième chapitre fera état des résultats obtenus à la suite des analyses effectuées en fonction des objectifs de l'étude. Finalement, le cinquième chapitre portera sur la discussion. Il sera alors question des convergences et des divergences entre les résultats

obtenus et ceux de la littérature, des forces et limites de l'étude ainsi que des retombées cliniques en fonction des conclusions tirées.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre vise à présenter la problématique à l'étude. Pour ce faire, les TCA sont d'abord abordés de façon globale. Puis, l'anorexie mentale est traitée de façon approfondie. La définition, les données épidémiologiques et les conséquences sont alors traitées afin de circonscrire cette problématique. Les différents profils d'évolution sont abordés. Un modèle explicatif de l'anorexie mentale élaboré pour ce mémoire est ensuite discuté. Ce modèle permettra de comprendre le processus de développement de la problématique à l'étude, mais aussi de cibler l'importance du tempérament comme facteur de risque pour l'anorexie mentale. Une définition du tempérament et sa distinction avec des concepts apparentés comme le caractère et la personnalité sont ensuite présentés. Enfin, les questions préliminaires de recherche sont élaborées.

1. TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES : DÉFINITIONS, PRÉVALENCE ET DISTINCTIONS ENTRE LES PROBLÉMATIQUES

1.1 Définitions et prévalence

Les comportements alimentaires peuvent être placés sur un continuum (Figure 1). À l'un des extrêmes du continuum se trouve la sous-alimentation. Ces comportements de restriction alimentaire sont associés à diverses problématiques cliniques, dont l'anorexie mentale. À l'opposé du continuum se trouve la suralimentation. Cela correspond aux problématiques cliniques comme la boulimie ou les accès hyperphagiques. Au centre du continuum, l'alimentation est dite équilibrée. Il y a absence de comportements restrictifs ou de suralimentation. Entre les extrêmes du continuum et le centre se trouvent les zones sous-cliniques, c'est-à-dire qu'il y a présence de certains comportements de restriction alimentaire ou de suralimentation, mais d'une intensité et d'une gravité inférieure à celles de la zone clinique (Monthuy-Blanc *et al.*, 2016).

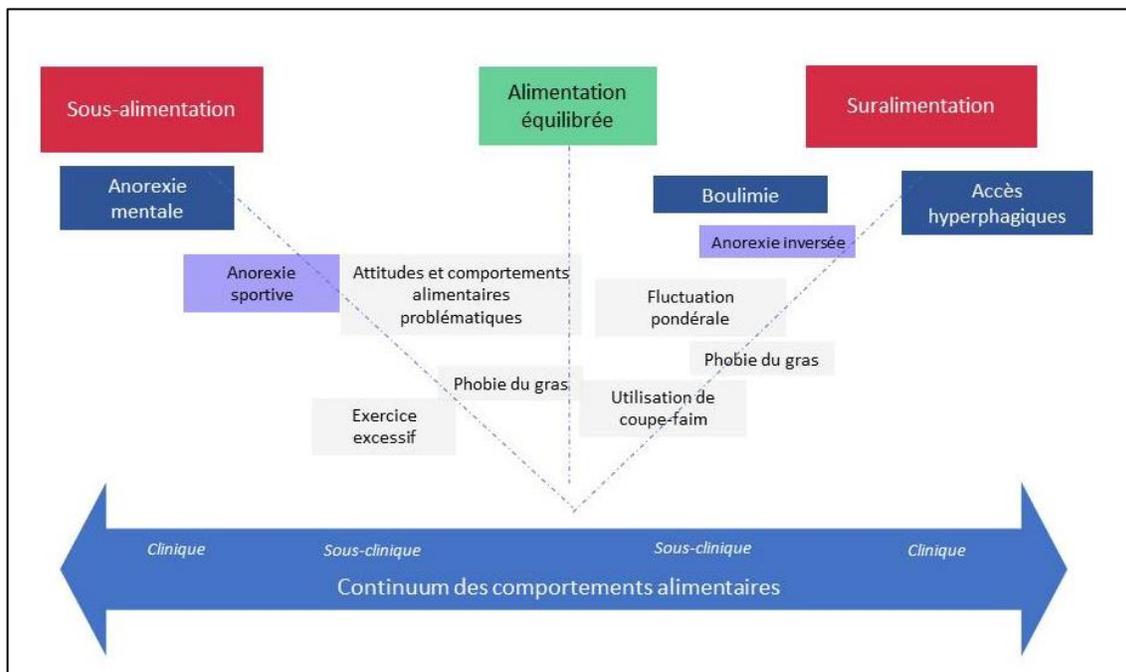


Figure 1: Continuum des comportements alimentaires selon Monthuy-Blanc *et al.* (2016)

Les problématiques des zones cliniques correspondent aux trois principaux TCA identifiés dans la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (APA, 2013), soit l’anorexie mentale, la boulimie et les accès hyperphagiques. Les TCA consistent en une « perturbation persistante des habitudes alimentaires ou des comportements de contrôle du poids combiné à des préoccupations intenses et envahissantes pour le poids et la forme du corps. Une altération cliniquement significative de la santé physique ou du fonctionnement psychosocial est également observée chez la personne (Fairburn et Harrison, 2003) ». Bien qu’une comorbidité puisse être présente entre les TCA et d’autres problématiques psychiatriques, « la perturbation du comportement ne doit pas être attribuable à une problématique médicale générale ou à toute autre problématique psychiatrique » (Fairburn et Harrison, 2003, p.408). Selon les données épidémiologiques les plus récentes disponibles, la prévalence des TCA est de 3 % des personnes de la population générale (Agence de la santé publique du Canada, 2002; Hoek et van Hoeken, 2003). Les TCA sont davantage présents chez les femmes que chez les

hommes; un ratio de 10 : 1 est généralement observé (Bulik, 2002; Fairburn et Harrison, 2003). Les TCA se développent principalement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (APA, 2013; Herpertz-Dalhman, 2009).

1.2 Distinctions entre les problématiques

L'anorexie mentale se distingue de la boulimie et des accès hyperphagiques. Les personnes présentant une anorexie mentale¹ présentent un « engouement apparent et démesuré pour la perte de poids, une satisfaction liée à la restriction alimentaire, une poursuite acharnée de la minceur, un désir envahissant de maintenir cette minceur et une négation de l'état de maigreur » (APA, 2013). Ces personnes sont généralement en contrôle de leur alimentation, même si des crises de suralimentation peuvent survenir. Les personnes veulent toujours perdre plus de poids et refusent de le maintenir dans la normale, contrairement aux personnes présentant une boulimie (Crocq et Guelfi, 2016). Ces dernières ont généralement un poids dans les limites attendues pour leur âge et leur taille. La boulimie est caractérisée par des crises de suralimentation suivies de comportements compensatoires inappropriés (exemple : vomissements provoqués) (APA, 2013). Les personnes présentant des accès hyperphagiques vivent aussi des épisodes de crises de suralimentation, mais n'ont pas recours aux comportements compensatoires inappropriés à la suite de ces crises, ce qui entraîne un gain de poids pouvant causer l'obésité (Bruce et Agras, 1992). Dans ce mémoire, l'objet d'intérêt est l'anorexie mentale.

¹ Afin d'alléger le texte, l'appellation « personne anorexique » sera utilisée pour remplacer « personne présentant une anorexie mentale ».

2. L'ANOREXIE MENTALE : DÉFINITIONS, DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CONSÉQUENCES

2.1 Définition

Selon le DSM-5, le diagnostic d'anorexie mentale correspond à la présence des symptômes suivants :

«1. Une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Un poids significativement bas signifie qu'il est inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu; 2. Une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou des comportements persistants interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas; 3. Une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou une non-reconnaissance persistante de la gravité de la maigreur actuelle» (APA, 2013, p. 398-399).

Le diagnostic d'anorexie mentale comporte deux sous-types, soit l'anorexie mentale de type restrictif et l'anorexie mentale de type accès hyperphagique/purgatif². L'individu présentant une anorexie mentale restrictive n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (exemple : laxatifs), pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale (APA, 2013; Black et Andreasen, 2011). Pour la personne présentant une anorexie mentale boulimique, celle-ci a présenté ce type de comportements compensatoires de manière régulière (APA, 2013; Black et Andreasen, 2011).

2.2 Données épidémiologiques

Autrefois, l'anorexie mentale n'apparaissait qu'auprès d'une population de jeunes femmes blanches (Bruch, 1973; Crago, Shisslak et Estes, 1996; Pike et Walsh, 1996; Root, 1990), mais cette problématique est aujourd'hui considérée comme pouvant survenir dans

² Afin d'alléger le texte dans ce mémoire, le terme anorexie mentale restrictive sera utilisée pour désigner l'anorexie mentale de type restrictif et le terme anorexie mentale boulimique sera utilisée pour désigner l'anorexie mentale de type accès hyperphagique/purgatif.

plusieurs groupes ethniques (Shaw, Ramirez, Trost, Randall et Stice, 2004). Ce changement peut s'expliquer par l'industrialisation et l'urbanisation des pays entraînant un changement dans les valeurs des populations prônant ainsi la beauté, l'idéal de minceur et les bonnes habitudes alimentaires (Pike, Hoek et Dunne, 2014; Zipfel, Giel, Bulik, Hay et Schmidt, 2015). L'anorexie mentale touche de 0,1 % à 1 % des adolescentes et des jeunes femmes de la population générale (Agence de la santé publique du Canada, 2002 ; Hoek et van Hoeken, 2003). Le taux global d'incidence de l'anorexie mentale est estimé à huit pour 100 000 personnes par année pour une population âgée entre 15 et 19 ans (Hoek et van Hoeken, 2003). L'anorexie mentale est davantage présente chez les femmes que chez les hommes, le ratio étant de 10 : 1 (APA, 2013) et débute généralement entre 14 et 19 ans (Bulik, 2002; Fairburn et Harisson, 2003; Herpertz-Dalhmans, 2015; Lucas, Beard, O'Fallon et Kurland, 1991).

2.3 Conséquences de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale entraîne plusieurs conséquences graves pour la personne (Nicholls et Bryant-Waugh, 2009). Ces conséquences peuvent être divisées en quatre catégories : biologiques, psychologiques, familiales et sociales.

2.3.1 Conséquences biologiques

Parmi les conséquences biologiques, les personnes anorexiques peuvent développer des complications cardiaques, telles que la bradycardie (diminution du rythme cardiaque). Notons aussi la perte de densité osseuse pouvant mener, à long terme, à de l'ostéoporose (Fairburn et Harisson, 2003; Powers et Santana, 2002; Mieczekalski, Podfigurna-Stopa et Katulski, 2013; Wentz, Mellström, Gillberg, Gillberg et Rastam, 2007). Parmi les autres conséquences biologiques rapportées, il y a l'aménorrhée (absence des menstruations pendant plus de trois mois), l'hypotension, la faiblesse musculaire ainsi que l'intolérance au froid, l'apparition d'un lanugo (fin duvet recouvrant le corps de la personne), la perte de cheveux et la sécheresse de la peau (Fairburn et Harisson, 2003; Powers et Santana, 2002).

À long terme, chez les femmes, l'anorexie mentale peut également affecter la possibilité de vivre une grossesse (Meczekalski *et al.*, 2013).

L'état de santé des adolescents anorexiques serait davantage compromis que celui des adultes anorexiques. Les adolescents sont en développement, mais les restrictions alimentaires amènent une insuffisance des réserves nutritionnelles. Les exigences métaboliques sont ainsi trop grandes pour ce que le corps peut produire (Walsh, Attia, Glasofer et Sysko, 2016). Ces conséquences biologiques peuvent entraîner des retards de croissance et avoir des conséquences sur le développement du cerveau (Walsh *et al.*, 2016).

2.3.2 *Conséquences psychologiques*

Parmi les nombreuses conséquences psychologiques, notons que l'anorexie mentale peut entraîner une fatigue en raison des difficultés de sommeil (Bulik, 2002; Fairburn et Harisson, 2003), accentuer le perfectionnisme et la faible estime de soi déjà présente auparavant chez la personne anorexique (Fairburn et Harisson, 2003) et entraîner le développement de symptômes dépressifs et anxieux (Bulik, 2002; Fairburn et Harisson, 2003). Les personnes anorexiques boulimiques peuvent développer des difficultés en lien avec l'abus de substance (alcool et drogues) (Bulik, 2002; Fairburn et Harisson, 2003).

2.3.3 *Conséquences familiales*

L'anorexie mentale entraîne des conséquences pour tous les membres de la famille. Les proches de la personne anorexique peuvent présenter des niveaux de détresse élevés (Zabala, Macdonald et Treasure, 2009; Whitney, Murray et Gavan, 2005) et des affects négatifs tels que de la culpabilité, un sentiment d'impuissance et de la fatigue (Whitney *et al.*, 2005). Les membres de la famille peuvent également présenter des symptômes dépressifs et anxieux (Zabala *et al.*, 2009). Des difficultés de communication et une détérioration des relations entre les membres de la famille (Perkins, Winn et Murray, 2004) sont également observées. Le moment des repas peut devenir source de conflit (Cottee-

Lane, Pistrang et Bryant-Waugh, 2004 ; Highet, Thompson et King, 2005). En ce qui concerne la fratrie, les frères et sœurs semblent souffrir d'une perte d'identité au sein de la famille puisque toute l'attention est désormais dirigée vers la personne anorexique (Cook-Darzens *et al.*, 2005). Une stigmatisation peut être vécue par les membres de la famille, ceux-ci se voyant désignés comme étant le facteur menant au développement et au maintien de l'anorexie mentale de leur proche (Highet *et al.*, 2005).

2.3.4 Conséquences sociales

Au niveau social, les conséquences concernent les interactions de la personne ayant une anorexie mentale avec ses amis et ses proches. Certaines personnes anorexiques peuvent vivre un isolement social et vivre des difficultés académiques et professionnelles (APA, 2013). Cet isolement social peut s'expliquer par une perte d'intérêt de la personne envers le monde extérieur (Fairburn et Harisson, 2003) et par un inconfort à manger devant les autres en raison de leurs rituels alimentaires (Bulik, 2002). La stigmatisation est présente pour les personnes anorexiques (Stewart, Schavio, Herzog et Franko, 2008). Les individus percevraient négativement les personnes anorexiques, car ils considèrent que ces dernières seraient responsables de leur problématique (Crisp, 2005; Stewart, Keel et Schiavo, 2006). Chez les adolescents cette stigmatisation pourrait mener à du rejet au niveau des relations amicales et amoureuses (Smith, Pruitt, Mann et Thelen, 1986). Cette stigmatisation pourrait mener à une diminution de l'estime de soi (Corrigan, 1999; Scheff, 1966) et diminuer l'engagement de la personne dans un programme d'intervention (Corrigan et Rüschi, 2002; Scheff, 1966). Cela prolongerait le processus de rémission et augmenterait les probabilités de rechute suite à une intervention (Scheff, 1966).

Le présent projet de recherche porte un intérêt spécifique envers les adolescentes présentant une anorexie mentale puisque cette problématique débute généralement à l'adolescence. De plus, l'anorexie mentale entraîne de multiples conséquences sur l'état de santé de ces adolescentes (conséquences biologiques) en plus d'affecter leur adaptation

psychologique, familiale et sociale. En outre, le pronostic de l'anorexie mentale est largement défavorable. Cet aspect sera traité dans la prochaine section.

3. PROFILS DE RÉMISSION DE L'ANOREXIE MENTALE

L'évolution de l'anorexie mentale est très variable d'un individu à l'autre, car plusieurs facteurs individuels, sociaux et familiaux influencent l'évolution et le maintien de cette problématique (Garner, 2004; 1993). De plus, il est ardu de définir l'évolution de l'anorexie mentale, car la définition de l'évolution ne fait pas consensus dans la littérature (Khalsa, Portnoff, McCurdy-McKinnon et Feusner, 2017). Selon la définition du DSM-5 (APA, 2013), pour que la rémission soit qualifiée de complète, il doit y avoir absence de tous les critères diagnostiques pendant une période prolongée. Lorsque la rémission au niveau du poids est présente, mais qu'il y a présence de symptômes psychologiques tels qu'une peur intense de prendre du poids ou qu'il y a présence de comportements alimentaires restrictifs, la rémission serait alors qualifiée de partielle (APA, 2013). L'anorexie mentale devient chronique lorsque les critères diagnostiques persistent dans le temps (APA, 2013). Cette définition très intéressante comporte toutefois la limite qu'une évaluation selon les critères du DSM soit effectuée par un professionnel qualifié. D'autres chercheurs considèrent que la rémission se définit seulement par le retour à un indice de masse corporelle se situant entre 19 et 20 (Walsh, Kaplan, Attia, Olmsted, Parides et Carter, 2006). Cette définition peut être considérée trop simpliste, considérant que l'anorexie mentale ne repose pas uniquement sur une question de poids et que des personnes présentant un IMC supérieur à 19 peuvent continuer à présenter plusieurs autres caractéristiques relatives à la problématique (restriction alimentaire, distorsion de l'image, etc.). De leur côté, Löwe *et al.* (2001) et Strober, Freeman et Morrell (1997) proposent une définition de la rémission plus exhaustive et considèrent que l'évolution se définit par l'absence de tous les critères de l'anorexie mentale. Cette absence de critères doit à la fois tenir compte du maintien d'un poids régulier, du retour des menstruations et de l'absence de comportements compensatoires ainsi que l'absence de vulnérabilités psychologiques telles que la peur de prendre du poids et la distorsion de l'image corporelle. En somme,

certain auteurs n'utilisent que les critères diagnostiques pour qualifier la rémission, tandis que d'autres n'utilisent que les symptômes psychologiques et certains autres utilisent une combinaison de ces deux méthodes (Khalsa *et al.*, 2017). Bref, ces définitions de l'évolution très variables accroissent la complexité de bien généraliser les résultats et de bien comprendre l'évolution des personnes ayant une anorexie mentale. Une définition exhaustive de l'évolution devrait tenir compte à la fois des critères diagnostiques de la problématique et des vulnérabilités psychologiques (Ackard, Cronemeyer, Richter et Egan 2015; Jarman et Walsh, 1999).

