

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	7
Hyperphagie boulimique.....	8
Définition de l'hyperphagie boulimique	8
Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique.....	10
Distinctions entre l'hyperphagie boulimique et les autres troubles du comportement alimentaire.....	14
Prévalence de l'hyperphagie boulimique	19
Population générale.....	19
Prévalence chez les adolescents	21
Variables associées à l'hyperphagie boulimique	25
Genre et hyperphagie boulimique	25
Image corporelle, poids, satisfaction corporelle et autres facteurs associés	27
Modèles explicatifs	29
Modèles de la restriction alimentaire	29
Modèle échappatoire	31
Modèle de l'affect négatif	32
Modèle de l'hyperphagie boulimique	34
Coping.....	37
Définition du coping	37
Coping d'approche et coping d'évitement	38
Définition du coping d'approche et d'évitement	39
Coping émotionnel de Stanton	41
Définition du coping émotionnel	42
Différences selon le genre dans l'utilisation des stratégies de coping	45
Différences chez les adultes	45
Différences chez les jeunes et les adolescents	46
Stratégies de coping et hyperphagie boulimique	49

Stress, coping et hyperphagie boulimique	49
Image corporelle.....	54
Définition de l'image corporelle	54
Variables associées à la satisfaction l'image corporelle	55
Satisfaction de l'image corporelle selon le genre	55
Insatisfaction de l'image corporelle et trouble du comportement alimentaire.....	57
Insatisfaction de l'image corporelle et hyperphagie boulimique	59
Synthèse du contexte théorique.....	60
Objectifs de recherche.....	62
Questions et hypothèses de recherche	64
Méthode.....	65
Caractéristiques sociodémographiques des adolescents	66
Instruments de mesure.....	67
Évaluation de l'hyperphagie boulimique	67
Binge Eating Scale	67
Évaluation des stratégies de coping	70
Self-Report Coping Style	70
Emotional Approach Coping Scale.....	71
Évaluation de la satisfaction liée à l'image corporelle.....	73
Contour Drawing Rating Scale Style	73
Questionnaire sociodémographique	74
Procédure et déroulement de la cueillette des données.....	74
Analyses statistiques	75
Résultats	77
Analyses préliminaires	78
Analyses principales.....	79
Validation de l'instrument d'évaluation de l'hyperphagie boulimique	81
Prévalence de l'hyperphagie boulimique	81
Hyperphagie boulimique, niveau de scolarité, âge et genre.....	82
Coping et comparaison selon le genre	84
Coping d'approche et genre	84
Coping d'évitement et genre	86

Relation entre l'HB et les copings d'approche et d'évitement selon le genre	86
Hyperphagie boulimique et coping émotionnel de Stanton	89
Satisfaction de l'image corporelle et hyperphagie boulimique	91
Synthèse des résultats.....	93
Discussion	95
Rappel des objectifs	96
Discussion des résultats associés aux questions et hypothèses de recherche et résultats complémentaires	97
Première question.....	97
Considérations préliminaires.....	97
La prévalence de l'hyperphagie boulimique	98
Prévalence de l'HB : comparaison avec des études auprès des adultes	102
Interprétation des résultats de prévalence	104
Conclusion sur les résultats de prévalence.....	109
Deuxième question.....	110
Rappel des résultats des scores d'hyperphagie boulimique en fonction des variables sociodémographiques.....	111
Absence de différences significatives entre les scores d'hyperphagie boulimique selon les groupes d'âge et le niveau de scolarité.....	111
Différences entre les scores d'hyperphagie boulimique en fonction du genre	112
Première hypothèse	115
Rappel des résultats relatifs à l'utilisation des stratégies de coping en fonction du genre.....	115
Comparaisons avec d'autres études sur l'utilisation des stratégies de coping en fonction du genre.....	116
Explications des différences de genre dans l'utilisation des stratégies de coping	121
Deuxième hypothèse	126
Rappel des résultats relatifs aux relations entre l'hyperphagie boulimique et les stratégies d'approche.....	127
Comparaison des résultats portant sur les relations entre le coping d'approche et l'hyperphagie boulimique.	127
Explication des résultats indiquant une absence de lien entre le coping d'approche, ses composantes et l'hyperphagie boulimique.	133
Rappel des résultats relatifs aux relations entre l'hyperphagie boulimique et les stratégies d'évitement.....	135
Comparaison des résultats portant sur les relations entre le coping d'évitement et l'hyperphagie boulimique.	135
Stratégie d'extériorisation et hyperphagie boulimique.	139
Stratégie d'intériorisation et hyperphagie boulimique.	141
Stratégie de distanciation et hyperphagie boulimique.	143