La variabilité des définitions de l'anorexie mentale influence aussi les résultats des études portant sur la rémission. En effet, selon les définitions utilisées pour qualifier la rémission de l'anorexie mentale, les taux varient d'une étude à l'autre (Carter *et al.*, 2012). Selon les données disponibles, environ 50 % des personnes anorexiques vivent une rémission complète, tandis que de 30 à 35 % de ces personnes vivraient plutôt une rémission partielle (Deter et Hezog, 1994; Pike, 1998; Roux, Chapelon et Godart, 2013; Steinhausen, 2009), caractérisée par la présence de vulnérabilités psychologiques telles que des inquiétudes pour la forme du corps et l'alimentation, ainsi qu'une difficulté à maintenir un poids supérieur à 85 % du poids attendu de manière constante (Strober, Freeman et Morrell, 1997). La chronicité surviendrait pour 15 à 25 % des personnes anorexiques (Ackard, Cronemeyer, Richter et Egan, 2015; Deter et Hezog, 1994; Johnson, Cohen, Kasen et Brook, 2002; Pike, 1998; Steinhausen, 2002; 2009).

4. MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE

Le modèle explicatif (Thibault, Pauzé, Cloutier, et Ouellet, en préparation) présenté a été élaboré pour ce mémoire et intègre les différents modèles recensés dans les écrits scientifiques (Connan, Campbell, Katzman, Lightman et Treasure, 2003; Fairburn, Cooper et Shafran, 2003; Herpetz-Dahlmann, Seitz et Konrad, 2011; Lucas, 1981; Silber, 2005). Il prend également appui sur une revue exhaustive des écrits scientifiques portant sur les

facteurs de risque associés à l'anorexie mentale ainsi que sur les travaux de Pauzé (2006). L'annexe A présente le modèle explicatif élaboré.

Parmi les facteurs prédisposants, notons des facteurs sociaux (ex : difficultés de socialisation (Fairburn, Cooper, Doll et Welch 1999), individuels (ex : tempérament, perfectionnisme) (APA, 2013; Halmi *et al.*, 2012) et familiaux (ex : conflits conjugaux) (Cunha, Relvas et Soares, 2009). Les facteurs prédisposants s'influencent entre eux et contribuent à altérer les capacités adaptatives des personnes pour faire face aux stress (ex : changements corporels, tâches développementales et événements stressants) jouant le rôle de facteur précipitant (Bulik, 2002; Fairburn et Harisson, 2003; Gicquel, 2013; Herpertz-Dalhmans, 2015; Lucas *et al.*, 1991; Schmidt, 2003). La combinaison de tous ces facteurs mène à une impression de perte de contrôle sur sa vie. La personne tentera de reprendre ce contrôle en adoptant des comportements alimentaires problématiques, tel la diète, menant au fil du temps à une perte de poids. Le glissement vers l'anorexie mentale s'opère alors et la privation alimentaire occasionnée entraîne des effets biologiques (exemple : diminution du métabolisme basal) et psychologiques (exemple : ralentissement cognitif) (Attia, 2010; Casaer *et al.*, 2011 ; Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer et Agras, 2004; Kaye, Frank, Bailer et Henry, 2005; Kerem et Katzman, 2003; Klein et Walsh, 2004; Landt *et al.*, 2005; Lawson et Klibanski, 2008; Pinheiro, Root et Bulik, 2009; Swenne et Engstro, 2005; Zink et Weinberger, 2010) qui contribuent à accentuer à leur tour les facteurs prédisposants et à altérer davantage le fonctionnement des personnes.

Plusieurs chercheurs mentionnent que les traits de tempérament sont liés au développement (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby et Mitchell, 2006), au maintien et à l'évolution de l'anorexie mentale (Atiye, Miettunen et Raevuori-Helkamaa, 2015; Diaz-Marsá, Carrasco et Saiz, 2000; Klump *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2000). En effet, il appert que les traits de tempérament sont un facteur de risque important à prendre en compte lorsqu'il est question de bien comprendre l'étiologie et l'évolution de l'anorexie mentale (Bollen et Wojciechowski, 2004). Une connaissance plus approfondie des différents traits prédominants chez les personnes anorexiques permettra de cibler ces traits de tempérament

plus problématiques et ainsi cerner les interventions à mettre en place afin de favoriser l'adaptation de la personne. Les personnes anorexiques présenteraient certains traits de tempérament spécifiques (Halvorsen et Heyerdahl, 2006; Klump *et al.*, 2004; Rousset, Kipman, Ades et Gorwood, 2004), tels les traits de perfectionnisme, d'anxiété, d'évitement de la punition et d'intolérance à l'incertitude (Kaye *et al.*, 2005). Le tempérament est une variable centrale à considérer dans l'ensemble des facteurs de risques associés à la problématique, puisque ces traits peuvent influencer la réponse aux interventions proposées à la personne (Atiye *et al.*, 2015). Les traits de tempérament présents avant l'apparition de la problématique sont souvent persistants même après le rétablissement de la personne (Atiye *et al.*, 2015; Kaye *et al.*, 2005). Selon différents auteurs, mieux comprendre les traits et les profils de tempérament présents chez les personnes, avant le développement de la problématique, permettrait une meilleure identification des personnes à risque ainsi qu'une meilleure prise en charge de celles-ci lorsqu'elles se présentent pour recevoir des services (Le Grange, 2016; Wildes *et al.*, 2011). Puisque la population de personnes anorexiques présente généralement des profils hétérogènes, il est d'autant plus important de s'intéresser aux profils de traits de tempérament des personnes anorexiques. En effet, une meilleure connaissance des traits de tempérament permettrait la mise en place d'interventions efficaces et adaptées, afin d'améliorer le pronostic d'une problématique alimentaire (Kaye *et al.*, 2005; Le Grange, 2016). Les sections qui suivent visent à mieux circonscrire le concept de tempérament.

5. LE TEMPÉRAMENT : DÉFINITION ET DISTINCTION AVEC LES CONCEPTS DE PERSONNALITÉ ET DE CARACTÈRE

Cette section vise à bien circonscrire le tempérament et à distinguer ce concept de ceux de la personnalité et du caractère. Pour ce faire, il sera d'abord question du tempérament, puisque celui-ci se développe dès la naissance de la personne. Suivront ensuite les définitions des concepts de personnalité et de caractère, ceux-ci se développant au cours de l'enfance jusqu'au début de l'âge adulte.

5.1 Définition du tempérament

Plusieurs théories et définitions existent en lien avec le tempérament. Citons à titre d'exemple les théories de Thomas et Chess (1977), celle de Rothbart (1981) et celle de Cloninger *et al.* (1993). La majorité des auteurs de ces théories, dont Cloninger *et al.* (1993), se fondent sur les travaux d'Allport (1961). Ce dernier considère que le tempérament est de nature émotionnelle et qu'il représente l'élément central à considérer pour arriver à comprendre le concept de personnalité. Dans toutes les théories consultées pour ce mémoire, le tempérament est considéré inné. Un autre point commun de ces théories est l'influence bidirectionnelle entre le tempérament et l'environnement de la personne et le fait que le tempérament module les comportements de la personne (Calkins, 2012). Toutefois, plusieurs des théories sur le tempérament concernent les moins de 12 ans, alors que l'objet de ce mémoire est l'anorexie mentale chez les adolescents.

La population cible a donc orienté le choix de la théorie explicative pour ce mémoire. La théorie de Cloninger *et al.* (1993) sur le tempérament est celle qui a été choisie puisqu'elle est davantage utilisée et adaptée pour conceptualiser le tempérament chez des populations ayant des problématiques de santé mentale, dont celles présentant une anorexie mentale (Trudel et Puentes-Neuman, 2008). De plus, cette théorie permet une vision plus complète sur le tempérament. En effet, elle permet de mettre l'emphase sur l'interaction entre les composantes biologiques et environnementales du tempérament (Trudel, Mercier et Meunier, 2001). Cette théorie permet également un regard plus global sur les composantes du tempérament et ce peu importe l'âge, ce qui s'avérait le plus cohérent dans le contexte de cette recherche.

Le tempérament correspond aux caractéristiques individuelles, de nature biologique, qui déterminent les réactions affectives, attentionnelles et motrices, dans différentes situations, et qui jouent un rôle lors des interactions sociales et du fonctionnement social ultérieur de l'individu (Calkins, 2012; Rothbart, 1989). Ces caractéristiques sont stables tout au long du développement de la personne (Cloninger *et al.*, 1993; Goldsmith, Lemery,

Aksan et Buss, 2000; Rothbart, Evans et Ahadi, 2000). Le tempérament se divise en quatre traits, soit l'évitement de la punition, la recherche de la nouveauté, la dépendance à la récompense et la persistance (Cloninger et Svrakic et Przybeck, 1993 ; Klump *et al.*, 2004). L'évitement de la punition se définit par une « tendance à réagir intensément à des signaux de stimuli désagréables conduisant à un comportement d'inhibition afin d'éviter la punition, la nouveauté ou la frustration d'une absence de récompense » (Atiye *et al.*, 2015). La recherche de la nouveauté réfère à une « tendance de l'individu à répondre par l'excitation en réponse à de nouveaux stimuli, à des situations nouvelles et à rechercher des émotions fortes et inconnues » (Atiye *et al.*, 2015). La dépendance à la récompense se définit davantage comme une « tendance à répondre intensément à des signaux de récompense, conduisant le sujet à maintenir ou à résister à l'extinction du comportement qui a déjà été lié à des gains importants » (Atiye, Miettunen et Raevuori-Helkamaa, 2015). La persistance réfère à la tendance de l'individu à maintenir un comportement malgré la colère ou la fatigue et en dépit des conséquences qui en découlent (Cloninger *et al.*, 1993; Hansenne, 2001).

5.2 Distinction entre les concepts de tempérament, de personnalité et de caractère

Les concepts de tempérament, de personnalité et de caractère sont parfois confondus dans la littérature. Cette présente section vise à les distinguer en présentant les caractéristiques spécifiques à chacun d'eux (Figure 2³).

Tout d'abord, le tempérament agit comme concept central lorsqu'il est question de le comparer avec la personnalité. En effet, le tempérament représente la structure biologique de la personnalité (Cloninger *et al.*, 1993) et serait plus inné que la personnalité, en ce sens que le tempérament serait présent dès la naissance, tandis que la personnalité se développerait davantage au cours de l'enfance jusqu'au début de l'âge adulte (Bricaud, Calvet, Viéban, Prado-Jean et Clément, 2012). Contrairement au tempérament ayant une base plus émotive, la personnalité se développe grâce aux interactions sociales (Damon et

³ Figure élaborée pour ce mémoire et basée sur les écrits consultés

Lerner, 2008). Cela nécessite donc que l'individu soit en relation avec d'autres personnes dans son environnement et qu'il y ait des échanges. C'est pourquoi il est mentionné que la personnalité se développe au cours de l'enfance lorsque l'enfant commence à interagir avec les autres, ce qui est plus difficile à concevoir lorsqu'il est question d'un enfant en bas âge. De plus, le concept de personnalité est davantage utilisé vers la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte puisque c'est à ce moment que le développement de celle-ci se stabilise (Bricaud *et al.*, 2012). Il est donc préférable d'utiliser le concept de tempérament lorsqu'il est question de la tranche d'âge touchant les 18 ans et moins. En synthèse, le tempérament et la personnalité sont des concepts souvent confondus, puisqu'ils sont étroitement liés. Le tempérament évolue tout au long du développement de la personne pour former la personnalité. Cette évolution se crée en raison des interactions sociales que la personne peut vivre dans son environnement. C'est ce qui différencie les deux concepts l'un de l'autre.

Le concept de personnalité n'est pas simple à définir (Carducci, 2009). Selon Carducci (2009), trois caractéristiques communes semblent se dégager des différentes définitions, soit 1) l'unicité de l'individu, 2) la constance des comportements et 3) le contenu et les processus. L'unicité réfère au fait que chaque individu a des réponses uniques et réagit aux personnes et aux situations selon une façon qui lui est propre. Chaque individu adopte des comportements différents en fonction des situations auxquelles il est confronté. La constance des comportements signifie qu'une personne adoptera sensiblement les mêmes patrons comportementaux dans chacune des situations se présentant à elle. Cette constance comportementale est influencée par les événements de vie ainsi que les émotions et les pensées qu'ils génèrent chez la personne. Ces éléments (événements de vie, pensées et émotions) peuvent amener la personnalité à se modifier dans le temps alors que celle-ci est généralement stable tout au long de la vie (Damon et Lerner, 2008; Carducci, 2009). Finalement, pour le contenu et les processus, les auteurs expliquent que la personnalité est composée de différents traits (contenu). Cette combinaison de traits formerait la personnalité et cette dernière influencerait les comportements, les émotions et les pensées (processus) de chaque individu. Il y a donc un processus d'interinfluence entre

le contenu et les processus. Les traits de personnalité (contenu) influencent la façon d'être et d'agir de la personne (processus) (Carducci, 2009).

Le caractère n'est pas héréditaire ni inné dès la naissance (De Fruyt, van De Wiele et van Heeringen, 2000), au contraire du tempérament. Il se forge grâce aux apprentissages et aux expériences auxquels est confronté l'individu (Hansenne, 2001; Klump *et al.*, 2004). Le caractère est plus conscient et volontaire que le tempérament et réfère à l'image que se fait la personne d'elle-même (Atiye *et al.*, 2015; Cloninger *et al.*, 1993; Klump *et al.*, 2004; Trudel et Puentes-Neuman, 2008), ce qui demande une certaine capacité d'introspection. Le caractère se développe grâce aux valeurs et aux buts poursuivis par la personne (Cloninger *et al.*, 1993; Klump *et al.*, 2004; Trudel et Puentes-Neuman, 2008). Il évolue en fonction des informations que recueille la personne dans son environnement et du traitement qu'elle en fait ensuite dans le but d'atteindre un objectif. Dans les études, le concept de caractère est essentiellement utilisé afin de statuer sur la présence ou non d'un trouble de la personnalité (Trudel et Puentes-Neuman, 2008). Toutefois, le caractère se construit au fil du développement de l'individu et son apparition serait plus tardive en raison de l'influence de la maturation sur celui-ci (Atiye *et al.*, 2015; Cloninger *et al.*, 1993; Saucier et Goldberg, 2006; Svrakic *et al.*, 2002).

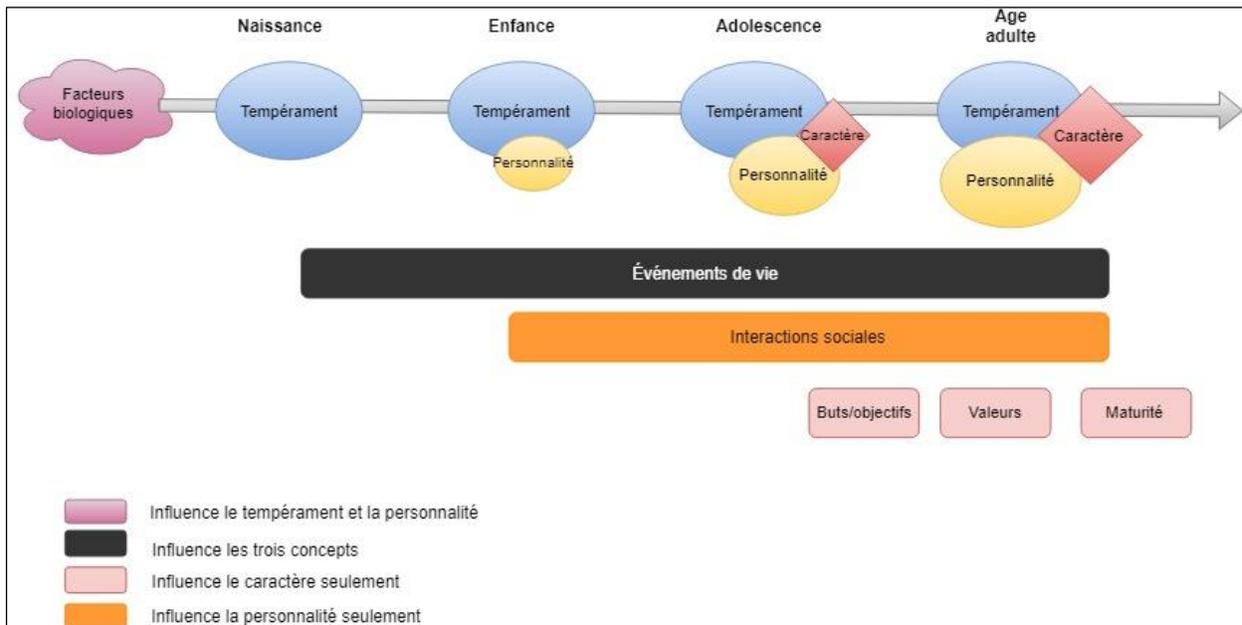


Figure 2 : Distinction et évolution des concepts de tempérament, de personnalité et de caractère

À la lumière des informations recensées, le tempérament, la personnalité et le caractère sont des entités étroitement liées. La combinaison de ces trois concepts permet aux individus d'être uniques, de réagir différemment en fonction de leurs gènes et des apprentissages sociaux qu'ils font grâce aux expériences qui se présentent à eux. Le tempérament agit comme concept central en influençant la personnalité et le caractère, mais en étant également influencé par l'interaction entre ces deux concepts (Figure 3⁴).

⁴ Figure élaborée pour ce mémoire, basée sur les écrits consultés

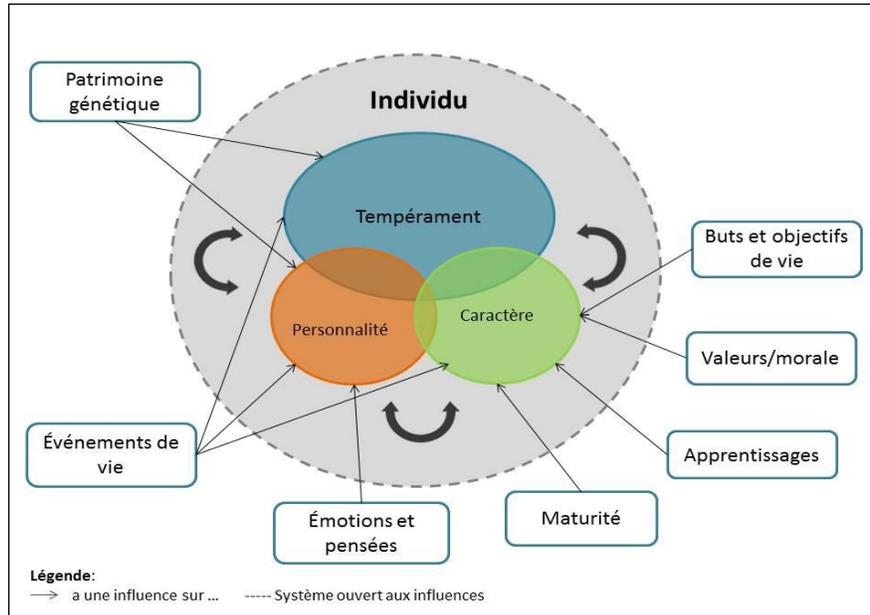


Figure 3 : Conceptualisation des concepts de tempérament, de personnalité et de caractère

Considérant que le tempérament sous-tend les concepts du caractère et de la personnalité et que ces derniers sont considérés en développement chez les adolescents, le tempérament est la variable d'intérêt dans ce mémoire. En effet, rappelons que l'adolescence représente la tranche d'âge ciblée, car il s'agit de la période au cours de laquelle se développe généralement l'anorexie mentale. Le choix de s'attarder au tempérament s'explique aussi par le fait que cette variable agirait à titre de facteur prédisposant, précipitant et de maintien de l'anorexie mentale (Díaz–Marsá *et al.*, 2000; Lilienfeld *et al.*, 2006; Martin *et al.*, 2000).