Comparaison avec les études portant sur les jeunes adultes.	145
Explications complémentaires des résultats d'hyperphagie en lien avec les stratégies d'évitement et les modèles explicatifs.	145
Troisième hypothèse	148
Rappel des résultats du coping émotionnel de Stanton en lien avec l'hyperphagie boulimique	148
Coping émotionnel de Stanton et hyperphagie boulimique	149
Discussion sur l'ensemble des résultats du coping de Stanton et de l'hyperphagie boulimique.	153
Quatrième hypothèse.....	153
Rappel des résultats relatifs aux scores d'HB en fonction de la satisfaction de l'image corporelle	154
Comparaison avec des études portant sur l'insatisfaction corporelle et l'hyperphagie boulimique.	154
Explication de la relation positive entre l'insatisfaction face à son apparence corporelle et l'hyperphagie boulimique	156
Différence de résultats en fonction du genre.....	161
Synthèse de la discussion des résultats	167
Retombées de l'étude et implications théoriques et pratiques	170
Forces et limites	171
Pistes pour les recherches futures	174
 Conclusion	 176
 Références	 180
 Appendice A. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	 210
Appendice B. Questionnaire	215
Appendice C. Certificat d'éthique de la recherche de l'UQAC.....	241
Appendice D. Lettres aux parents	247
Appendice E. Déclaration de consentement des élèves	249

Liste des tableaux

1	Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique (DSM-5, APA, 2013)	12
2	Statistiques descriptives des principales variables à l'étude.....	80
3	Comparaisons des scores moyens obtenus par les adolescents aux différentes échelles de coping d'approche et d'évitement en fonction du genre	85
4	Corrélations entre les scores d'hyperphagie boulimique en fonction des scores obtenus aux échelles de coping par les adolescents garçons et filles.....	88
5	Corrélations entre les scores d'hyperphagie boulimique et les scores de coping émotionnel obtenus par les adolescents garçons et filles	90
6	Comparaisons des scores moyens obtenus par les adolescents aux différentes échelles de coping émotionnel en fonction du genre	91
7	Comparaisons des scores d'hyperphagie boulimique en fonction de la satisfaction de l'image corporelle selon le genre	93

Remerciements

Je tiens à remercier en tout premier lieu M. Gilles Lalande, professeur au département de psychologie de l'UQAC, qui a dirigé mon projet et qui a consacré du temps tout au long de cet essai doctoral. Il a su patiemment et minutieusement orienter mes recherches et mes écrits. Merci pour la disponibilité, pour m'avoir prodigué de judicieux conseils et des pistes pertinentes pour la rédaction. Enfin, merci pour la rigueur dans les corrections, les aides techniques et les riches discussions scientifiques. Je remercie mes correctrices, Mme Claudie Émond de l'UQAC et Mme Marie-Pierre Gagnon Girouard de l'UQTR pour la lecture et la correction de mon manuscrit et pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail. Je tiens évidemment à remercier les nombreux adolescents qui ont répondu à mon questionnaire et qui ont permis la réalisation de ce projet. Je tiens à remercier aussi mes collègues et amis de l'université. Merci également à mes amis et cousins pour leur appui et leur amitié. Merci à vous d'avoir été là pour moi à des moments cruciaux, pour votre compréhension et pour avoir rendu cette période de ma vie plus agréable. Mes plus vifs remerciements vont à ma compagne de vie, Élyse, qui partage mon quotidien tout au long de ce parcours, parfois fastidieux. Pour son soutien et son amour précieux, je la remercie. Mes remerciements finaux et non les moindres vont à ma mère qui m'a soutenu au gré de ce travail et qui m'a encouragé jusqu'au bout. La réalisation de cette étude a été rendue possible, en partie, grâce à un entourage supportant. Enfin, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à tous ceux qui ont cru en ce projet qui compte pour moi.

Introduction

En 2004, environ le quart (23 %) des Canadiens de 18 ans et plus étaient obèses et plus du tiers (36 %) faisaient de l’embonpoint selon les données de l’Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2010). Selon ce même rapport constitué de données calculées à l’aide de l’indice de masse corporelle (IMC), l’excès de poids, touchant près de 60 % des adultes, s’observerait également chez les enfants et les adolescents. La prévalence des jeunes canadiens âgés de 2 à 17 ans qui souffraient d’excès de poids atteignait 26 %, un taux réparti entre l’embonpoint et l’obésité qui représentent respectivement 18 % et 8 %. Plus récemment, selon l’Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), près du tiers (31,5 %) des jeunes de 5 à 17 ans, soit environ 1,6 million de jeunes, étaient classés comme faisant de l’embonpoint (19,8 %) ou comme étant obèses (11,7 %) (Statistique Canada, 2012). Ainsi, depuis les vingt-cinq dernières années, la proportion d’enfants et d’adolescents canadiens qui présentent de l’embonpoint ou qui sont obèses a augmenté considérablement avec un taux combiné qui a plus que doublé et un taux d’obésité qui a triplé.