6. QUESTION PRÉLIMINAIRE DE RECHERCHE

Le modèle théorique élaboré pour ce mémoire (Thibault, Pauzé, Cloutier et Ouellet, en préparation) met en exergue la dimension multifactorielle de l'anorexie mentale. Parmi les facteurs individuels, les traits de tempérament agissent comme facteur de risque dans l'apparition de l'anorexie mentale (Klump *et al.*, 2004). Ils seraient impliqués dans l'évolution de cette problématique (Fassino, Amianto, Gramaglia, Facchini et Abbate-

Daga, 2004) et permettraient d'en prédire le pronostic (Wagner *et al.*, 2006). Or, bien que ce concept soit au cœur de la problématique, son influence dans l'évolution de l'anorexie mentale semble encore inconnue. Les sections qui suivent visent à déterminer l'influence du tempérament sur l'évolution de l'anorexie mentale en répondant à la question de recherche préliminaire suivante : Existe-t-il un lien entre les traits de tempérament et l'évolution (favorable, intermédiaire ou défavorable) de l'anorexie mentale chez des adolescentes présentant cette problématique. Considérant que les concepts de tempérament et de personnalité sont étroitement liés, les articles portant sur la personnalité seront également inclus dans le cas où ceux-ci répondraient à la question. Toutefois, le sujet d'intérêt de ce mémoire demeure le tempérament.

DEUXIÈME CHAPITRE

RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre vise à présenter la recension des écrits scientifiques effectuée afin de répondre à la question préliminaire de recherche « Existe-t-il un lien entre les traits de tempérament et l'évolution de l'anorexie mentale chez des adolescentes présentant cette problématique ? ». La première section porte sur la méthode de recherche documentaire et les résultats obtenus, la seconde sur les caractéristiques méthodologiques des études recensées, la troisième sur les résultats de ces études et la quatrième sur leurs limites. Ce chapitre se conclut par la présentation des objectifs de recherche.

1. MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Afin de répondre à la question préliminaire de recherche, les banques de données *PsychINFO*, *SCOPUS* (regroupe plusieurs banques de données dont *MEDLINE*), *CINAHL*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete* et *SocINDEX* ont été consultées.

Afin d'effectuer la recherche documentaire, trois groupes de mots-clés ont été utilisés. Le premier groupe de mots-clés comporte les termes *temperament** or *personalit** or *caract** pour le concept des traits de tempérament. Les termes relatifs à ces traits soit *persistenc** or *harm avoidance* or *novelty seeking* or *reward dependance* ont été ajoutés dans les banques de données, afin de ne pas omettre d'articles. Le second groupe de mots-clés comprend les termes *anorexia* or *eating disorder** pour le concept d'anorexie mentale. Le troisième groupe de mots-clés est relatif à l'âge et comporte les termes *adolescen** or *teen** or *youth* or *young adult**. Entre chaque groupe de mots-clés, l'opérateur booléen AND a été utilisé. Afin de raffiner la recherche, le critère « évalué par un groupe de pairs » (*peer reviewed*) a été sélectionné.

Pour les critères de sélection des articles, seules les études empiriques primaires, en français ou en anglais, étaient sélectionnées. Les études devaient comporter un échantillon composé majoritairement d'adolescents (entre 12 et 18 ans), parler des traits de tempérament et les résultats devaient traiter de l'évolution des personnes ayant présenté une anorexie mentale. Le devis des études devait être longitudinal. Les études portant sur les troubles de la personnalité étaient exclues ainsi que celles traitant du perfectionnisme comme d'une variable psychologique. Les études traitant exclusivement de l'évaluation d'un programme d'intervention étaient exclues. Lorsque les études regroupaient l'anorexie mentale, la boulimie et les TCA, celles-ci étaient exclues sauf si les échantillons étaient composés majoritairement de personnes présentant une anorexie mentale. Ce processus de recherche documentaire (Figure 4) a permis d'obtenir 1456 articles. Après l'élimination des doublons et la lecture des titres, 95 articles ont été sélectionnés pour une lecture des résumés. Ce processus a permis de retenir 19 articles. Après une lecture approfondie, seulement deux articles répondaient à la question de recherche auprès de la population adolescente.

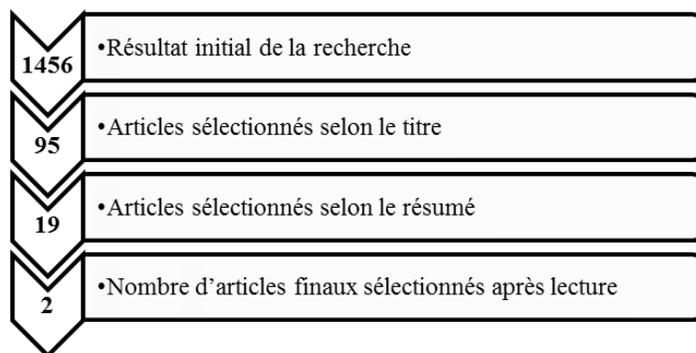


Figure 4 : Processus de recherche documentaire pour les études comportant un échantillon adolescent

Devant le constat que peu d'études ont été réalisées auprès d'adolescents, une deuxième recherche documentaire a été réalisée, mais cette fois-ci auprès d'une population de femmes adultes. Les mots-clés utilisés pour les concepts des traits de tempérament et d'évolution sont demeurés les mêmes. Les mots-clés relatifs au groupe d'âge ont été

enlevés afin de permettre un plus grand nombre de résultats. De cette manière, les résultats incluaient à la fois les articles avec un échantillon d'adolescents et les articles avec un échantillon de femmes adultes. Encore une fois, l'opérateur booléen AND a été utilisé entre chaque catégorie de mots-clés. Afin de spécifier la recherche, un opérateur booléen (NOT) pour le terme *personality disorders* a été ajouté pour toutes les banques de données. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont demeurés les mêmes excepté pour le critère relatif à la composition adolescente de l'échantillon. Après l'élimination des articles sur la base de leur titre et de leur résumé et après l'élimination des doublons, 44 études primaires ont été conservées. Après lecture approfondie, huit études supplémentaires ont été ajoutées aux deux articles préalablement trouvés pour la population adolescente. Ce deuxième processus de recherche documentaire est illustré dans la figure 5.

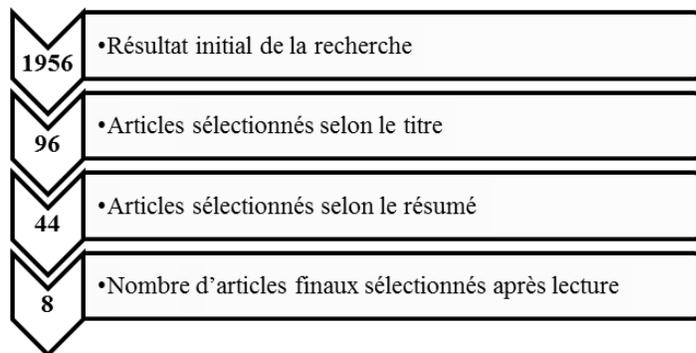


Figure 5 : Processus de recherche documentaire sans critère relatif à la composition de l'échantillon

Enfin, afin de s'assurer qu'aucun article pertinent n'avait été oublié, les recensions des écrits en lien avec le sujet ont été consultées. Les références bibliographiques de ces recensions et des articles sélectionnés ont été consultées. Ce processus n'a pas permis d'identifier d'articles supplémentaires.

2. CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Le processus de recherche documentaire a permis de recenser dix études empiriques. Les caractéristiques méthodologiques des études sont présentées à l'annexe B et les grilles de lecture figurent à l'annexe C. De ces dix études, huit ont un devis longitudinal prospectif (Bloks, Hoek, Callewaert et van Furth, 2004; Dalle Grave *et al.*, 2007; Dancyger, Sunday, Eckert et Halmi, 1997; Fassino *et al.*, 2001; Halvorsen et Heyerdahl, 2006; Segura-García, Chiodo, Sinopoli et De Fazio, 2013; Stonehill et Crisp, 1977; van der Ham, van Strien et van Engeland, 1998), tandis que deux ont un devis longitudinal rétrospectif (Bulik, Sullivan, Fear et Pickering, 2000; McCormick *et al.*, 2009). En ce qui concerne le nombre de participants dans chaque étude, celui-ci est relativement faible (n variant de 20 à 72), mais correspond à ce qui est habituellement observé dans les études portant sur les TCA. En effet, les recherches portant sur l'évolution de l'anorexie mentale comportent souvent des échantillons de petite taille dans lesquelles l'attrition est importante (Thibault *et al.* 2017).

Pour l'âge des participants dans les études, il s'agit principalement d'adultes, l'âge moyen variant entre 17,5 ans et 32,4 ans. Ces études ont été incluses puisqu'elles permettaient de répondre à la question de recension, mais comme l'étude actuelle porte sur les adolescents, cette caractéristique méthodologique est à considérer. Les échantillons sont composés de personnes de genre féminin, en grande majorité, ce qui est représentatif de la prévalence de la problématique selon les genres et les études qui sont habituellement réalisées sur le sujet. En ce qui a trait au diagnostic, la plupart des chercheurs ont eu recours aux critères reconnus du DSM (Bloks *et al.*, 2004; Bulik *et al.*, 2000; Fassino *et al.*, 2001; Halvorsen et Heyerdahl, 2006; McCormick *et al.*, 2009; Segura-Garcia *et al.*, 2013, van der Ham *et al.*, 1998), d'autres ont eu recours à des outils diagnostiques (Dalle Grave *et al.*, 2007; Halvorsen et Heyerdahl, 2006), alors que certains ne se sont pas basés sur des critères reconnus (Dancyger *et al.*, 1997) ou ne mentionnent pas les critères utilisés (Stonehill et Crisp, 1977). Dans la plupart des cas, les chercheurs n'ont pas distingué les résultats en fonction du sous-type d'anorexie mentale (restrictif et boulimique). Actuellement, aucune

donnée ne permet de considérer que les traits de tempérament varieraient selon le sous-type d'anorexie mentale.

Pour la variable indépendante des traits de tempérament, le questionnaire utilisé par six études est le *Temperament and Character Inventory* (TCI, Cloninger, Przybeck, Svrakic et Wetzell, 1994). D'autres outils sont également utilisés tels que le *Dutch Personality Questionnaire* (DPQ, van Furth, Richardson et van Strien, 1990) pour une étude, le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI, Hathaway et McKinley, 1967) pour une étude, le MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen et Kaemmer, 1989) pour une étude, le *Revised NEO Personality Inventory* (NEO PI-R, Costa et McCrae, 1992) pour une étude, ainsi que l'*Eysenck Personality Inventory* (EPI, Eysenck et Eysenck, 1964) pour une seule étude également.

La variable dépendante d'évolution de l'anorexie mentale est évaluée de différentes façons. Parmi les études recensées, cinq (Bulik *et al.*, 2000; Dancyger *et al.*, 1997; Fassino *et al.*, 2001; Halvorsen et Heyerdahl, 2006; McCormick *et al.*, 2009) ont utilisé soit les critères du DSM, soit la mesure du poids ou de l'IMC ou encore les deux méthodes afin de déterminer le type d'évolution des participants. Les autres études (Bloks *et al.*, 2004; Dalle Grave *et al.*, 2007; Segura-Garcia *et al.*, 2013; Stonehill et Crisp, 1977; van der Ham *et al.*, 1998) ont utilisé d'autres outils ou basent leur évolution en fonction des différences entre les différents temps de mesure selon l'outil et la variable choisie. Selon les auteurs, une amélioration significative entre le T1 et le T2, sur les différentes échelles, indique une évolution favorable. Divers profils d'évolution (mauvaise évolution, évolution intermédiaire, évolution favorable ou rémission de l'anorexie mentale) étaient établis par les chercheurs. L'écart entre les temps de mesure varie grandement d'une étude à l'autre. Ils sont courts (6 mois) ou longs (10 à 15 ans). Finalement, certains chercheurs (Bulik *et al.*, 2000; Dalle Grave *et al.*, 2007; Halvorsen et Heyerdahl, 2006; McCormick *et al.*, 2009; Segura-Garcia *et al.*, 2013) ont considéré des variables de contrôle (exemples : symptômes dépressifs, IMC, âge, etc.) lors des analyses de régression.

3. RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

Cette section vise à présenter les résultats des études recensées permettant de répondre à la question préliminaire de recherche « Existe-t-il un lien entre les traits de tempérament et l'évolution de l'anorexie mentale chez des adolescentes présentant cette problématique ? ». Considérant la variabilité des instruments de mesure utilisés dans les études recensées, les variables relatives au tempérament sont nombreuses et diffèrent d'une étude à l'autre. Elles ont néanmoins été regroupées selon des concepts plus généraux, soit les construits relatifs aux affects, aux relations et à la persévérance. Pour chaque sous-section, les résultats des études sont présentés selon les points de convergence et de divergence.

3.1 Construit relatif aux affects

3.1.1 Affects négatifs

Cette section regroupe les variables de névrosisme⁵, d'inquiétudes envers la santé⁶, de dépression⁷, d'hystérie⁸, de psychasthénie⁹ et d'hypocondriaque¹⁰.

En ce qui concerne la description des traits de tempérament au T1, Dancyger *et al.* (1997) identifient que la majorité des participants (entre 73 et 100 %) obtenaient un seuil clinique pour au moins l'une ou l'autre des échelles (dépression, hystérie, psychasthénie et

⁵ Névrosisme : Tendence d'un individu à présenter de l'anxiété, à avoir une faible tolérance à la frustration et être insatisfait des aspects de sa vie (Damon et Lerner, 2008; Heller, Watson et Ilies, 2004)

⁶ Inquiétudes envers la santé : Tendence d'un individu à présenter des plaintes somatiques, à ressentir des symptômes physiques (ex : nausée) et neurologiques (ex : convulsions) (Butcher, 2005).

⁷ Dépression : Tendence d'un individu à présenter des affects dépressifs, à être malheureux et pessimiste envers le futur et à se sentir inutile et incapable (Butcher, 2005).

⁸ Hystérie : Tendence d'un individu à présenter des symptômes physiques (ex : maux de tête) en l'absence de diagnostic clair. Symptômes occasionnés par une difficulté à composer avec le stress (Butcher, 2005).

⁹ Psychasthénie : Tendence d'un individu à présenter des comportements d'anxiété, avoir des comportements de rumination, d'obsessions et de compulsions (Butcher, 2005).

¹⁰ Hypocondriaque : Tendence d'un individu à présenter des plaintes somatiques, des inquiétudes envers sa santé (Butcher, 2005).

hypocondriaque), ce qui signifie que ceux-ci présentent davantage de difficultés que la population générale au niveau des affects négatifs, notamment l'anxiété.

En ce qui réfère aux liens entre les traits de tempérament et l'évolution de l'anorexie mentale, van der Ham *et al.* (1998) identifient que plus une personne présente du névrosisme au moment du diagnostic, plus elle présente une évolution défavorable au T2 (4 ans plus tard). Il en est de même pour les inquiétudes relatives à la santé : les personnes présentant une évolution plus défavorable au T2 obtiennent des scores plus élevés pour l'échelle d'inquiétudes envers la santé au T1. De leur côté, Dancyger *et al.* (1997) identifient que le groupe présentant une mauvaise évolution présente davantage de difficultés sur les échelles dépression, hypocondriaque, psychasthénie et hystérie, au T2, que le groupe de rémission.

Toutefois, il est à noter que l'évolution telle que mesurée par Dancyger *et al.* (1997) ne se base que sur une corrélation entre les traits de tempérament et la variable servant à mesurer à l'évolution et non grâce à des régressions, ce qui s'avère moins rigoureux.

En résumé, les résultats indiquent que les personnes anorexiques ayant une évolution défavorable présentent davantage de traits de tempérament relatifs aux affects négatifs.

3.1.2 *Manifestation des affects*

L'étude de McCormick *et al.* (2009) présente les traits de tempérament au T1 en mentionnant que pour les variables d'extraversion, d'ouverture à l'expérience et d'agréabilité, les participants présentent des scores qui se situent dans un seuil normal en comparaison avec la population normale.

Lorsque le type d'évolution des participants (favorable ou défavorable) est pris en compte, il y a une différence significative entre le groupe en rémission et le groupe ne présentant pas de rémission au niveau de la recherche de nouveauté au T1 (Fassino *et al.*,

2001). En fait, les personnes présentant un score plus élevé à l'échelle de recherche de la nouveauté au T1 ont une évolution plus favorable au T2. De même, une personne présentant peu de recherche de la nouveauté au T1 présente davantage d'insécurité sociale au T2, ce qui peut être considéré comme une évolution défavorable au plan psychologique. De plus, une personne présentant une faible recherche de la nouveauté au T1 présente plus d'insatisfaction corporelle au T2. Une faible recherche de la nouveauté au T1 (Segura-Garcia *et al.*, 2013) est aussi associée à une aggravation de l'ascétisme et de la régulation des impulsions au T2. Pour la variable d'extraversion¹¹, les résultats de Stonehill et Crisp (1977) indiquent que les personnes présentant un rétablissement pondéral présentent davantage d'extraversion. Ce résultat est cohérent avec celui de Fassino *et al.* (2001) à l'effet que les personnes présentant un score plus élevé sur l'échelle de recherche de la nouveauté au T1 présentent une évolution plus favorable au T2.

En résumé, les résultats d'une seule étude indiquent qu'en moyenne, les participants présentent des scores dans la moyenne pour les traits de tempérament relatifs aux manifestations des affects, les autres études n'ayant pas de résultats pour cette sphère. Lorsque les traits de tempérament sont mis en relation avec l'évolution de l'anorexie mentale, les résultats indiquent qu'un plus haut score à l'échelle de recherche de la nouveauté est associé à une évolution plus favorable des personnes. De ce fait, un faible score à cette échelle est associé à plus de difficultés sur le plan de l'insécurité sociale, l'insatisfaction corporelle, l'ascétisme et la régulation des impulsions, qui sont des variables associées à l'évolution sur le plan psychologique.

3.2 Construits relatifs aux relations

Les auteurs s'étant attardés à ces traits de tempérament ne décrivent pas ceux-ci lors du T1. Par ailleurs, les auteurs recensés ont mis ces traits de tempérament en lien avec l'évolution. Ainsi, il appert qu'un faible score à l'échelle d'évitement de la punition au T1

¹¹ Extraversion : Tendance d'une personne à être sociable, à présenter des affects positifs et à être ouverte aux nouvelles expériences (Damon et Lerner, 2008; Tellegen, 1985; Watson et Clark, 1997; Markon *et al.*, 2005; Nigg, 2000).

prédise davantage d'insatisfaction corporelle et d'insécurité sociale au T2 (Segura-Garcia *et al.*, 2013). De même, plus une personne présente de symptômes d'anxiété sociale au T2, plus elle présente une évolution défavorable (van der Ham *et al.*, 1998), ce qui est cohérent avec les résultats de Segura-Garcia *et al.* (2013). De plus, les femmes faisant partie du groupe dont l'anorexie mentale s'est chronicisée présentent un score significativement plus élevé que le groupe contrôle et que le groupe de femmes vivant une rémission complète de l'anorexie mentale sur l'échelle d'évitement de la punition au T2 (Bulik, Sullivan, Fear et Pickering, 2000). Cela indique que les femmes présentant davantage d'évitement de la punition au T1 présentent une évolution plus défavorable que les femmes ayant un score moins élevé sur cette échelle au T2 (Bulik *et al.*, 2000). Ce dernier résultat diverge avec celui de Segura-Garcia *et al.* (2013), mentionnant qu'un faible évitement de la punition au T1 aggrave l'évolution des personnes au niveau des variables psychologiques. Toutefois, les deux études n'ont pas les mêmes mesures d'évolution et les échantillons de l'étude de Segura-Garcia *et al.* (2013) englobent différents TCA de façon indifférenciée.

En résumé, lorsque le type d'évolution est pris en compte, les résultats indiquent qu'un faible score au T1 à l'échelle d'évitement de la punition prédit une évolution plus défavorable au niveau des variables psychologiques d'insatisfaction corporelle et d'insécurité sociale. Toutefois, d'autres données de recherche indiquent le contraire. Un haut score à l'échelle d'évitement de la punition prédit une évolution plus défavorable. Des différences méthodologiques peuvent toutefois expliquer cette divergence, notamment au niveau de la composition de l'échantillon qui est spécifique à l'anorexie mentale dans certaines études (Bulik *et al.*, 2000; Dalle Grave *et al.*, 2007; Dancyger *et al.*, 1997; Fassino *et al.*, 2001; Halvorsen et Heyerdahl, 2006; McCormick *et al.*, 2009; Stonehill et Crisp, 1977; van der Ham *et al.*, 1998) ou qui englobe divers TCA dans d'autres études (Bloks *et al.*, 2004; Segura-Garcia *et al.*, 2013).

3.3 Construits relatifs à la persévérance

Cette sous-section regroupe les résultats obtenus aux échelles de persistance¹² et de dépendance à la récompense¹³. Les résultats des études recensées ne permettent pas de décrire les traits de tempérament relatifs à la persévérance lors de l'admission dans des programmes de traitement. Par ailleurs, les résultats indiquent une association négative et significative entre la dépendance à la récompense au T2 et l'évolution de l'anorexie mentale. Plus le score de dépendance à la récompense augmente, moins la personne présente de critères d'anorexie mentale selon le DSM-IV (Bloks *et al.*, 2004). Par contre, un haut niveau de dépendance à la récompense au T1 prédit une augmentation significative de l'insatisfaction corporelle au T2 et une évolution plus défavorable au plan psychologique également au T2 (Segura-Garcia *et al.*, 2013). Ces résultats divergent entre eux, mais cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de Segura-Garcia *et al.* (2013) ait une petite taille d'échantillon et que les résultats soient présentés pour tous les types de TCA confondus (anorexie mentale, boulimie, TCA non-spécifié). De plus, la dépendance à la récompense a été évaluée sur une période de 2,5 ans dans l'étude de Bloks *et al.* (2004) et sur une période de cinq ans dans l'étude de Segura-Garcia *et al.* (2013).

En résumé, aucun résultat ne met en lien la persistance avec l'évolution de l'anorexie mentale. Pour le trait de dépendance à la récompense, plusieurs données indiquent que les personnes avec un plus haut niveau de dépendance à la récompense ont une évolution plus favorable. Une étude (Segura-Garcia *et al.*, 2013) indique plutôt qu'un haut score à cette échelle prédit une évolution plus défavorable au niveau psychologique. L'évolution n'est toutefois pas conceptualisée de la même manière et les variables n'ont pas été évaluées au même temps de mesure.

¹² Persistance : Tendance d'une personne à continuer un comportement malgré la colère et la fatigue occasionnées par le comportement en question (Cloninger *et al.*, 1993)

¹³ Dépendance à la récompense : Tendance de la personne à maintenir ou refaire un comportement afin de revivre les gains déjà vécus par celui-ci (Cloninger *et al.*, 1993).

3.4 Autres variables

Certaines variables n'ont pu être regroupées selon les construits relatifs aux affects, aux relations et à la persévérance. Parmi celles-ci, notons que les résultats ne permettent pas de décrire ces traits de tempérament chez les participants au moment de l'admission dans un programme d'intervention. Or, les résultats relatifs à ces variables indiquent que lorsque les personnes présentent davantage de traits relatifs à la déviance psychopathique¹⁴ et à la schizophrénie¹⁵, elles ont une évolution plus défavorable (Dancyger *et al.*, 1997). De plus, un participant qui obtient un plus haut score à l'échelle de paranoïa au T1, présente une évolution également plus défavorable au T2. Ce trait prédit également 9,5 % de la variance dans l'évolution. De plus, un score plus élevé au T1 sur l'échelle de déviance psychopathique était associé à une meilleure évolution au T2 et prédit 6,2 % de la variance de la variable d'évolution (Dancyger *et al.*, 1997).

4. LIMITES DES ÉTUDES

Les études recensées présentent certaines limites. Au niveau des devis, deux études (Bulik *et al.*, 2000; McCormick *et al.*, 2009) sont de type rétrospectif, ce qui signifie que les chercheurs ont colligé les données dans les dossiers médicaux antérieurs des participants. Cette méthode peut induire des biais, car ces données ne sont pas colligées pour la recherche et leur validité repose sur les notes des intervenants.

Une autre limite concerne la taille des échantillons de certaines études (McCormick *et al.*, 2009; Segura-Garcia *et al.*, 2013; Stonehill et Crisp, 1977) qui est de moins de 30 participants (n variant de 20 à 25). Ces faibles tailles d'échantillon limitent la généralisation possible des résultats. La plupart des études comportent des échantillons d'adultes (âge moyen variant entre 17,5 ans et 32,4 ans) ce qui limite la généralisation possible aux

¹⁴ Déviation psychopathique : Tendance d'un individu à présenter des comportements antisociaux, à défier l'autorité et à ne pas considérer les conséquences de ses actes (Butcher, 2005).

¹⁵ Schizophrénie : Tendance d'une personne à être antisociale, désorganisée et à présenter davantage de problématiques psychologiques sévères (Butcher, 2005).

populations adolescentes. Il y a également une attrition au T2 pour deux études (Dalle Grave *et al.*, 2007; van der Ham *et al.*, 1998), ce qui peut affecter la représentativité des résultats. En effet, il est possible que les participants ayant abandonné l'étude aient des caractéristiques distinctives.

En ce qui concerne le diagnostic d'anorexie mentale, trois études n'ont pas eu recours à des critères reconnus (Dalle Grave *et al.*, 2007; Dancyger *et al.*, 1997; Stonehill et Crisp, 1977). Stonehill et Crisp (1977) ne précisent pas les critères auxquels ils ont eu recours. Les échantillons de ces études ne sont peut-être pas composés spécifiquement de personnes présentant une anorexie mentale, ce qui limite la généralisation des résultats à cette population. De même, certains chercheurs ont regroupé les différents TCA (Bloks *et al.*, 2004; Dalle Grave *et al.*, 2007; Segura-Garcia *et al.*, 2013). Bien que les échantillons soient composés majoritairement de personnes anorexiques, cela limite la généralisation des résultats à la population ayant une anorexie mentale.

Pour la mesure des variables d'évolution, certaines études (Dalle Grave *et al.*, 2007; Segura-Garcia *et al.*, 2013; Stonehill et Crisp, 1977) n'utilisent pas de critères d'évolution, alors que pour d'autres (Bloks *et al.*, 2004; Bulik *et al.*, 2000; Dancyger *et al.*, 1997; McCormick *et al.*, 2009; Segura-Garcia *et al.*, 2013), les critères utilisés pour qualifier la rémission ne sont qu'en fonction des critères diagnostiques de la problématique. De plus, les critères permettant de classer les participants dans les différents groupes ne sont pas toujours clairs (Halvorsen et Heyerdahl, 2006). Une seule étude s'est attardée aux dimensions psychologiques de l'évolution (Segura-Garcia *et al.*, 2013).

La théorie des construits utilisée par les différents auteurs afin de conceptualiser les traits de tempérament et de personnalité peut venir influencer les résultats obtenus dans les études. En effet, il peut devenir difficile de généraliser les différents résultats obtenus si les auteurs n'ont pas tous la même définition des concepts ni les mêmes concepts à la base. Il s'avère donc important de consulter les outils utilisés afin de voir si ceux-ci se basent sur la même théorie, ce qui a été fait pour le présent mémoire. Malgré tout, le grand nombre

d'outils utilisé ainsi que la diversité des théories existantes viennent complexifier la comparaison des différents résultats obtenus. Il devient également difficile de dresser un portrait clair de la situation. Afin de pallier à ces lacunes, la présente étude utilisera une théorie reconnue, appropriée à la tranche d'âge à l'étude, soit la théorie de Cloninger. Telle que présentée précédemment (1993), cette théorie est elle-même basée sur les travaux d'Allport (1961), un auteur reconnu dans le domaine du tempérament.

En bref, les études recensées permettent de répondre partiellement à la question préliminaire de recherche « Existe-t-il un lien entre les traits de tempérament et l'évolution (favorable, intermédiaire ou défavorable) de l'anorexie mentale chez des adolescentes présentant cette problématique ? ». Les résultats des études décrivent très globalement les traits de tempérament présents au moment de l'admission dans un programme d'intervention et ceux associés à l'évolution de la clientèle. De plus, les résultats varient selon les études, ce qui est le plus souvent attribuable aux différences méthodologiques. Cette contradiction entre certains résultats de recherche limite la compréhension des associations entre les traits de tempérament et le type d'évolution. De plus, les limites méthodologiques des études recensées, telles l'attrition, la composition des échantillons (âge et hétérogénéité en raison du diagnostic), les faibles tailles d'échantillons et les différents critères pour statuer sur le type d'évolution affectent la généralisation des résultats aux adolescentes présentant une anorexie mentale. Puisque le tempérament est un facteur de risque important dans l'apparition et le maintien de l'anorexie mentale (Fassino *et al.*, 2004; Klump *et al.*, 2004), il s'avère important de connaître quels traits de tempérament sont associés à l'évolution de cette problématique chez les adolescents. Réaliser des études plus robustes sur ce plan s'avère essentiel d'abord, car l'adolescence représente une période propice au développement de l'anorexie mentale (Bulik, 2002; Fairburn et Harisson, 2003; Herpertz-Dalhmans, 2015; Lucas *et al.*, 1991). De plus, l'anorexie mentale est associée à des conséquences graves et il appert que « les dimensions de la personnalité, particulièrement les dimensions du tempérament, pourraient être des outils utiles pour prédire, dès le début de l'intervention, l'évolution à long terme de l'anorexie mentale après le programme » (Segura-Garcia *et al.*, 2013).

Cette étude permettra de pallier au manque de connaissances en lien avec ce sujet et plus particulièrement auprès des adolescents. Bien que les connaissances continuent d'évoluer quant aux traitements et aux interventions à privilégier auprès des personnes anorexiques, il n'en demeure pas moins que ces recherches demeurent complexes (Le Grange, 2016). En effet, l'étiologie de cette problématique continue de poser un défi aux chercheurs. Il est reconnu que les traits de tempérament contribuent au développement et au maintien de l'anorexie mentale (Schmidt et Treasure, 2006; Wildes *et al.*, 2011), mais une meilleure connaissance de ceux-ci permettrait également de prédire l'évolution des personnes ayant une anorexie mentale (Rodríguez-Cano, Beato-Fernandez, Rojo-Moreno et Vaz-Leal, 2014; Wagner *et al.*, 2006). Une meilleure connaissance de l'effet des traits de tempérament dans l'étiologie de l'anorexie mentale permettrait de mieux connaître les mécanismes en jeu dans le développement de l'anorexie mentale et permettrait ainsi une meilleure identification des interventions à mettre en place (Kaye *et al.*, 2005). Une meilleure identification des interventions serait alors possible et permettrait que celles-ci soient plus efficaces et adaptées à la clientèle (Kaye *et al.*, 2005; Wildes *et al.*, 2011). En effet, plusieurs experts dans le domaine mentionnent qu'une meilleure connaissance des différents profils cliniques de ces adolescentes serait bénéfique et aurait pour effet de maximiser le taux de rétablissement de celles-ci (Nicholls, 2007; Wildes *et al.*, 2011), puisque l'intervention serait adaptée en fonction des caractéristiques propres à chacun au lieu de voir les personnes comme ayant un profil homogène, c'est-à-dire ayant les mêmes besoins et nécessitant les mêmes interventions (Wildes *et al.*, 2011). Ainsi, cela permettrait d'éviter un pronostic défavorable et améliorerait le fonctionnement adaptatif de la personne à plus long terme. En bref, en ciblant et en connaissant mieux les profils de tempérament liés aux différents types d'évolution, l'intervention psychoéducative en sera bonifiée et sera ajustée aux besoins spécifiques de ces adolescentes (APA, 2013; 2009; 1994; Moffitt, 1993).

5. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'étude actuelle a pour objectif principal de distinguer l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale selon les différents profils de tempérament. Cet objectif se divise en deux objectifs spécifiques soit : 1. Décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes présentant une anorexie mentale en début de traitement et 2. Identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale.

TROISIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre vise à présenter la méthodologie de ce projet permettant de répondre aux deux objectifs ciblés soit : 1. Décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes présentant une anorexie mentale en début d'intervention et 2. Identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution des adolescentes ayant une anorexie mentale. Dans les sections qui suivent, le contexte de cette étude est énoncé. Il est suivi des du devis de l'étude, des caractéristiques des participantes, des variables mesurées ainsi que des différents instruments de mesure utilisés afin de colliger les données. Ce chapitre se conclut sur les méthodes d'analyses des données.

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette recherche s'insère dans une étude longitudinale dirigée par la pédiatre Caroline Pesant, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Cette étude a débuté en 2006 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et a pour objectifs de 1. Colliger des données sur les caractéristiques psychologiques, familiales et sociales des participants présentant un TCA et recevant des services et 2. Documenter les interventions réalisées auprès de ces jeunes et de leur famille. L'étude longitudinale a reçu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche du CHUS.

Afin de recruter les participantes et leurs parents, ceux-ci ont reçu une invitation pour participer à la recherche. Pour être incluses dans cette étude, les adolescentes et leur famille devaient accepter de participer à la recherche, consentir à recevoir des services de la Clinique de troubles alimentaires du CHUS, comprendre et lire le français ou l'anglais et accepter de remplir tous les questionnaires nécessaires pour les évaluations. L'adolescente devait être âgée de moins de 18 ans au moment de son admission aux services de la Clinique de troubles alimentaires du CHUS et répondre aux critères du DSM-IV (APA,

2003) pour un diagnostic de TCA. Le diagnostic d'anorexie mentale a été émis par un pédiatre spécialisé en TCA à la suite d'une évaluation médicale. À la suite de cette évaluation, les parents et l'adolescente ont rempli les questionnaires permettant d'évaluer différentes caractéristiques (psychologiques, familiales et sociales) liées au TCA. Les données utilisées pour le T1 de cette étude proviennent de l'évaluation médicale et des questionnaires complétés. Pour les données du T2, les adolescentes et leur parent ont été contactés un an après l'admission de l'adolescente aux services, afin de remplir de nouveau les mêmes questionnaires.

2. DEVIS DE L'ÉTUDE

Le devis de cette étude est longitudinal prospectif. Il comporte un volet descriptif en lien avec le premier objectif de recherche, 1. Décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes présentant une anorexie mentale en début de traitement) et un volet corrélationnel en lien avec le second objectif, 2. Identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à une l'évolution de l'anorexie mentale). Cette étude comporte deux temps de mesure, soit au moment de l'admission des participantes au programme d'intervention de la Clinique de troubles alimentaires du CHUS (T1) et un an après l'admission des participantes à ce même programme (T2). Le devis longitudinal permet de suivre l'évolution de ces adolescentes après un délai d'un an suite au diagnostic. Les traits de tempérament (variable indépendante) évalués au T1 permettront de prédire l'évolution (variable dépendante) au T2.

3. LES PARTICIPANTES

L'échantillon de l'étude est composé de 37 adolescentes âgées entre 12 et 18 ans de genre féminin seulement. Cette limitation aux filles enlève les biais liés au genre dans les comparaisons. Toutes les participantes ont reçu un diagnostic d'anorexie mentale, selon le DSM-IV (APA, 2003), puisqu'il s'agit de la version en vigueur au moment de la collecte de données.