Au Québec, le pourcentage de personnes obèses ou faisant de l’embonpoint a atteint 23 % auprès des 2 à 17 ans. Cette tendance à la hausse de l’obésité, si frappante au Canada, reflète une tendance mondiale qui touche tant les pays industrialisés que les pays en développement (OMS; Organisation mondiale de la santé, 2000). Il s’agit d’un constat préoccupant en raison de l’accroissement de la prévalence et de la sévérité des

problèmes associés à l'obésité, car l'excès de poids qui se manifeste à l'adolescence persiste souvent à l'âge adulte en plus du risque accru de présenter une multitude de problèmes de santé.

Selon diverses publications (p. ex, le rapport de l'OMS, 2003; Statistique Canada, 2012), il est reconnu que l'obésité accroît le risque associé à plusieurs maladies chroniques, dont le diabète de type II, l'hypertension, les maladies de la vésicule biliaire, les coronopathies, l'arthrose et différents types de cancer. S'ajoutent également à ces risques pour la santé ceux associés aux discriminations et aux préjugés manifestés envers les personnes obèses qui occasionnent des conséquences psychologiques importantes, par exemple, un appauvrissement de l'estime de soi ainsi qu'une détresse émotionnelle importante.

Bien que l'obésité ne soit pas une psychopathologie ni un trouble des conduites alimentaires (TCA), il existe un sous-groupe parmi la population obèse qui satisfait aux critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique (HB) (*Binge eating disorder*) et qui présente fréquemment des crises de boulimie¹. Le tableau symptomatique que recouvre ce sous-groupe est reconnu dans la pratique clinique et il est désormais inclus officiellement en tant que diagnostic dans la section des TCA de la récente édition du

¹ Bien que la plupart des personnes souffrant d'obésité ne présentent pas d'HB, jusqu'à 2/3 des personnes atteintes d'HB sont obèses et peuvent avoir des difficultés médicales associées à cette condition (APA, 2013).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)² de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 2013). Actuellement, le corpus de connaissances limité autour de cette problématique qu'est l'HB soutient l'intérêt et le besoin de réaliser des études afin d'approfondir ce domaine de recherche. Seules de rares études ont porté sur l'HB auprès des adolescents. Contrairement aux autres TCA mieux connus à ce jour, aucune étude n'a été publiée sur le sujet auprès de la population québécoise.

De plus en plus d'études, dont plusieurs écrits scientifiques recensés par Ball et Lee (2002), démontrent que le stress est un facteur reconnu dans le développement des troubles du comportement alimentaire³. Par exemple, plusieurs chercheurs ont repéré que les femmes qui présentent un trouble du comportement alimentaire manifestent, tant au début de leur trouble que lorsqu'elles consultent en clinique, un niveau élevé de stress (Schmidt, Tiller, Andrews, Blanchard, & Treasure, 1997; Soukup, Beiler, & Terrel, 1990; Troop, Holbrey, & Treasure, 1998; Troop & Treasure, 1997; Welch, Doll, & Fairburn et al., 1997). Puisque le coping est un aspect important dans la gestion du stress (Folkman & Lazarus, 1986), plusieurs études ont également examiné les liens entre le coping⁴ et les troubles de la conduite alimentaire³, démontrant ainsi que les personnes qui présentent un TCA s'adaptent différemment aux problèmes comparativement à leurs homologues sans TCA (p. ex., Soukup et al., 1990; Troop et al., 1998). Il a aussi été

² Le DSM est le manuel utilisé par les cliniciens et les chercheurs pour diagnostiquer et classer les troubles mentaux. L'American Psychiatric Association (APA) a publié le DSM-5 en 2013.

³ Les termes « troubles de la conduite alimentaire » et « trouble du comportement alimentaire » seront utilisés indistinctement tout au long de ce document.