Tel que présenté dans le tableau 1, l'âge moyen des participantes de l'étude est de 15,11 ans (écart-type : 1,26) et celles-ci ont un IMC moyen de 17,80 kg/m² (\pm 2,22; étendue : 12,98 kg/m² à 24,24 kg/m²). Selon les niveaux de sévérité de l'anorexie mentale présentés par l'APA (2013), cet IMC moyen de 17,80 kg/m² correspond à un niveau de sévérité léger. Cela indique donc qu'au T1 de l'étude, en moyenne, les adolescentes de l'échantillon ne présentent pas un profil clinique jugé grave sur le plan de l'IMC. Toutefois, cette interprétation est à prendre avec précaution puisque ces niveaux de sévérité ont été élaborés pour des échantillons adultes. Au T2, l'IMC moyen a été calculé pour les 13 participantes pour lesquelles ces données étaient disponibles. Cet IMC moyen est de 20,0 kg/m² (\pm 1,89), ce qui indique un IMC correspondant à un niveau de sévérité léger au T2. Environ 80 % des participantes présentaient une anorexie mentale restrictive au T1, ce qui est représentatif de la réalité, l'anorexie mentale restrictive survenant généralement plus tôt que l'anorexie mentale boulimique (Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franko et Herzog, 2002; Peat, Mitchell, Hoek et Wonderlich, 2009). La durée moyenne entre le T1 et le T2 est de un an et 40 jours (\pm 44,90 jours). Par conséquent, les participantes sont âgées en moyenne d'environ 1 an de plus au T2 et elles ont poursuivi leur parcours académique. À ce sujet, notons que toutes les participantes fréquentent l'école secondaire et qu'une faible proportion (15,8 %) a un cheminement particulier.

Tableau 1
Données sociodémographiques des participantes au T1 et T2

Variables	T1		T2	
	M (ÉT)	%	M (ÉT)	%
Âge ($n = 37$)	15,11 (1,26)	-	16,46 (1,35)	-
IMC	17,80 (2,22) ($n = 37$)	-	20,0 (1,89) ($n = 13$)	-
Type d'anorexie mentale ($n = 37$)				
Restrictif ($n = 30$)	-	81 %	-	81 %
Boulimique ($n = 7$)		19 %		19 %
Scolarité du jeune	-	($n = 37$)	-	($n = 36$)
Secondaire I-III		21,1 % ($n = 8$)		7,9 % ($n = 3$)
Secondaire IV-V		55,3 % ($n = 21$)		47,4 % ($n = 18$)
Cheminement particulier au secondaire		15,8 % ($n = 6$)		7,9 % ($n = 3$)
École spécialisée handicap physique		-		5,3 % ($n = 2$)
Cégep – Université		5,3 % ($n = 2$)		26,3 % ($n = 10$)
Durée entre T1 et T2 en jours ($n = 20$)				405,80 (44,90)

Le tableau 2 présente les données sociodémographiques familiales au T1. Les participantes de l'étude proviennent de familles intactes dans plus du deux tiers des cas (70,3 %). Près du deux tiers des figures maternelles et des figures paternelles ont des études post-secondaires et ces études sont de niveau universitaire dans plus du tiers des cas. Le revenu familial est de 80 000 \$ et plus dans près de la moitié des familles. Ces données sont sensiblement les mêmes pour le T2 mais il est important de noter que les données sont manquantes dans 60 % des cas pour ces variables au T2. Notons que toutes les participantes de l'étude ont reçu une intervention comparable en termes de durée et de contenu, ce qui contribue à l'homogénéité de l'échantillon. Notons que les données manquantes sont limitées aux caractéristiques sociodémographiques, ce qui signifie que les données pour les variables dépendantes et indépendantes sont disponibles pour les 37 adolescentes composant l'échantillon.

Tableau 2
Données sociodémographiques familiales au T1 et T2

Variables	Proportion (%)	
	T1	T2
Type de famille	(n = 37)	(n = 18)
Intacte	70,3 % (n = 26)	72,2 % (n = 13)
Recomposée	16,2 % (n = 6)	5,6 % (n = 1)
Monoparentale	13,5 % (n = 5)	22,2 % (n = 4)
Scolarité de la figure maternelle	(n = 37)	(n = 15)
Secondaire I-V	18,9 % (n = 7)	-
Diplôme études professionnelles	13,5 % (n = 5)	20,0 % (n = 3)
Cégep	27,0 % (n = 10)	20,0 % (n = 3)
Université	40,6 % (n = 15)	60,0 % (n = 9)
Scolarité de la figure paternelle	(n = 32)	(n = 13)
Secondaire I-V	18,75 % (n = 6)	15,4 % (n = 2)
Diplôme études professionnelles	25,0 % (n = 8)	23,1 % (n = 3)
Cégep	18,75 % (n = 6)	30,8 % (n = 4)
Université	37,4 % (n = 12)	30,8 % (n = 4)
Revenu familial	(n = 37)	(n = 15)
20 000 \$ - 59 999 \$	21,6 % (n = 8)	20,0 % (n = 3)
60 000 \$ - 79 999 \$	29,7 % (n = 11)	13,3 % (n = 2)
80 000 \$ et plus	48,6 % (n = 18)	66,7 % (n = 10)

4. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE

4.1 Traits de tempérament (variable indépendante)

Les traits de tempérament ont été évalués à l'aide du *Temperament and Character Inventory* (TCI, Cloninger, Pryzbeck, Svrakic et Wetzel, 1994). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté comprenant 240 items. La personne doit répondre aux items par vrai ou faux. Le TCI comporte quatre échelles relatives aux traits de tempérament ainsi que trois échelles de caractère. Les échelles du caractère ne sont pas utilisées dans cette étude, car le caractère est largement influencé par la maturité de la personne (Atiye *et al.*, 2015; Cloninger *et al.*, 1993; Svrakic *et al.*, 2002) et qu'il est encore très modulable à l'adolescence.

Pour l'échelle d'évitement de la punition, un score centile supérieur à 70 signifie que la personne présente des affects plus intériorisés tels que de l'anxiété, du pessimisme, de la timidité, tandis qu'un score centile inférieur à 30 indique que la personne présente une tendance plus marquée pour l'insouciance, l'optimisme et la présentation d'affect calme. Pour ce qui est de l'échelle de persistance, un score centile inférieur à 30 signifie que la personne est davantage portée à abandonner facilement, à être nonchalante et à ne pas avoir le désir de se dépasser. À l'inverse un score centile supérieur à 70 précise que la personne est portée à être persévérante malgré les obstacles, à faire des sacrifices et ne pas accepter l'échec. Au niveau de la recherche de la nouveauté, un score centile inférieur à 30 signifie que les personnes présentent des affects plus posés tels que de la monotonie, de l'indifférence, de l'introversion, tandis qu'un score centile supérieur à 70 informe que la personne aurait une tendance plus marquée pour l'impulsivité, l'extraversion et la recherche de sensations fortes. Finalement, pour l'échelle de dépendance à la récompense, un score centile inférieur à 30 signifie que la personne a tendance à présenter des traits de tempérament démontrant un manque de sensibilité et un détachement social. À l'inverse un score centile supérieur à 70 signifie que la personne a de la facilité au niveau de ses relations sociales notamment grâce à ses compétences en communication et son attirance vers les relations sociales (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, GRISE, s.d.)

Les quatre échelles du tempérament (évitement de la punition, persistance, recherche de la nouveauté et dépendance à la récompense) se divisent en sous-échelles. Pour l'évitement de la punition (35 items) les sous-échelles sont : EP1 = anxiété d'anticipation versus optimisme et calme, EP2 = peur de l'incertitude versus confiance, EP3 = gêne, non assertif versus contacts sociaux faciles et EP4 = fatigabilité et anesthésie versus vigueur et endurance. Pour l'échelle de persistance (8 items), il n'y a qu'une seule sous-échelle soit la tendance à continuer résolument une activité malgré la fatigue ou la frustration. Pour la recherche de la nouveauté (40 items) les sous-échelles sont : RN1 = exploration-excitation versus rigidité-stoïque, RN2 = impulsivité versus réflexion, RN3 = extravagance versus réserve et RN4 = désordonné versus bien ordonné. Finalement, pour la dépendance à la

récompense (24 items), trois sous-échelles sont présentes soit, DR1 = sentimentalité versus insensibilité, DR3 = attachement versus détachement, distant et DR4 = dépendance de l'opinion des autres vs indépendance.

Les traits de tempérament sont traités en variables continues, puisque le score global de chacune des échelles est utilisé pour les analyses. Les qualités psychométriques de cet outil sont moyennes à bonnes pour une population hospitalisée et une population recevant des services externes. Les alphas de Cronbach varient entre 0,48 et 0,89 selon les quatre échelles du tempérament (Cloninger *et al.*, 1993).

Les coefficients d'alpha de Cronbach pour l'échantillon à l'étude varient selon les échelles. Pour l'échelle d'évitement de la punition, l'alpha de Cronbach est de 0,75, ce qui est bon, tandis que les coefficients pour les échelles de recherche de nouveauté et de dépendance à la récompense sont de 0,55 et 0,42 respectivement, ce qui est comparable aux scores obtenus par le concepteur de l'outil.

4.2 Évolution (variable dépendante)

La variable d'évolution est créée à l'aide des variables de risque de désordre alimentaire et d'ajustement psychologique de l'*Eating Disorder Inventory 3* (EDI-3, Garner, 2004) et sera traitée comme une variable continue. L'EDI-3 est un questionnaire auto-rapporté comprenant 91 items pour lesquels la personne doit répondre sur une échelle de Likert en six points allant de « toujours » à « jamais » (Garner, 2004). Un score élevé aux différentes échelles signifie que la personne présente davantage de difficultés en lien avec les différents items. Afin de créer la variable de risque de désordre alimentaire, il est nécessaire de faire la somme des scores bruts des trois sous-échelles suivantes : recherche de minceur¹ (7 items), comportements boulimiques² (8 items) et insatisfaction corporelle³

¹ Recherche de minceur : désir extrême de minceur, présence de préoccupations importantes pour les diètes et le poids, peur intense de prendre du poids.

² Comportements boulimiques : tendance à penser et à s'engager dans des épisodes incontrôlables de surconsommation alimentaire (crise de boulimie).

(10 items). Dans un deuxième temps, la variable d'ajustement psychologique sera créée à l'aide de la somme des scores bruts des neuf échelles suivantes : faible estime de soi⁴ (6 items), aliénation personnelle⁵ (7 items), insécurité interpersonnelle⁶ (7 items), aliénation interpersonnelle⁷ (7 items), déficit d'introspection⁸ (9 items), manque de régulation émotionnelle⁹ (8 items), perfectionnisme¹⁰ (6 items), ascétisme¹¹ (7 items) et peur de la maturité¹² (8 items). La variable d'évolution a été calculée grâce à la moyenne des scores T obtenus pour les variables de risque de désordre alimentaire et d'ajustement psychologique tel que présenté dans l'EDI-3 (Garner, 2004).

L'EDI-3 est un outil possédant de bonnes qualités psychométriques. Pour la cohérence interne, le coefficient alpha de Cronbach varie entre 0,80 et 0,96 pour toutes les variables, ce qui est plus qu'acceptable. La fidélité test-retest est excellente, les coefficients de corrélations varient de 0,86 à 0,98 selon les variables (délai maximal de sept jours) (Garner, 2004). Pour ce qui est de la validité convergente et divergente, les corrélations entre l'EDI-3 (Garner, 2004) et plusieurs autres questionnaires sont conformes à ce qui est attendu : les corrélations sont élevées (0,60 et plus) lorsque les construits mesurés sont similaires et faibles (moins de 0,60) lorsque les construits sont distincts.

L'alpha de Cronbach a été calculé pour l'échantillon de cette étude. Les coefficients

³ Insatisfaction corporelle : mécontentement à l'égard de la forme générale du corps et de la dimension de certaines régions qui préoccupent souvent les personnes ayant un trouble alimentaire (ventre, hanches, cuisses, fesses).

⁴ Faible estime de soi : sentiment significatif d'insécurité personnelle, d'inadaptation, d'incompétence et de dévalorisation personnelle.

⁵ Aliénation personnelle : sentiment significatif de vide, de solitude émotionnelle et faible compréhension de soi-même.

⁶ Insécurité interpersonnelle : inconfort, appréhension et réticence dans les situations sociales.

⁷ Aliénation interpersonnelle : déception, distance, éloignement et manque de confiance dans les relations.

⁸ Déficit d'introspection : difficulté dans l'identification et la gestion adéquate des émotions.

⁹ Manque de régulation émotionnelle : tendance à avoir une humeur instable, être impulsif, insouciant, colérique ou à adopter des comportements autodestructeurs.

¹⁰ Perfectionnisme : exigences pour atteindre des standards élevés au niveau de la performance.

¹¹ Ascétisme : tendance significative à rechercher la vertu à travers la poursuite d'idéaux spirituels tels que l'autodiscipline, l'abnégation, la retenue, le sacrifice de soi et le contrôle de ses envies physiques.

¹² Peur de la maturité : désir d'être plus jeune ou de retourner à la sécurité que procure l'enfance, croyance à l'effet que les demandes de l'âge adulte sont trop élevées et que le temps le plus heureux dans la vie d'une personne est l'enfance (Garner, 2004).

pour les deux échelles soit «risque de désordre alimentaire» et «ajustement psychologique» sont de 0,72 et 0,91 respectivement, ce qui est très bon, tandis que pour la variable d'évolution créée, l'alpha est de 0,91.

4.3 Variables de contrôle

La variable de contrôle utilisée dans ce mémoire sera les sentiments dépressifs. Ce choix repose sur le fait qu'il appert que le trait d'évitement de la punition serait influencé par le niveau de dépression de la personne (Kleifield, Sunday, Hurt et Halmi, 1994), d'où l'importance de s'y attarder, afin d'avoir des résultats le plus juste possibles. L'inventaire de dépression de Beck (IDB-II, Beck *et al.*, 1996) est utilisé pour évaluer cette variable. Ce questionnaire est constitué de 21 items comportant quatre affirmations ordonnées selon la gravité des symptômes. Pour chacun des items, les participants doivent choisir l'énoncé qui les représente le mieux. Le score varie de 0 à 63 : un score entre 0 et 13 indique un niveau minimal de *dépression*; un score de 14 à 19 correspond à un niveau léger de *sentiments dépressifs*; un score se situant entre 20 et 28 signale des *sentiments dépressifs* d'intensité modérée et un score égal ou supérieur à 29 indique la présence de *dépression* sévère. Ces classifications ont été développées auprès d'un échantillon de la population générale (Beck *et al.*, 1996).

Les items du BDI II (Beck *et al.*, 1996) sont basés sur les critères diagnostiques de la *dépression* du DSM IV (APA, 1994), ce qui confère au questionnaire une excellente validité de contenu. Sa sensibilité et sa spécificité ont été estimées à 71 % et 88 % respectivement, par comparaison à la première version du questionnaire (Dozois *et al.*, 1998). La validité convergente du BDI II (Beck *et al.*, 1996) a été démontrée par des corrélations significatives ($p \leq 0,05$) avec d'autres instruments de mesure portant sur des variables proches de la *dépression*. La validité divergente a aussi été démontrée par des associations faibles ($p > 0,05$) entre le BDI II (Beck *et al.*, 1996) et des construits distincts de la *dépression*. La cohérence interne du questionnaire est supérieure à 0,9 et sa fidélité test-retest est de 0,93 (intervalle d'une semaine) (Beck *et al.*, 1996; Dozois *et al.*, 1998;

Osman *et al.*, 1997). Le coefficient d'alpha de Cronbach pour l'échantillon à l'étude au niveau de cette variable est de 0,91, ce qui est excellent.

Notons qu'il aurait été pertinent d'inclure l'IMC et le niveau d'anxiété comme variable de contrôle. Or, cela n'a pas été possible en raison du manque de données pour le niveau d'anxiété ($n = 23$), c'est-à-dire pour le deux tiers des participantes, et la faible de corrélation entre la variable d'IMC au T1 et la variable d'évolution ($p = 0,23$).

5. MÉTHODES D'ANALYSES DES DONNÉES

Afin d'atteindre l'objectif 1 qui est de décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes présentant une anorexie mentale en début de traitement, des analyses descriptives ont été effectuées. Les moyennes et les écarts-types ont été utilisés pour les variables relatives aux traits de tempérament, afin de dresser un portrait des adolescentes sur ces variables.

Pour l'objectif 2 qui vise à identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale, des tests-t pour échantillons appariés ont été utilisés pour comparer les différentes échelles de l'EDI au T1 et au T2. Cela a permis de vérifier si ces variables évoluent ou restent stables entre les deux temps de mesure. Une analyse de covariance a ensuite été réalisée, afin de vérifier l'effet de la variable de contrôle (symptômes dépressifs) entre les T1 et T2. Ensuite, des régressions linéaires ont été effectuées. Pour ce faire, des analyses de corrélations ont préalablement été effectuées afin de voir si les traits de tempérament (variable indépendante) corrélaient entre eux et ainsi éviter les erreurs de multicollinéarité. Les régressions ont pu être réalisées en raison de l'absence de multicollinéarité entre les traits de tempérament et la variable dépendante créée, soit l'évolution.

QUATRIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS

Ce chapitre vise à présenter les résultats obtenus afin de répondre aux deux objectifs ciblés soit : 1. Décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes présentant une anorexie mentale en début d'intervention et 2. Identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution des adolescentes ayant une anorexie mentale. Les analyses ainsi que les résultats associés sont présentés en fonction des deux objectifs de l'étude dans les sections qui suivent.

1. Présentation des résultats en lien avec le premier objectif

Le premier objectif de cette étude est de décrire les traits de tempérament des adolescentes présentant une anorexie mentale au moment de leur admission dans un programme d'intervention (T1). Le tableau 3 présente les rangs centiles moyens pour les traits de tempérament présentés par les participantes de l'étude. Ces données permettent d'avoir un aperçu global de l'intensité des traits présentée par les participantes. Puisque le score moyen au T1 des participantes ($65,32; \pm 25,30$) à l'évitement de la punition se rapproche d'un score centile de 70, celles-ci présentent davantage de traits intériorisés (anxiété, retrait social, etc) qu'extériorisés (dynamisme, spontanéité, etc). Pour l'échelle de persistance, le score moyen présenté par les participantes à cette échelle ($67,34; \pm 23,30$) au T1 se rapproche d'un score centile supérieur à 70 et est cohérent avec les caractéristiques habituelles présentées par les personnes anorexiques, comme la persévération dans les comportements, malgré les frustrations engendrées (Atiye *et al.*, 2015). Pour l'échelle de recherche de la nouveauté, au T1, le score moyen des participantes ($39,92; \pm 26,21$) indique donc qu'elles présentent des affects plus marqués par l'introversion (ex : timidité, indifférence) que l'extroversion (ex : impulsivité, curiosité). Finalement, au niveau de la dépendance à la récompense, puisque le score obtenu en moyenne par les adolescentes est moyen ($56,00; \pm 24,87$), c'est-à-dire qu'il se situe entre les deux scores centile 30 et 70, les

participantes présentent des traits qui combinent les caractéristiques des deux extrêmes préalablement nommées. En fait, la classification des niveaux de sévérité proposée par l'auteur (Cloninger *et al.*, 1993) indique que les scores centiles se situant entre 34 et 66,7 sont considérés comme dans la moyenne.