⁴ Le coping réfère aux stratégies d'ajustement. Il s'agit de l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu.

suggéré dans certains écrits scientifiques que le comportement alimentaire, en soi, peut avoir une valeur fonctionnelle pour faire face au stress. Par exemple, la boulimie pourrait, selon certains chercheurs, alléger temporairement les états émotionnels résultant du stress (Ball & Lee, 2000; Freeman & Gil, 2004). Bien qu'il existe plusieurs études qui s'intéressent à la relation entre le coping et les troubles du comportement alimentaire plus connus tels que la boulimie (BN) et l'anorexie (AN), il y en a peu qui examinent les liens entre le coping et l'HB. Encore moins nombreuses sont les études sur l'hyperphagie boulimique qui se sont intéressées à une population adolescente et qui ont mis en lien ce trouble avec différentes stratégies de coping. Considérant que les différences de genre de l'HB sont moins prononcées que pour les autres TCA, il apparaît pertinent de vérifier si des ratios similaires se retrouvent aussi auprès d'une population adolescente souffrant d'HB. De plus, même si la satisfaction face à l'image corporelle n'est pas un critère diagnostique de l'HB (APA, 2013), le concept de surévaluation de la forme corporelle et du poids (*overvaluation*) a toujours tenu une place importante dans les données cliniques associées aux TCA (Fairburn & Harrison, 2003).

La présente étude se propose d'évaluer la prévalence de l'HB dans un échantillon d'adolescents québécois(es) et ses liens avec le coping, le genre et l'image corporelle. Cet essai est divisé en quatre parties. La première partie, que constitue le contexte théorique, permet de comprendre la problématique à l'étude, l'HB, les variables retenues et présente une recension des écrits sur le sujet. La seconde partie expose la méthode utilisée pour réaliser l'étude auprès d'un échantillon d'adolescents fréquentant une école

secondaire de la région de Saguenay. Dans la troisième partie, sont présentés l'analyse des données et les résultats en lien avec les objectifs, les questions et les hypothèses de recherche. Enfin, la quatrième partie, la discussion, permet d'interpréter les résultats obtenus en fonction des questions et des hypothèses de recherche et de formuler les principales conclusions de l'étude.

Contexte théorique

La première partie du contexte théorique offre d'abord un portrait de l'hyperphagie boulimique (HB). Par la suite seront abordés la prévalence, les facteurs associés et l'évaluation de l'HB. Les autres variables retenues dans l'étude seront abordées ultérieurement. Plus précisément, il s'agit des variables du coping (coping d'approche et d'évitement et le coping émotionnel de Stanton) ainsi que la satisfaction liée à l'image corporelle. Suivra une recension des données théoriques et empiriques mettant en lien les variables étudiées, particulièrement le coping et l'HB. À la fin de ce chapitre sont précisés les objectifs poursuivis, les questions et les hypothèses de l'étude.

Hyperphagie boulimique

Définition de l'hyperphagie boulimique

À l'instar des autres troubles des conduites alimentaires (TCA), l'HB est caractérisée par l'entretien d'un rapport malsain avec la nourriture. Bien que le comportement hyperphagique soit cliniquement observé chez les personnes obèses depuis plusieurs décennies (Stunkard, 1959), son origine est récente en tant que catégorie diagnostique distincte des principaux troubles de la conduite alimentaire tels que la boulimie et l'anorexie mentale. À l'époque, Stunkard reconnaissait la « crise d'hyperphagie⁵ » par sa qualité orgiaque et par la prise d'énormes quantités de nourriture dans une période de temps relativement courte. Les individus qui souffraient de ce

⁵ Les termes « crise d'hyperphagie », « crise de boulimie » ou « frénésie alimentaire » seront utilisés indistinctement tout au long du document. Il s'agit d'une traduction française du terme « *binge* ».

trouble de suralimentation ou de compulsion alimentaire, actuellement identifié sous le nom d'hyperphagie boulimique (HB), associaient fréquemment ces épisodes de crise boulimique à des événements déclencheurs et qui eux étaient régulièrement suivis d'un sévère inconfort et de sentiments désagréables. L'étymologie latine du mot « hyperphagie » signifie « trop » (hyper) « manger » (phagie).

Depuis le milieu des années quatre-vingt, la communauté scientifique s'est intéressée à l'HB qui était jusqu'alors reconnue comme un sous-ensemble de la boulimie nerveuse (BN). La documentation scientifique et la pratique clinique ont progressivement permis d'identifier l'HB comme un trouble distinct de la BN. Jusqu'à récemment, l'HB se retrouvait dans la dernière édition révisée du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, 2000)⁶, à la fois dans la section des troubles des conduites alimentaires non spécifiés et dans l'annexe B en tant que diagnostic méritant une étude plus approfondie et pour lequel un ensemble de critères provisoires a été créé. D'ailleurs, il était recommandé qu'il soit formellement inclus comme un trouble dans le DSM-5 (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009). Le rationnel de la recommandation d'inclusion de l'hyperphagie boulimique (HB) était fondé sur un examen exhaustif des écrits scientifiques. Néanmoins, l'HB ne figure pas parmi les catégories diagnostiques dans la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10; Organisation mondiale de la santé,

⁶ Il s'avère que plusieurs écrits scientifiques rapportés dans le présent document utilisaient les critères diagnostiques d'hyperphagie boulimique proposés dans le DSM-IV-TR (p. ex., fréquence des crises de boulimie au moins deux fois par semaine et qui persiste au moins 6 mois).

1993). Depuis la sortie du DSM-5, l'HB est officiellement reconnue comme un trouble alimentaire à part entière.

De tous les TCA, l'HB est le trouble du comportement alimentaire qui présente la plus grande prévalence dans la population générale (Swanson, Crow, LeGrange, Swendsen, & Merikangas, 2011). À l'instar des autres TCA, l'HB est associée à certains mécanismes d'adaptation et à plusieurs difficultés personnelles ou psychologiques, notamment l'anxiété, l'abus de substances et la dépression (Grilo, White, & Masheb, 2012).

Actuellement, bien que la crise boulimique constitue l'élément fondamental retrouvé dans le diagnostic de boulimie nerveuse (BN), elle est aussi un concept central de l'HB. Toutefois, dans l'HB, la crise ne doit pas être suivie de comportements compensatoires inappropriés ou de contrôle du poids.

Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique. L'HB est une catégorie diagnostique proposée dans la section *Feeding and Eating Disorders* du DSM-5 (APA, 2013). Spécifiquement, l'HB y est définie par l'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture lors d'une seule occasion, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle.

Les critères diagnostiques de l'HB selon le DSM-5 (APA, 2013) sont présentés au Tableau 1. Les individus avec HB présentent des épisodes de crises boulimiques au moins une fois par semaine sur une période de trois mois. Ces crises alimentaires doivent être associées à au moins trois des critères suivants : a) manger plus rapidement que d'habitude, b) manger jusqu'à ressentir de l'inconfort physique, c) manger une grande quantité de nourriture même sans avoir faim, d) manger souvent seul à cause de l'embarras associé à la nourriture et e) vivre des sentiments de dégoût, de culpabilité et de déprime après une orgie alimentaire. Les crises alimentaires causent une détresse marquée et ne sont pas compensées par des comportements inappropriés tels que faire des purges, des jeûnes ou de l'exercice physique excessif. La sévérité de l'HB est essentiellement basée sur la fréquence des crises d'hyperphagie : de légère (1-3 épisodes/semaine) à extrême (14 épisodes ou plus par semaine). Toutefois, le niveau de sévérité de l'HB peut être augmenté pour refléter d'autres symptômes et le degré du handicap fonctionnel (p. ex., de la comorbidité).

Validité et fidélité du diagnostic d'hyperphagie boulimique. Les débats sur la validité du diagnostic d'HB ont contribué au développement de modèles dimensionnels (continuum du comportement normal-pathologique) et de modèles catégoriels (p. ex., le DSM ou la CIM) pour représenter l'entière du spectre des troubles du comportement alimentaire. Des analyses statistiques taxonomiques (Williamson, Gleaves, & Stewart, 2005) ont fourni la preuve que des sujets souffrant d'HB sont qualitativement différents des gens au poids normal et de sujets obèses sans HB.

Tableau 1
Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique (DSM-5, APA, 2013)

A. Épisodes récurrents de crises de boulimie. Un épisode de boulimie se caractérise par les deux éléments suivants: 1. L'absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances; 2. Le sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de peur de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
B. Les épisodes d'hyperphagie boulimique sont associés à trois (ou plus) des manifestations suivantes: 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale; 2. Manger jusqu'à l'apparition de sensations de distension abdominale inconfortable; 3. Manger de grandes quantités de nourriture sans sensation physique de faim; 4. Manger en solitaire afin de cacher aux autres la gêne et les quantités ingérées; 5. Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de grande culpabilité après avoir mangé.
C. Détresse importante en ce qui concerne l'hyperphagie boulimique.
D. Les crises de boulimie se produisent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
E. Le comportement hyperphagique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés et ne survient pas au cours d'une Anorexie mentale ou d'une Boulimie.
Spécifier si: - En rémission partielle: Après que les critères complets de l'hyperphagie boulimique aient déjà été rencontrés, l'hyperphagie boulimique se produit à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pour une période de temps prolongée. - En rémission complète: Après que les critères complets pour l'hyperphagie aient déjà été satisfaits, aucun des critères n'est rencontré pour une période de temps prolongée.
Spécifiez la sévérité actuelle: - Le niveau minimum de gravité est basé sur la fréquence des épisodes d'hyperphagie boulimique (voir ci-dessous). Le niveau de gravité peut être révisé pour tenir compte d'autres symptômes et du degré d'incapacité fonctionnelle. - Léger : 1-3 épisodes d'hyperphagie boulimique par semaine. - Modéré: 4-7 épisodes d'hyperphagie boulimique par semaine. - Sévère: 8-13 épisodes d'hyperphagie boulimique par semaine. - Extrême: 14 ou plus épisodes d'hyperphagie boulimique par semaine.