Tableau 3
Données descriptives (centile) du tempérament au T1

Traits de tempérament	M (ÉT)	Min-Max
Évitement de la punition	65,32 (25,30)	15-99
Persistance	67,34 (23,30)	18-100
Recherche de la nouveauté	39,92 (26,21)	1-96
Dépendance à la récompense	56,00 (24,87)	2-93

2. Présentation des résultats en lien avec le deuxième objectif

Le deuxième objectif de recherche était de déterminer si les traits de tempérament au moment du diagnostic influençaient l'évolution des adolescentes anorexiques. Pour ce faire, il a d'abord été nécessaire de déterminer si les participantes évoluaient favorablement entre le T1 et le T2. Des tests T pour groupe apparié (tableau 4) ont été faits pour comparer les différents résultats relatifs à l'évolution des participantes entre le T1 et le T2. Les résultats présentés sont les scores T moyens. Les résultats indiquent une diminution significative ($p \leq 0,05$) pour toutes les variables ($p < 0,05$), à l'exception de la variable boulimie pour laquelle les participantes ne présentent pas de changement significatif. Ce dernier résultat est cohérent avec le fait que l'échantillon est composé en majorité d'adolescentes présentant une anorexie mentale restrictive, c'est-à-dire ne présentant pas de comportements boulimiques. Au T1, pour la variable boulimie, les participantes présentaient un niveau de difficulté faible, en comparaison avec la population présentant une anorexie mentale, il est donc normal qu'elles n'en présentent pas plus au T2. De plus, il est possible d'observer que le niveau de difficulté présenté au T1 par les participantes est typique d'une population présentant une anorexie mentale pour toutes les échelles. Au T2,

le niveau de difficulté présenté par les participantes était faible comparativement à une population présentant une anorexie mentale pour les échelles de risque de désordre alimentaire et d'ajustement psychologique ainsi que pour les sous-échelles de recherche de minceur, d'insatisfaction corporelle, d'estime de soi, d'aliénation personnelle, de déficit d'introspection, de perfectionnisme et d'ascétisme. Pour ce qui est des autres sous-échelles (insécurité personnelle, aliénation interpersonnelle, manque de régulation et peur de la maturité), le niveau de difficulté est demeuré typique au T2, malgré une diminution significative des résultats. En bref, il est possible de noter une évolution entre le T1 et le T2 pour ces variables. Ces diminutions significatives indiquent qu'au T2, les adolescentes présentaient, en moyenne, moins de difficulté qu'au T1 pour toutes les variables relatives à l'évolution. Précisons que l'évolution est évaluée par la moyenne des variables risque de désordre alimentaire et ajustement psychologique de l'EDI-3.

Une analyse de covariance (tableau 5) a ensuite été réalisée, afin de vérifier l'effet des symptômes dépressifs sur les différences entre les T1 et T2. D'abord, notons qu'au T1, les adolescentes obtiennent en moyenne un score de dépression de 21,26 ($\pm 11,21$; $n = 37$) ce qui signifie qu'elles présentent en moyenne des indices de dépression sévère. Au T2 cette moyenne est de 11,03 ($\pm 11,23$; $n = 35$), ce qui signifie des indices de dépression d'intensité moyenne à modérée. À la suite de l'analyse de covariance, il est possible de constater qu'en contrôlant la variable de dépression au T1, celle-ci n'a pas d'influence significative ($p = 0,13$) sur la variable d'évolution. Ce résultat indique que même en contrôlant pour les symptômes dépressifs au T1, les participantes présentent moins de difficultés entre le T1 et le T2 sur le plan de la variable évolution.

Tableau 4
Test-t apparié pour les variables de l'EDI-3

Variables	Moyenne T1 (<i>ÉT</i>)	Niv. Diff	Moyenne T2 (<i>ÉT</i>)	Niv. diff	<i>t</i>	<i>p</i>
Risque de désordre alimentaire (RDA)	47,79 (11,14)	Typique	41,39 (8,23)	Faible	3,23	0,003
Ajustement psychologique (AP)	47,08 (8,53)	Typique	40,76 (8,39)	Faible	5,22	0,001
Évolution	47,43 (8,57)	-	41,08 (7,63)	-	4,28	0,001
Échelles RDA						
Recherche de minceur	47,92 (9,31)	Typique	40,21 (7,93)	Faible	4,68	0,001
Boulimie	52,47 (14,36)	Typique	48,52 (9,05)	Typique	1,63	0,110
Insatisfaction corporelle	45,76 (9,90)	Typique	41,87 (8,34)	Faible	2,46	0,018
Échelles AP						
Estime de soi	46,50 (9,05)	Typique	41,34 (8,30)	Faible	4,20	0,001
Aliénation personnelle	47,21 (8,68)	Typique	41,18 (8,60)	Faible	4,68	0,001
Insécurité personnelle	49,92 (9,53)	Typique	44,74 (7,53)	Typique	4,16	0,001
Aliénation interpersonnelle	48,45 (8,72)	Typique	44,53 (7,94)	Typique	3,23	0,003
Déficit introspection	50,79 (7,72)	Typique	44,34 (9,13)	Faible	4,48	0,001
Manque de régulation	49,08 (9,14)	Typique	45,05 (8,33)	Typique	2,75	0,009
Perfectionnisme	46,82 (9,16)	Typique	43,87 (7,50)	Faible	2,11	0,041
Ascétisme	47,42 (10,36)	Typique	41,92 (8,29)	Faible	3,21	0,003
Peur de la maturité	49,45 (8,70)	Typique	45,71 (9,13)	Typique	3,35	0,002

ET : Écart-Type, Niv. Diff : Niveau de difficulté

p < 0,05

* N.B. L'EDI-3 est normé auprès d'une population présentant une anorexie mentale

Tableau 5
Analyse de covariance (ANCOVA) de l'effet des symptômes dépressifs sur l'évolution des adolescentes en fonction du tempérament

Variables	F	P
Symptômes dépressifs	2,63	0,13
Évitement de la punition	2,49	0,05

Par la suite, pour déterminer si les traits de tempérament influencent l'évolution de l'anorexie mentale, des analyses de corrélations entre les variables dépendantes et indépendantes ont été effectuées, et ce, afin de réaliser ultérieurement des régressions linéaires entre ces variables. Les résultats des analyses de corrélation (tableau 6) n'indiquent aucune association significative ($r = 0,300$) entre la variable de tempérament d'évitement de la punition au T1 et le risque de désordre alimentaire au T2. Toutefois une association significative et positive est présente entre l'évitement de la punition ($r = 0,478$, $p < 0,01$) au T1 et les variables d'ajustement psychologique au T2, ainsi qu'entre l'évitement de la punition ($r = 0,425$, $p < 0,01$) au T1 et l'évolution au T2. Ces associations suggèrent que lorsque la personne présente un score élevé d'évitement de la punition (i.e présence d'anxiété, d'isolement social, etc), elle présente également un score plus élevé sur les variables servant à mesurer l'évolution. Ce résultat signifie qu'un score plus élevé sur ces échelles au T1 indique une évolution moins favorable au T2 pour la personne. Ces corrélations sont de force moyenne (0,425 et 0,478). Les résultats n'indiquent aucune autre association significative entre les traits de tempérament et les variables d'évolution.

Ensuite, il y a une association significative et positive ($r = 0,55$; $p < 0,01$) entre la variable de symptômes dépressifs au T1 et la variable d'évolution au T2, ce qui traduit une corrélation de force moyenne. Une association significative et positive ($r = 0,55$; $p < 0,01$) existe également entre les symptômes dépressifs au T1 et la variable d'ajustement psychologique au T2. Finalement, une autre association significative et positive ($r = 0,45$; $p < 0,01$) existe entre les symptômes dépressifs au T1 et le risque de désordre alimentaire au T2. Au niveau des traits de tempérament, seul le trait d'évitement de la punition obtient une association significative et positive avec les symptômes dépressifs au T1 ($r = 0,54$; $p < 0,01$), ce qui indique une relation de force moyenne.

Il est important de mentionner qu'aucune multicolinéarité n'existe entre les variables indépendantes (évitement de la punition, persistance, recherche de la nouveauté et dépendance à la récompense), puisque les corrélations sont plus petites que 0,8.

Tableau 6
Corrélations entre les variables à l'étude

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. RDA	-	0,683**	0,916**	0,300	-0,066	-0,062	-0,034	0,452**
2. AP	0,683**	-	0,919**	0,478**	0,083	-0,123	-0,102	0,555**
3. Évolution	0,916**	0,919**	-	0,425**	0,010	-0,101	-0,074	0,549**
4. Évitement de la punition	0,300	0,478**	0,425**	-	0,203	-0,163	-0,127	0,544**
5. Persistance	-0,066	0,083	0,010	0,203	-	-0,598**	-0,012	0,070
6. Recherche nouveauté	-0,062	-0,123	-0,101	-0,163	-0,598**	-	0,259	-0,196
7. Dépendance récompense	-0,034	-0,102	-0,074	-0,127	-0,012	0,259	-	-0,042
8. Symptômes dépressifs	0,452**	0,555**	0,549**	0,544**	0,070	-0,196	-0,042	-

RDA : Risque de désordre alimentaire AP : Ajustement psychologique
** $p < 0,01$

Afin de répondre au deuxième objectif de recherche, l'étape suivante a consisté à effectuer des régressions linéaires. Celles-ci visaient à vérifier les relations possibles entre les traits de tempérament au T1 et l'évolution de l'anorexie mentale chez les adolescentes au T2. Les résultats sont présentés dans le tableau 7.

Les régressions linéaires comportent deux composantes principales, soit les étapes et les modèles. D'abord, les étapes représentent l'ajout successif des variables indépendantes. La variable de symptômes dépressifs ainsi que les variables du tempérament (évitement de la punition, persistance, recherche de la nouveauté et dépendance à la récompense) ont été entrées une à une, afin de dégager l'effet véritable de chacune d'elles. La variable de contrôle a été sélectionnée pour la première étape afin d'observer son effet sur les autres variables. La variable d'évitement de la punition a ensuite été sélectionnée en premier parmi les traits de tempérament puisqu'il s'agissait du seul trait de tempérament corrélant préalablement avec les variables dépendantes. Les autres traits de tempérament ont par la suite été ajoutés de façon successive afin de valider si l'ajout de ces traits permettait d'améliorer le modèle. Au final, les symptômes dépressifs ont un effet dans la relation

entre les traits de tempérament et l'évolution. En effet, les traits de tempérament n'ajoutent pas de variance aux différents modèles, lorsque les symptômes dépressifs sont contrôlés.

La deuxième composante de ces résultats est les trois modèles créés. Ces trois modèles ont été créés pour comprendre l'effet du tempérament sur les différentes variables d'évolution et ainsi observer si l'évolution ciblait davantage les symptômes comportementaux (RDA), les symptômes psychologiques (AP) ou les deux (évolution). Le modèle 1 n'est pas significatif pour les traits de tempérament. Lorsque les symptômes dépressifs sont inclus, cela permet de comprendre que 21 % de la variance du risque de désordre alimentaire au T2 est attribuable aux symptômes dépressifs au T1. Lorsque les traits de tempérament (éviter la punition, persistance, dépendance à la récompense et recherche de la nouveauté) sont ajoutés au modèle, ceux-ci n'ajoutent rien à la variance et ne permettent pas de prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez les adolescentes au T2.

Le modèle 2 va lui aussi dans le même sens que le modèle 1. Encore une fois, seuls les symptômes dépressifs au T1 permettent de prédire l'évolution au niveau de l'ajustement psychologique au T2, dans une proportion de 33 %, des adolescentes présentant une anorexie mentale. L'ajout des variables de trait de tempérament n'ajoute pas au modèle et les traits de tempérament ne permettent donc pas de prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez les adolescentes au T2.

Le modèle 3 permet de constater que, tout comme les deux autres modèles précédents, l'évolution de l'anorexie mentale chez les adolescentes au T2 n'est pas prédite par les traits de tempérament du T1. Les symptômes dépressifs expliquent 31 % de la variance de l'évolution au T2. Finalement, lorsque les traits de tempérament (éviter la punition, persistance, dépendance à la récompense et recherche de la nouveauté) sont ajoutés au modèle, ceux-ci n'ajoutent rien et ne permettent pas de prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez les adolescentes au T2.

Pour conclure, il est possible d'observer que les traits de tempérament au T1 ne permettent pas de prédire l'évolution au T2 des adolescentes présentant une anorexie

mentale quand les symptômes dépressifs sont contrôlés dans les modèles. Notons que des modèles de régression sans le contrôle des symptômes dépressifs ont également été testés. Il appert que seul le trait de tempérament d'évitement de la punition permettait de prédire l'évolution des participantes un an après leur admission dans un programme d'intervention. La variance expliquée était faible, soit 30 %. Ces résultats permettent de comprendre que les symptômes dépressifs ont une influence dans la relation entre les traits de tempérament et l'évolution des adolescentes anorexiques. En fait, pour répondre aux objectifs ciblés pour la présente recherche, les traits de tempérament ne permettent pas de prédire l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale, lorsque les symptômes dépressifs sont contrôlés.

Tableau 7
Modèles de régressions linéaires prédisant l'évolution des participantes

	Modèle 1 (RDA)			Modèle 2 (AP)			Modèle 3 (Évolution)		
	ΔR^2	β	T	ΔR^2	β	t	ΔR^2	β	t
Étape 1									
Symptômes dépressifs (T1)	0,21*	0,45	3,00	0,33**	0,57	4,11	0,31**	0,56	3,96
Étape 2									
Symptômes dépressifs (T1)									
Évitement de la punition (T1)	0,01	0,08	0,43	0,06	0,29	1,79	0,03	0,20	1,20
Étape 3									
Symptômes dépressifs (T1)									
Évitement de la punition (T1)									
Persistance (T1)	0,01	-0,12	-0,78	0,01	-0,03	-0,19	0,01	-0,08	-0,56
Étape 4									
Symptômes dépressifs (T1)									
Évitement de la punition (T1)									
Persistance (T1)									
Recherche de nouveauté (T1)	0,01	-0,03	-0,14	0,01	0,14	0,77	0,01	0,06	0,32
Étape 5									
Symptômes dépressifs (T1)									
Évitement de la punition (T1)									
Persistance (T1)									
Recherche de la nouveauté (T1)									
Dépendance à la récompense (T1)	0,01	0,01	0,02	0,01	-0,10	-0,62	0,01	-0,05	-0,31

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

Le présent mémoire visait à répondre à différents objectifs. L'objectif principal était de distinguer l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale selon les différents traits de tempérament. De celui-ci découlaient deux objectifs spécifiques soit : 1. Décrire les traits de tempérament d'un groupe d'adolescentes présentant une anorexie mentale en début de traitement et 2. Identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale. Ce chapitre vise donc à présenter une analyse des résultats de l'étude ainsi que les forces, limites et retombées cliniques de cette présente recherche.

1. Analyse des résultats de l'étude

Tout d'abord, en ce qui concerne le premier objectif de l'étude, il est possible de constater grâce aux résultats obtenus qu'en début de traitement, les participantes de l'étude présentent des seuils plus élevés pour les traits d'évitement de la punition et de persistance, tandis qu'elles présentent des seuils plus bas pour le trait de recherche de la nouveauté. Ces résultats concordent en partie avec les résultats de la littérature. Il est généralement observé dans les études une tendance pour les personnes anorexiques de présenter des seuils élevés pour les traits d'évitement de la punition et de persistance (Atiye *et al.*, 2015; Kleifield, Sunday, Hurt et Halmi, 1994; Klump *et al.*, 2000), indiquant une tendance à l'anxiété au retrait social et à la persévérance, et de faibles seuils pour le trait de recherche de nouveauté (Segura-García *et al.*, 2013), indiquant une tendance à faire preuve d'indifférence, à être réfléchi et peu enthousiaste (GRISE, s.d.). Globalement, les résultats de l'étude actuelle et ceux des études antérieures indiquent que les personnes présentant une anorexie mentale présentent davantage un tempérament caractérisé par des traits intériorisés qui les prédisposent à une tendance à vouloir faire les choses de manière

calculée, afin de respecter les exigences qu'elles se fixent, et ce, quel qu'en soient les conséquences possibles. Il est également possible d'observer que les traits d'évitement de la punition et de recherche de la nouveauté sont semblables dans les manifestations, dans le sens où un haut seuil d'évitement de la punition et un faible seuil pour la recherche de la nouveauté entraînent une tendance chez l'individu à présenter des traits intériorisés caractérisés essentiellement par de l'anxiété. Il est à noter que pour les personnes ayant une anorexie mentale, il n'est pas rare qu'elles présentent une symptomatologie anxieuse avant l'apparition de la problématique. La privation alimentaire serait alors pour elles un moyen de réguler cette anxiété (Hildebrandt, Bacow, Markella et Loeb, 2012). Or, tel que présenté dans le modèle explicatif de l'anorexie mentale (Thibault *et al.*, en préparation), préalablement expliqué dans le chapitre 1, les effets psychologiques de la privation alimentaire, dont les traits anxieux contribuent au maintien de l'anorexie mentale (Attia, 2010; Garner, 2004; Jacobi *et al.*, 2004; Kaye *et al.*, 2005; Keys *et al.*, 1950; Klump et Gobrogge, 2005; Landt *et al.*, 2005; Pinheiro *et al.*, 2009; Thornton *et al.*, 2011; Zink et Weinberger, 2010). En somme, les résultats de la présente étude laissent croire que ces éléments anxieux sont au cœur même des traits de tempérament des adolescentes présentant une anorexie mentale, et ce, au moment de leur admission dans un programme d'intervention.