L'HB est différente d'une suralimentation occasionnelle (de Zwaan et al., 1994; Striegel-Moore et al., 1998) et son niveau de psychopathologie est comparable aux autres TCA (Masheb & Grilo, 2000; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 2000). De plus, les outils d'évaluation diagnostique disponibles offrent une fidélité suffisante pour établir le diagnostic d'HB (Brody et al, 1994; Nangle, Johnson, Carr-Nangle, & Engler, 1994). Par conséquent, les résultats de ces études scientifiques permettent de considérer que l'HB se conforme aux exigences minimales de fidélité qui requièrent que différents évaluateurs parviennent au même diagnostic même si les mesures sont prises à des temps différents.

Quelques critiques ont été manifestées à l'endroit de l'HB en tant que diagnostic. Wilfley, Wilson et Agras (2003) ont démontré que le manque de traitement exclusif pour l'HB et le fait qu'elle réponde à une variété de traitements non spécifiques, ou même que la rémission soit spontanée, constituent une critique importante du diagnostic. Devlin, Goldfein et Dobrow (2003) soulèvent la possibilité que l'accent mis sur la crise d'HB comme étant la caractéristique centrale d'HB ainsi que la cible principale du traitement puisse ne pas être justifié.

D'ailleurs, la distinction entre la nature subjective et objective de la crise d'HB est objet de controverse dans les écrits scientifiques, tant chez les adultes (Beglin & Fairburn, 1992; Telch, Pratt, & Niego, 1998), les adolescents (Binford, Le Grange, & Jellar, 2005) que les enfants (Marcus & Kalarchian, 2003; Morgan et al., 2002;

Tanofsky-Kraff, Faden, Yanovski, Wilfley, & Yanovski, 2005; Tanofsky-Kraff et al., 2004). En effet, certains chercheurs (p. ex., Beglin & Fairburn, 1992; Telch, Pratt, & Niego, 1998) soutiennent que le sentiment de perte de contrôle associé à la crise pourrait être plus représentatif que la quantité de nourriture ingérée.

En somme, malgré la présence de divergences rapportées dans les écrits scientifiques, des données probantes soutiennent la position de l'HB comme une catégorie diagnostique distincte des autres TCA dans la présente édition du DSM (APA, 2013).

Distinctions entre l'hyperphagie boulimique et les autres troubles du comportement alimentaire. Les paragraphes qui suivent recensent les différences entre l'HB et les autres TCA. Par exemple, bien que les TCA soient typiquement des diagnostics qui concernent davantage les femmes, les différences attribuables au genre sont moins prononcées chez les gens souffrant d'hyperphagie boulimique.

Une autre distinction entre l'HB et les autres TCA est le fait que les crises de boulimie récurrentes n'entraînent pas de comportement compensatoire dans le cas de l'HB. C'est là la principale distinction entre l'HB de la BN. À titre d'exemples, dans l'HB, il n'y a pas d'utilisation de médicaments laxatifs, de médicaments amaigrissants (anorexigènes), de diurétiques, ou d'hormones thyroïdiennes, ou encore de

comportements tels qu'une hyperactivité sportive ou de vomissement provoqué. L'absence de ces comportements compensatoires est requise pour le diagnostic d'HB.

D'ailleurs, l'absence de ces comportements compensatoires expliquerait, en partie, une surcharge pondérale plus fréquente, concomitante chez les individus souffrant d'HB. Dans le DSM-5, le diagnostic différentiel entre la BN et l'HB se résume à : 1) l'absence de comportements compensatoires pour l'HB ; 2) une tendance (bien que moins marquée) à la restriction alimentaire ou à la diète (visant à modifier l'apparence corporelle et le poids) entre les épisodes d'HB ; 3) une meilleure réponse au traitement ; 4) un taux de rémission plus élevé pour les individus avec HB. Striegel-Moore et ses collègues (2001) soulignent que malgré que la crise boulimique soit identique pour l'HB et la BN, des différences existent en ce qui concerne leur pathogenèse respective.

Hyperphagie boulimique et image corporelle. Fairburn (1997) a indiqué que les préoccupations concernant l'apparence physique et le poids sont des caractéristiques communes à l'ensemble des TCA. Une distinction importante entre l'HB, l'AN et la BN est que seul le diagnostic d'HB ne présente pas de critère relié à l'image corporelle (APA, 2013). Le concept de surévaluation de la forme corporelle et du poids (*overvaluation*) a toujours tenu une place importante dans les données cliniques associées aux TCA (Fairburn & Harrison, 2003).

Une étude récente portant sur la surévaluation de l'apparence physique et du poids chez 399 patients avec HB (Hrabosky, Masheb, White, & Grilo, 2007) a révélé que la surévaluation de la forme corporelle/poids est fortement associée à des mesures d'alimentation pathologique. La conclusion de cette recherche indique que la surévaluation de la forme corporelle et du poids mériterait d'être une caractéristique incluse dans les critères diagnostiques de l'HB.

Selon plusieurs chercheurs (Grilo, 2012; Grilo, Hrabosky, White, Allison, Stunkard, & Masheb, 2008), la présence de la surévaluation de la forme corporelle/poids dans l'HB permettrait d'obtenir des informations importantes sur les différences individuelles, sur la sévérité et le pronostic du TCA. La surévaluation de l'apparence et du poids serait un marqueur de sévérité dans l'HB⁷. Par conséquent, ils recommandent aussi que cette caractéristique liée à l'image corporelle soit aussi incluse parmi les spécificateurs, pour préserver l'idée que c'est un sous-groupe plus sévère de l'HB, à l'instar des deux autres principaux TCA. Plusieurs études (Grilo, 2012; Grilo et al., 2008; Masheb & Grilo, 2000; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 2000; Wilfley, Friedman, Dounchis, Stein, Welch, & Ball, 2000) soutiennent que les patients avec HB sont comparables à ceux atteints de BN ou d'AN quant à leur préoccupation concernant leur apparence physique et leur poids. Une étude réalisée auprès de jeunes filles canadiennes va d'ailleurs dans le même sens (Puhl & Latner, 2007). Toutefois, les

⁷ Un des problèmes avec ce critère, c'est que comme les personnes avec HB sont souvent en surpoids, il est difficile de départager ce qui est une distorsion cognitive concernant l'image corporelle et la détresse affective qui provient d'un écart réel entre l'idéal de minceur et leur corps actuel et des préjugés reliés au poids.

préoccupations concernant l'apparence corporelle et le poids sont communément admises parmi les précurseurs des crises d'HB, mais elles ne comptent pas parmi les critères diagnostiques formels de l'HB.

En somme, l'insatisfaction de l'image corporelle et les préoccupations concernant la silhouette corporelle et le poids constituent vraisemblablement des éléments importants dans l'HB. D'ailleurs, la présente étude a retenu comme objectif de vérifier si la surévaluation du poids et l'insatisfaction corporelle sont reliées à l'HB chez les adolescents. Ainsi, une partie ciblant spécifiquement cette variable (l'image corporelle) est proposée plus loin dans le contexte théorique.

Apparition des comportements hyperphagiques. Les études cliniques indiquent que les crises de boulimie de l'HB surviennent généralement lors de l'adolescence tardive (Mussell et al., 1995; Kessler et al., 2013) ou dans le début de la vingtaine (Spitzer et al., 1993; Kessler et al., 2013). La recension d'écrits présentée ci-dessous permet de penser qu'il existerait deux groupes distincts d'individus atteints d'HB, en fonction de la survenue des premiers comportements hyperphagiques et du début des comportements de restriction alimentaire.

Concernant le premier groupe, l'apparition des comportements hyperphagiques survient après les premiers régimes alimentaires, ce qui se manifeste de la même manière que chez la plupart des individus souffrant de BN (Bulik, Sullivan, Carter, &

Joyce, 1997; Haiman & Devlin, 1999). Pour le deuxième groupe, les comportements alimentaires hyperphagiques apparaissent avant le début des diètes (Abbott et al., 1998; Grilo & Masheb, 2000; Marcus, Moulton, & Greeno, 1995; Spurrell, Wilfley, Tanofsky, & Brownell, 1997). Les données de plusieurs études montrent clairement que les individus qui ont signalé précocement (11-13 ans) l'apparition des crises de boulimie ont réuni à un âge plus précoce les critères diagnostiques de l'HB (Abbot et al., 1998 ; Grilo & Masheb, 2000) et qu'ils laissent voir des difficultés psychiatriques plus importantes que les individus ayant un début plus tardif d'apparition de symptômes (Spurrell et al., 1997). Généralement, il est démontré que pour 90 % des filles, les problèmes d'ordre alimentaire ont commencé pendant leurs années d'études secondaires ou supérieures (Schwitzer & Rodriguez, 2002).