Concernant le trait de dépendance à la récompense, les résultats permettent plutôt d'indiquer que les adolescentes de l'échantillon présentent des traits tempérés, ce qui diverge de la littérature existante. Certains auteurs (Atiye *et al.*, 2015; Kleifield *et al.*, 1994) indiquent que les personnes anorexiques présentent des seuils plus bas de dépendance à la récompense, tandis que Diaz-Marsa, Carrasco et Saiz (2000) indiquent le contraire, soit que les personnes anorexiques présentent des seuils plus hauts pour ce trait de tempérament. Les divergences observées peuvent s'expliquer, entre autres, par la composition de l'échantillon quant au diagnostic, puisque contrairement à la littérature actuelle, les adolescentes de l'étude ont obtenu un diagnostic d'anorexie mentale restrictive en majorité, tandis que dans les études

antérieures, ces échantillons sont essentiellement composés de personnes dont le diagnostic est l'anorexie mentale de type boulimique. Or, il est documenté (Loxton et Dawe, 2001; Farmer, Nash et Field., 2001) que les comportements compensatoires (accès hyperphagiques, purgatif), observés davantage chez les personnes ayant une anorexie mentale boulimique, sont associés à un plus haut niveau de dépendance à la récompense. Les traits de dépendance à la récompense pour les adolescentes de cette étude sont tempérés, contrairement aux autres études où les seuils sont soit élevés ou faibles. Cette divergence peut s'expliquer par le fait que les adolescentes de l'échantillon présentent des niveaux de difficulté typique selon les mesures de L'EDI-3, tandis que les populations typiques d'adolescentes présentant une anorexie mentale présentent des niveaux de difficultés plus aigus. Or, il appert que de plus faibles niveaux de dépendance à la récompense soient observés chez les personnes pour lesquelles la problématique serait dans une phase plus aiguë (Cavedini *et al.*, 2006; Tchanturia *et al.*, 2007).

En ce qui concerne le deuxième objectif de l'étude qui était d'identifier les traits de tempérament les plus fortement associés à l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale, les résultats n'indiquent aucune association significative lorsque les symptômes dépressifs sont contrôlés. Ce résultat est semblable à ceux des études antérieures qui n'identifient pas d'associations entre les traits de tempérament et l'évolution des personnes présentant une anorexie mentale. Puisque les études précédentes sont composées d'une population d'adultes, le résultat de l'étude actuelle vient tout de même ajouter aux connaissances puisqu'il s'applique maintenant à une population adolescente. Il est donc possible de faire un parallèle. Toutefois, ce résultat nous informe sur l'importance de s'attarder aux symptômes dépressifs pouvant être causés par la privation alimentaire. En effet, tout comme la symptomatologie anxieuse préalablement expliquée, la symptomatologie dépressive est également influencée par la privation alimentaire et agit comme facteur de maintien à l'anorexie mentale (Attia, 2010; Garner, 2004; Jacobi *et al.*, 2004; Kaye *et al.*, 2005; Keys *et al.*, 1950; Klump et Gobrogge, 2005; Landt *et al.*, 2005; Pinheiro *et*

al., 2009). Tel que mentionné par l'étude de Kleifield *et al.* (1994), les symptômes dépressifs peuvent venir influencer les traits de tempérament, mais plus spécifiquement l'évitement de la punition, ce qui s'avère être le cas ici. En effet, avant de contrôler pour les symptômes dépressifs, il y avait une association significative entre le trait d'évitement de la punition et l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale. Il est donc possible de penser que lorsque les symptômes dépressifs sont traités, notamment par le retour à une alimentation équilibrée et, par conséquent, une reprise pondérale, il y aurait une association entre les traits de tempérament et l'évolution de l'anorexie mentale.

2. Forces et limites de l'étude

L'étude actuelle comporte des forces et des limites. Premièrement, quant aux forces, la recherche effectuée permet de combler les lacunes de la littérature actuelle quant à l'âge des participants composant l'échantillon. En effet, l'échantillon de la présente étude est composé uniquement d'adolescentes âgées de 12 à 18 ans. Or, dans les études recensées, ces échantillons se composent essentiellement de femmes adultes ou d'adolescents (filles et garçons) et parfois d'adultes et d'adolescents ensemble (filles et garçons). Les adolescents et les adultes se distinguent entre autres au niveau des caractéristiques de la problématique. Les adolescents présentent davantage des profils d'anorexie mentale teintés par des comportements restrictifs (Bulik, 2002). De plus, puisque l'anorexie mentale se développe essentiellement à l'adolescence, il se peut que les adultes formant les échantillons des études n'en soient pas seulement à leur premier épisode ou que la problématique soit présente depuis plusieurs années, ce qui peut influencer les données relatives à l'évolution. Le fait que l'étude actuelle ne tienne compte que des adolescentes présente un apport à la littérature et permet une généralisation des résultats aux adolescentes, ce qui s'avérerait plus difficile avec les autres études. En ce qui concerne les forces, l'échantillon de l'étude actuelle est composé de personnes de genre féminin. Ceci est comparable à ce qui est fait dans les autres études. Ce choix est attribuable à la forte prépondérance

féminine du trouble (APA, 2013). De plus cet échantillon, se compose de 37 personnes, ce qui est supérieur aux échantillons de certaines études comprenant de petits échantillons de moins de 30 personnes. Les critères pour diagnostiquer l'anorexie mentale se basent sur ceux du DSM, ce qui est reconnu comme étant fiable. De plus, l'échantillon est composé d'adolescentes recevant des soins spécialisés, qu'elles soient hospitalisées ou non, ce qui n'est généralement pas le cas dans la littérature. La grande majorité des études ne comportent qu'un échantillon de personnes hospitalisées. Il est également à noter que l'échantillon d'adolescentes anorexiques de l'étude est homogène et présente donc des caractéristiques sociodémographiques semblables, notamment au niveau du traitement reçu. Une autre force de l'étude est présente quant à la mesure de l'évolution réalisée. Tel que mentionné préalablement, la définition de l'évolution ne fait pas consensus dans la littérature et la manière de la mesurer demeure tout aussi différente d'un auteur à l'autre. Toutefois, dans la présente étude, l'évolution n'a pas été mesurée exclusivement grâce aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale. En effet, la mesure réalisée se base à la fois sur les symptômes de la problématique (recherche de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle), mais également sur les vulnérabilités psychologiques (estime de soi, perfectionnisme, peur de la maturité, etc.). Cela ajoute donc une rigueur quant à la mesure de ce concept et se distingue des études n'employant que les critères diagnostics ou les vulnérabilités psychologiques de manières individuelles et non de manière complémentaire comme ce qui est suggéré dans la littérature (Ackard, Cronmeyer, Richter et Egan, 2015). Quant aux outils de mesure utilisés, l'utilisation du *Temperament and Character Inventory* (TCI, Cloninger, Przybeck, Svrakic et Wetzell, 1994) s'avère être une force pour mesurer les traits de tempérament. En effet, il s'agit d'un outil reconnu et ayant de bonnes qualités psychométriques.

Malgré les forces nommées, la présente étude comporte également quelques limites. Tout d'abord, puisqu'il s'agit d'un échantillon clinique, certaines limitations se sont présentées. En effet, il est possible de penser que l'échantillon n'est pas

représentatif de l'ensemble de la population cible, puisqu'il n'inclut que les jeunes filles qui vont chercher et qui obtiennent des services pour leur problématique. À cet égard, il existe une proportion importante de la population des jeunes filles présentant une anorexie mentale qui ne reçoivent pas de services, pour diverses raisons (p. ex : négation de l'état) (APA, 2013; Thibault *et al.*, 2017). L'échantillon de cette étude pourrait donc être composé de jeunes filles aux profils plus sévères que celles n'allant pas chercher les services ou à l'inverse qui présentent des profils moins sévères puisqu'elles acceptent de recevoir de l'aide en lien avec leur problématique. Dans ce cas, les résultats obtenus ne sont généralisables qu'aux adolescentes anorexiques recevant des soins spécialisés. Bien qu'importante à considérer, cette limite est également applicable à la majorité des autres études réalisées dans ce champ de recherche. Celles-ci utilisent des échantillons se composant habituellement de personnes anorexiques recevant des services spécialisés. À titre d'exemple, parmi les études recensées au chapitre précédent, dans tous les cas, les participants ont été recrutés dans des services spécialisés. Quant au recrutement des adolescentes composant l'échantillon, la participation de celles-ci était volontaire. Il est donc possible de se questionner sur le niveau de difficulté présenté par ces adolescentes. En effet, il est possible de se demander si leur volonté de participer à l'étude relève d'une plus grande reconnaissance des difficultés vécues ou au contraire, si le fait de recevoir des services traduirait un plus grand niveau de difficulté. En plus, les résultats sont principalement généralisables à celles ayant une anorexie mentale de type restrictif, puisque la grande majorité de l'échantillon (34/38) est composée d'adolescente ayant ce type d'anorexie mentale. Puisqu'il s'agit d'adolescentes et que le développement de la problématique à ses débuts est principalement caractérisé par des comportements restrictifs (Bulik, 2002), la généralisation des résultats s'avère moins problématique, puisque cela est représentatif de la réalité. Finalement, la dernière limite concerne la difficulté de comparer les résultats de l'étude actuelle à ceux des études antérieures, ce qui s'explique par la diversité des outils utilisés pour évaluer le concept de tempérament.

En ce qui concerne les recommandations pour les études futures, celles-ci devraient comporter des échantillons uniquement composés d'adolescents, afin d'augmenter les connaissances sur l'évolution de l'anorexie mentale pour cette tranche d'âge, puisque ces connaissances restent actuellement limitées. De plus, pour le choix de l'échantillon, celui-ci devrait également continuer de comporter des personnes qu'elles soient hospitalisées ou qu'elles reçoivent des services externes pour une meilleure représentativité de l'échantillon. Pour les prochaines études, celles-ci devraient porter une attention particulière aux symptômes anxieux dans leurs mesures et leurs analyses, afin d'en contrôler l'effet sur la relation entre les traits de tempérament et l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale. En ce qui concerne les temps de mesure, les études futures devraient inclure une mesure additionnelle. Un autre temps de mesure, plus éloigné dans le temps, devrait être inclus afin de vérifier l'évolution des adolescentes plus tard dans leur développement, lorsqu'elles ont terminé le programme d'intervention. De plus, au niveau des instruments de mesure, l'utilisation du TCI et de l'EDI-3 devrait être maintenue puisque ces outils sont fiables et permettent la mesure de concepts importants pour répondre aux objectifs de recherche. En effet, les mesures obtenues grâce à l'EDI-3 permettent une vision globale de l'évolution tenant à la fois compte des aspects psychologiques et des symptômes de la problématique, ce qui est conseillé lorsque l'évolution est à mesurer. Toutes ces mesures sont regroupées dans un seul outil, ce qui en facilite la mesure et l'utilisation. Quant au TCI, tel que mentionné auparavant, il s'agit de l'outil permettant de mesurer les traits de tempérament s'adaptant le mieux à la réalité des adolescents. Il s'avère donc pertinent de le conserver.

3. Retombées cliniques

Cette recherche aura des retombées au niveau clinique, principalement quant aux pistes d'intervention à privilégier par les intervenants. Tout d'abord, il apparaît qu'une intervention multidisciplinaire ou interdisciplinaire serait à privilégier compte tenu de la complexité, mais également de l'aspect multifactoriel de la problématique

(Thibault *et al.*, 2017). Les conséquences sont nombreuses et touchent plusieurs sphères de développement chez la personne, d'où l'importance d'avoir une équipe composée de plusieurs spécialistes (psychoéducateur, psychologue, médecin, nutritionniste, travailleur social, etc.) différents.

À cet égard, selon les résultats obtenus, il s'avère important de porter une attention particulière aux symptômes dépressifs puisque ceux-ci auraient un effet significatif sur l'évolution des adolescentes présentant une anorexie mentale. Tel que mentionné précédemment, ces symptômes dépressifs peuvent résulter de la privation alimentaire. Un retour à une alimentation équilibrée constitue la première étape, afin de pouvoir ensuite miser sur des interventions efficaces avec la personne (Thibault *et al.*, 2017). Une fois la reprise pondérale en place, il serait prometteur de miser sur la sphère sociale. Il apparaît important de miser sur le développement des habiletés sociales pour ces adolescentes. En effet, puisque le tempérament reste stable à travers le temps, il s'avère plus judicieux de miser sur les particularités de ces traits de tempérament, plutôt que sur le trait lui-même. Le trait d'évitement de la punition est celui qui corrèle davantage avec l'évolution et ce dernier se traduit par des manifestations anxieuses et de l'isolement social, d'où l'importance de s'attarder aux compétences sociales. De plus, puisque les traits anxieux apparaissent comme étant un élément majeur de la problématique d'anorexie mentale, il s'avère judicieux de s'y attarder et de miser davantage sur les interventions permettant aux adolescentes de mieux reconnaître les sources et les manifestations de celle-ci pour ainsi mieux gérer et réguler cette anxiété. Puisque la privation alimentaire et les comportements compensatoires constituent les principales stratégies de régulation de l'anxiété pour les personnes ayant une anorexie mentale, il serait important de miser sur le développement de stratégies adaptatives positives et saines, afin de répondre à cette anxiété. Finalement, une intervention préventive serait davantage prometteuse, puisque les difficultés sociales peuvent également agir comme facteur précipitant au développement de l'anorexie mentale (Winecoff, Ngo, Moskovich, Merwin et Zucker, 2015).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ackard, D. M., Cronemeyer, C. L., Richter, S. et Egan, A. (2015). Do symptom-specific stages of change predict eating disorder treatment outcome ?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 49-62.
- Agence de la santé publique du Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada, Chapitre 6 – Troubles de l'alimentation*. Site téléaccessible à l'adresse < http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap_6-fra.php>. Consulté le 5 octobre 2016
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Oxford, England: Holt, Reinhart et Winston.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA. (2009). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Atiye, M., Miettunen, J. et Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 89-99.
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 61, 425-435.
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory BDI-II Manual*. San Antonio : The Psychological Corporation.
- Black, D.W. et Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry* (5e éd.). Washington, DC/London : American Psychiatric Publishing.
- Bloks, H., Hoek, H. W., Callewaert, I. et van Furth, E. (2004). Stability of personality traits in patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(2), 129-138.

- Bollen, E. et Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 117-121.
- Bricaud, M., Calvet, B., Viéban, F., Prado-Jean, A. et Clément, J. P. (2012). Étude PerCaDim: relations entre approches dimensionnelle et catégorielle de la personnalité. *L'Encéphale*, 38(4), 288-295.
- Bruce, B. et Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 365-373.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. et Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of eating disorders*, 28(2), 139-147.
- Butcher, J. N. (2005). *A beginner's guide to the MMPI-2*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A et Kaemmer, B. (1989). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Calkins, S. D. (2012). *Le tempérament et son impact sur le développement de l'enfant: commentaires sur Rothbart, Kagan, Eisenberg et Schermerhorn et Bates*. Encyclopédie sur le développement des enfants, 27-32.
- Carducci, B. J. (2009). *The psychology of personality: viewpoints, research, and applications*. Malden, Mass: Wiley-Blackwell, 2009.
- Carter, J. C., Mercer-Lynn, K. B., Norwood, S. J., Bewell-Weiss, C. V., Crosby, R. D., Woodside, D. B. *et al.* (2012). A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. *Psychiatry research*, 200(2), 518-523.
- Casaer, M. P., Mesotten, D., Hermans, G., Wouters, P. J., Schetz, M., Meyfroidt, G. *et al.* (2011). Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. *The New England Journal of Medicine*, 365(6), 506-517.

- Cavedini, P., Zorzi, C., Bassi, T., Gorini, A., Baraldi, C., Ubbiali, A. et Bellodi, L. (2006). Decision-making functioning as a predictor of treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 145(2), 179-187.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M. et R.D Wetzal. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, Missouri
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. et Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L et Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*, 79(1), 13-24.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M. J., Bergametti, F. et Mouren, M. C. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.
- Corrigan, P. W. (1999). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W. et Rüsck, N. (2002). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma ? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312-334.
- Costa, P.T. et McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N. et Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European eating disorders review*, 12(3), 169-177.
- Crago, M., Shisslak, C. M. et Estes, L. S. (1996). Eating disturbances among American minority groups: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 239-248.
- Crisp, A. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13(3), 147-152.
- Crocq, M. et Guelfi, J. (2015). DSM5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.

- Cunha, A. I., Relvas, A. P. et Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships : perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F., Abbate-Daga, G., Fassino, S. et Marchesini, G. (2007). The effect of inpatient cognitive-behavioral therapy for eating disorders on temperament and character. *Behaviour research and therapy*, 45(6), 1335-1344.
- Damon, W. et Lerner, R. M. (2008). *Child and adolescent development: An advanced course*. John Wiley and Sons.
- Dancyger, I. F., Sunday, S. R., Eckert, E. D. et Halmi, K. A. (1997). A comparative analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of anorexia nervosa at hospital admission, discharge, and 10-year follow-up. *Comprehensive psychiatry*, 38(3), 185-191.
- De Fruyt, F., van De Wiele, L. et van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and individual differences*, 29(3), 441-452.
- Deter, H. C. et Herzog, W. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosomatic Medicine*, 56(1), 20-27.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L. et Sáiz, L. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 352, 359.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. et Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory – II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89.
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L. et Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 191-201.
- Eysenck h. J. et Eysenck S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. University of London Press, London.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. et Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. et Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 468-476.

- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Farmer, R.F., Nash, H.M. et Field, C.E. (2001). Disordered eating behaviors and reward sensitivity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32 (4), 211–219.
- Fassino, S., Amianto, F., Gramaglia, C., Facchini, F. et Abbate-Daga, G. (2004). Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 81–90.
- Fassino, S., Daga, G. A., Amianto, F., Leombruni, P., Garzaro, L. et Rovera, G. G. (2001). Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: predictors of outcome. *European Psychiatry*, 16(8), 466-473.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. et Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry*, 26(1), 57-63.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Florida : Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635.
- Gicquel, L. (2013). Anorexia nervosa during adolescence and young adulthood: Towards a developmental and integrative approach sensitive to time course. *Journal of Physiology-Paris*, 107(4), 268-277.
- Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., Aksan, N. et Buss, K. A. (2000). Temperamental substrates of personality development. *Temperament and personality development across the life span*, 1-32.
- Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, GRISE. (s.d.). *Description des instruments de mesure qui composent le protocole évaluatif des dysfonctions alimentaires (PEDA)*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Halmi, K. A., Bellace, D., Berthod, S., Ghosh, S., Berrettini, W., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Crawford, S. Fichter, M. M., Johnson, C. L., Kaplan, A., Kaye, W. H., Thornton, L., Treasure, J., Woodside, B. et Strober, M. (2012). An Examination of Early Childhood Perfectionism Across Anorexia Nervosa Subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 800-807.

- Halvorsen, I. et Heyerdahl, S. (2006). Girls with anorexia nervosa as young adults: Personality, self-esteem, and life satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 285-293.
- Hansenne, M. (2001). Le modèle biosocial de la personnalité de Cloninger. *L'année psychologique*, 101(1), 155-181.
- Hathaway, S. R. et McKinley, J. C. (1967). *MMPI inventory manual*. New York, NY: Psychological Corporation.
- Heller, D., Watson, D. et Ilies, R. (2004). The role of person versus situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin*, 130(4), 574-600.
- Herpertz Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177-196.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 31-47
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. et Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: From a psychosomatic family model to a neuropsychiatric disorder? *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 261(2), 177-181
- Hight, N., Thompson, M. et King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating disorders*, 13(4), 327-344.
- Hildebrandt, T., Bacow, T., Markella, M. et Loeb, K. L. (2012). Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment. *European Eating Disorders Review*, 20(1).
- Hoek, H. W. et Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer, H. C. et Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders : application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jarman, M. et Walsh, S. (1999). Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: Integrating lessons learned from research and clinical practice. *Clinical psychology review*, 19(7), 773-788

- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. et Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk of physical and mental disorders during early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry* 59(6), 545–552.
- Kaye, W. H., Frank, G., K., Bailer, U. F. et Henry, S. E. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa : clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 15-19.
- Kerem, N. C. et Katzman, D. K. (2003). Brain structure and function in adolescents with anorexia nervosa. *Adolescent Medicine*, 14(1), 109-118.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. et Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minnesota : The University of Minnesota Press.
- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D. et Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 5(1), 20
- Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S. et Halmi, K. A. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 413-423.
- Klein, D. A. et Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology and behavior*, 81(2), 359-374.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Berrettini, W. H. *et al.* (2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(9), 559-567.
- Klump, K. L. et Gobrogge, K. L. (2005). A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 43-48.
- Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B. *et al.* (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological medicine*, 34(08), 1407-1418.
- Knight, W. E., McLaughlin, G. W. et Howard, R. D. (2012). *The Handbook of Institutional Research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Landt, M., Furth, E., Meulenbelt, I., Slagboom, P., Bartels, M., Boomsma, D. et Bulik, C. (2005). Eating disorders: from twin studies to candidate genes and beyond. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 467-482.
- Lawson, E. A. et Klibanski, A. (2008). Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Nature Clinical Practice Endocrinology and Metabolism*, 4(7), 407-414.

- Le Grange, D. (2016). Elusive Etiology of Anorexia Nervosa: Finding Answers in an Integrative Biopsychosocial Approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 12-13.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. et Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical psychology review*, 26(3), 299-320.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L. et Herzog. W. (2001). Long-Term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-Years Follow-Up Study. *Psychological Medicine*, 31, 881-890
- Loxton, N.J. et Dawe, S. (2001). Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: the influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders* 29, 455–462.
- Lucas, A. R. (1981). Toward the understanding of anorexia nervosa as a disease entity. *Mayo Clinic Proceedings*, 56(4), 254-264.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'fallon, W. M. et Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Markon, K. E., Krueger, R. F. et Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139–157.
- Martin, G. C., Wertheim, E. H., Prior, M., Smart, D., Sanson, A. et Oberklaid, F. (2000). A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 150–162.
- McCormick, L. M., Keel, P. K., Brumm, M. C., Watson, D. B., Forman-Hoffman, V. L. et Bowers, W. A. (2009). A pilot study of personality pathology in patients with anorexia nervosa: modifiable factors related to outcome after hospitalization. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(2-3), 113-120.
- Mieczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A. et Katulski, K. (2013). *Long-term consequences of anorexia nervosa. Maturitas*, 75(3), 215-220.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.

- Monthuy-Blanc, J., Gagnon-Girouard, M. P., Thibault, I., Dupont, A., Blier, C., Fortin, K., et al., (2016). *Programme d'intervention intégratif, dimensionnel et transdisciplinaire des troubles du comportement alimentaire*. (Financement CIUSSS-MCQ)
- Morgan, H. G. et Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5(4), 355-371.
- Nicholls, D. (2007). *Aetiology*. In Lask, B. et Bryant-Waugh, R. (dir.), *Eating Disorders in Childhood and Adolescence* (51-74). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Nicholls, D. et Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 17-30.
- Nigg, J. T. (2000). Inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy. *Psychological Bulletin*, 126(2), 220-246.
- Osman, A., Downs, W. R., Barrios, F. X., Kooper, B. A., Gutierrez, P. M. and Chiros, C. E. (1997). Factor Structure and Psychometric Characteristics of the Beck Depression Inventory - II. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19(4), 359-376.
- Paupé, R. (2006). *Facteurs de risque associés à l'anorexie mentale*. Document inédit. Université de Sherbrooke.
- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W. et Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 590-594.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R. et Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 256-268.
- Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clinical psychology review*, 18(4), 447-475.
- Pike, K. M., Hoek, H. W. et Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 436-442.
- Pike, K. M. et Walsh, T. (1996). Ethnicity and eating disorders: Implications for incidence and treatment. *Psychopharmacology Bulletin*, 32(2), 265-274.

- Pinheiro, A. P., Root, T. et Bulik, C. M. (2009). The Genetics of Anorexia Nervosa : Current Findings and Future Perspectives. *International Journal of Child and Adolescents Health*, 22(2), 153-164.
- Powers, P. S. et Santana, C. A. (2002). Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(2), 219-235.
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L., Rojo-Moreno, L. et Vaz-Leal, F. J. (2014). The role of temperament and character in the outcome of depressive mood in eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(5), 1130-1136.
- Root, M. P. (1990). Disordered eating in women of color. *Sex roles*, 22(7-8), 525-536.
- Rothbart, M. K. (1989). *Temperament in childhood: A framework*. Temperament in childhood. 59-73.
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569-578.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. et Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 78(1), 122.
- Rousset, I., Kipman, A., Ades, P. et Gorwood, P. (2004). Personnalité, tempérament et anorexie mentale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 62(3), 180-188.
- Roux, H., Chapelon, E. et Godart, N. (2013). Épidémiologie de l'anorexie mentale: revue de la littérature. *L'Encéphale*, 39(2), 85-93.
- Saucier, G. et Goldberg, L. R. (2006). Personnalité, caractère et tempérament: la structure translinguistique des traits. *Psychologie française*, 51(3), 265-284.
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Schmidt, U. et Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
- Segura-García, C., Chiodo, D., Sinopoli, F. et De Fazio, P. (2013). Temperamental factors predict long-term modifications of eating disorders after treatment. *BMC psychiatry*, 13(1), 288.

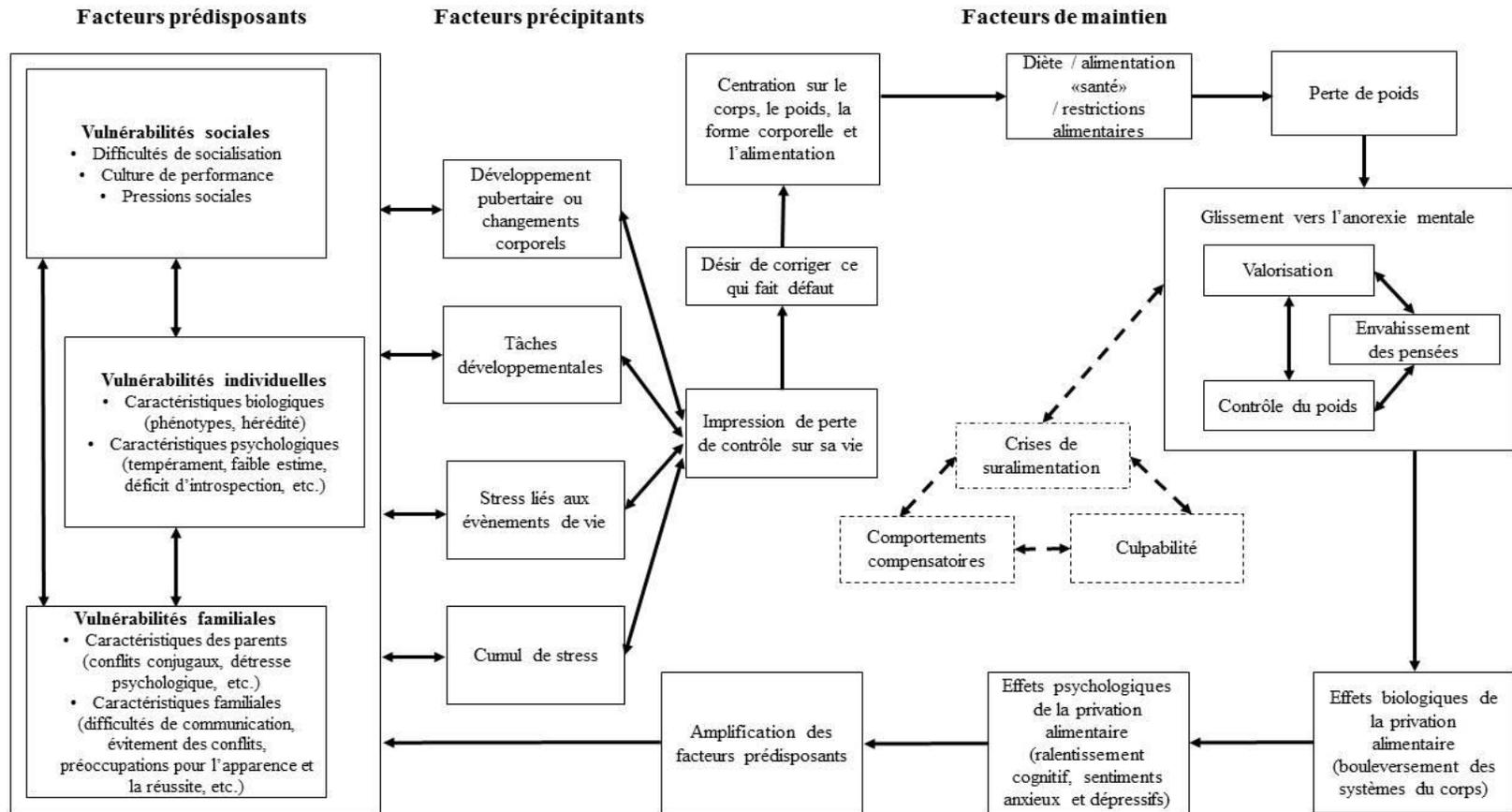
- Shaw, H., Ramirez, L., Trost, A., Randall, P. et Stice, E. (2004). Body image and eating disturbances across ethnic groups: more similarities than differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(1), 12.
- Silber, T.J. (2005). Anorexia Nervosa Among Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, 52, 49-76.
- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century. *European child and adolescent psychiatry*, 12(1), 30-37.
- Smith, M. C., Pruitt, J. A., Mann, L. M. et Thelen, M. H. (1986). Attitudes and knowledge regarding bulimia and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 545-553.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Stewart, M. C., Keel, P. K. et Schiavo, R. S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 320-325.
- Stewart, M. C., Schiavo, R. S., Herzog, D. B. et Franko, D. L. (2008). Stereotypes, prejudice and discrimination of women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 311-318.
- Stonehill, E. et Crisp, A. H. (1977). Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at follow-up 4–7 years later. *Journal of Psychosomatic Research*, 21(3), 187-193.
- Strober M., Freeman R. et Morrell W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorder*, 22-339.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R. et Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
- Swenne, I. et Engstro, I. (2005). Medical assessment of adolescent girls with eating disorders: An evaluation of symptoms and signs of starvation. *Acta Paediatrica*, 94(10), 1363–1371.

- Tchanturia, K., Liao, P. C., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J. et Campbell, I. C. (2007). An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(4), 635-641.
- Tellegen, A. (1985). *Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report*. In A. H. Tuma et J. D. Maser (dir.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 681–706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Thibault, I., Pauzé, R., Cloutier, S. et Ouellet, A. (en préparation). *Modèle biopsychosocial intégratif de l'anorexie mentale*.
- Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J. et Gagnon-Girouard, M. P. (2017). Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 379-390
- Thomas, A. et Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E. et Bulik, C. M. (2011). *The heritability of eating disorders : methods and current findings*. In Adan, R. A. H. et Kaye, W. H. (dir.), *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders*, (p.141-156). New York, NY : Springer-Verlag Publishing.
- Trudel, M., Mercier, H. et Meunier, J. (2001). Caractéristiques psychométriques de la version française de l'Inventaire du Tempérament et du Caractère. *Psychologie et psychométrie*, 22(3-4), 5-27.
- Trudel, M. et Puentes-Neuman, G. (2008). *L'inventaire du tempérament et du caractère (ITC) : Guide d'utilisation*. Manuscrit non publié, Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation.
- van der Ham, T., van Strien, D. C. et van Engeland, H. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European child and adolescent psychiatry*, 7(2), 79-84.
- van Furth, E. F., Richardson, M. et van Strien, D. C (1990) *Reliability, validity and normative data for the dutch personality questionnaire (DPQ) in eating disorder patients and non-patient samples*. Research report department of clinical psychology and health, University of Utrecht.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. et al. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284.

- Walsh, B. T., Attia, E., Glasofer, D. R. et Sysko, R. (2016). *Handbook of assessment and treatment of eating disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Walsh, B. T., Kaplan, A. S., Attia, E., Olmsted, M., Parides, M. et Carter, J. C. (2006). Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(22), 2605-2612
- Watson, D. et Clark, L. A. (1997). *Extraversion and its positive emotional core*. In J. Hogan, J. Johnson et S. Briggs (dir.), *Handbook of personality psychology* (p. 767–793). San Diego, CA: Academic Press.
- Wentz, E., Mellström, D., Gillberg, I. C., Gillberg, C. et Råstam, M. (2007). Brief report: decreased bone mineral density as a long-term complication of teenage-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 290-295.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. et Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British journal of psychiatry*, 187(5), 444-449.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Marin Dapelo, M., Gaskill, J. A. et Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 665-674.
- Winecoff, A. A., Ngo, L., Moskovich, A., Merwin, R. et Zucker, N. (2015). The functional significance of shyness in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 327-332.
- Zabala, M. J., Macdonald, P. et Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338-349.
- Zink, C. F. et Weinberger, D. R. (2010). Bedside to bench - the rewards of self starvation. *Nature Medicine*, 16(12), 1382-1383.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. et Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

ANNEXE A

MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE



Selon Thibault, Pauzé, Cloutier et Ouellet, en préparation
 Légende : ---- Éléments relatifs à l'anorexie mentale boulimique

ANNEXE B
CARACTÉRISTIQUES DES ARTICLES RECENSÉS

Tableau 4
Caractéristiques des études recensées

Auteurs	Devis	Échantillon						VI – Traits de tempérament			VD - Évolution			Variables de contrôle				
		N	Âge moyen (ÉT)	Diagnost ic		Outils de diagnostic		Outils			Traits	Outils/ Mesure	Type dévolution	Écart entre temps de mesure	Dépression	Âge	IMC	Autres
				AN-R	AN (R+B)	DSM	Autres	TCI	MMPI	Autres								
Bloks <i>et al.</i> (2004)	LP	72	27,5 (± 8,1)		X	X		X			P, ÉP, RN, DR	LIFE	RE, RP, TCA	2,5 ans				
Bulik <i>et al.</i> (2000)	LR	70	32,4 (± 7,8)		X	X		X			P, ÉP, RN, DR	DSM-III	CH, RP et RE	12 à 15 ans	X			
Dalle Grave <i>et al.</i> (2007)	LP	48	24,6 (± 9,3)		X		EDE 12,0 D	X			P, ÉP, RN, DR	Différence T1 et T2 TCI	-	n.s	X	X	EDE, cpt boulimie	
Dancyger <i>et al.</i> (1997)	LP	52	19,3 (± 4,97)		X		Feighner *		X		Hys, Dé, Hyp, Dp, S, Psy	DSM-IV	ME, ÉI, BE, RE	10 ans				
Fassino <i>et al.</i> (2001)	LP	40	RE : 21,6 (± 3,7) NR : 22,1 (± 3,7)	X		X		X			P, ÉP, RN, DR	MROAS IMC	RE, NR	6 mois				
Halvorsen <i>et al.</i> (2006)	LP	44	23,5 (± 3,5)		X	X	EDE	X			P, ÉP, RN, DR	Poids	AP, CP, TCA	8,5 ans	X		Dx psychiatrique	
McCormick <i>et al.</i> (2009)	LR	20	27,6 (± 9,45)		X	X			X	NEO PI-R	N, IS	DSM-IV et ICD-10	RE, GR, GI	1 an	X	X		
Segura-Garcia <i>et al.</i> (2013)	LP	25	21,4 (± 5,4)		X	X				TCI-R	P, ÉP, RN, DR	EDI-2, TCI	-	5 ans	X			
Stonehill <i>et al.</i> (1977)	LP	22	22 (± 6)		X		n.s.			EPI	N, E	Différence T1 et T2 EPI	-	4 à 7 ans				
van der Ham <i>et al.</i> (1998)	LP	36	17,5 (± n.s.)		X	X				DPQ	N, AS	AOS	BE, ÉI,	4 ans				

Note : LP = Longitudinal prospectif, LR = longitudinal rétrospectif, RE = Rémission, NR = Non-remis, AN-R = anorexie mentale restrictive, AN-B = anorexie mentale boulimique, P = persistance, EP = Évitement de la punition, RN = Recherche de la nouveauté, DR = Dépendance à la récompense, N = Névrotisme, E = extraversion, AS = anxiété sociale, Hys= Hystérie, Dé = Dépression, Hyp = Hypochondriaque, Dp = déviation psychopathique, S = schizophrénie, Psy = psychasthénie, IS = insécurité sociale, RP = Rémission partielle, TCA = trouble des conduites alimentaire, ME = mauvaise évolution, ÉI = évolution intermédiaire, BE = Bonne évolution, AP = Absence de préoccupations, CP = Certaines préoccupations, , GR= groupe rechute, GI = groupe inconnu, n.s = non-spécifié, dx = diagnostic, * Critères de Feighner *et al.* (1972).