En somme, comme les TCA apparaissent généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, notamment des crises d'hyperphagie, il apparaît pertinent d'étudier la prévalence de l'HB auprès de cette population.

Comportements hyperphagiques sans troubles du comportement alimentaire.

Certains individus, ne répondant pas aux critères complets pour satisfaire à un diagnostic de TCA, peuvent présenter des comportements hyperphagiques. Il est notoire que la survenue des crises de boulimie dans la population est fréquente et pénible (Chamay-Weber, Narring, & Michaud, 2005). Ces chercheurs indiquent qu'un nombre considérable d'adolescents souffrent d'une forme partielle ou atypique d'un TCA

pouvant entraîner des conséquences sévères sur les plans psychologiques et physiques. Johnson, Cohen, Kasen et Brook (2002) précisent qu'il s'agit souvent de formes prodromiques (c.-à-d., un ensemble de symptômes avant-coureurs) ou même des formes résolutes (c.-à-d., atténuées ou en rémission). Ils ont démontré que l'existence de ces formes atténuées de TCA à l'adolescence est un facteur de risque important de développer d'autres troubles alimentaires à l'âge adulte.

Prévalence de l'hyperphagie boulimique

Population générale. Selon Hudson, Hiripi, Pope et Kessler (2007), la prévalence de l'HB calculée sur les douze derniers mois auprès des adultes qui vivent aux États-Unis atteint respectivement pour les hommes et les femmes, 0,8 % et 1,6 %. Généralement, les études démontrent que l'HB est plus fréquente que l'AN et la BN, avec une prévalence estimée à environ 2 % dans la population générale (Basdevant, Pouillon, Lahlou, Le-Barzic, & Guy-Grand, 1995; Cortufo, Barretta, & Monteleone, 1997; Favaro, Ferrara, & Santonastaso, 2003; French, Jeffery, Sherwood, & Neumark-Sztainerl., 1999; Hay, 1998; Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, & Schreiner, 1998; Spitzer et al., 1992; 1993; Striegel-Moore & Franko., 2003; Wade, Bergin, Tiggemann, Bulik, & Fairburn, 2006; Westenhöfer, 2001). Widiger et ses collègues (1998) ont indiqué que l'HB est de deux à trois fois plus fréquente que la BN. Ces résultats de recherche, provenant principalement d'Australie et d'Allemagne, vont dans le même sens que les informations retrouvées dans le DSM-5.

De plus, à partir d'échantillons provenant des États-Unis et du Canada, des chercheurs ont constaté que la prévalence de l'HB (2,6 %) est supérieure à celle de la BN (1,2 %) dans la population générale (Spitzer et al., 1992; 1993). Certaines recherches rapportent même que la prévalence du trouble d'HB est d'au moins 4 % chez les jeunes femmes adultes (Beglin, 1990; Fairburn & Beglin, 1990).

Des résultats comparables, soit un taux de prévalence d'environ 2 %, ont été retrouvés dans une autre étude comprenant à la fois des hommes et des femmes (âge moyen = 34 ans) par Spitzer et ses collègues (1992). Dans une étude subséquente, Spitzer et ses collègues (1993) ont constaté que 4,6 % des sujets d'une population non clinique ($n = 214$) ont satisfait les critères du DSM-IV de l'HB. Deux études basées sur des enquêtes-interviews téléphoniques effectuées auprès de populations adultes autrichiennes (Kinzl, Traweiger, Trefalt, Mangweth, & Biebl, 1999a; 1999b) laissent voir une prévalence de l'HB estimée à 3,3 % chez les femmes et à 0,8 % chez les hommes.

Une étude épidémiologique plus récente portant sur la prévalence et les corrélats de l'HB réalisée auprès de 910 participants recrutés aléatoirement dans la région métropolitaine de St-Louis au Missouri, rapporte des résultats différents et plus élevés concernant la prévalence du trouble. En effet, l'enquête effectuée par les auteurs de cette étude (Grucza, Przybeck, & Cloninger, 2007) indique un dépistage positif de l'HB beaucoup plus élevé auprès de 6,6 % des participants. En somme, on peut conclure que

la prévalence de l'HB dans la population générale occidentale se situerait entre 2 % et 7 %.

Prévalence dans les pays industrialisés. L'HB se produit avec des fréquences à peu près similaires dans la plupart des pays industrialisés, dont les États-Unis, le Canada, de nombreux pays européens, l'Australie et la Nouvelle-Zélande (Bruce & Agras, 1992; Marques et al. 2011 ; Striegel-Moore et Bulik, 2007; Striegel-Moore & Franko, 2003).

Prévalence chez les adolescents. La crise de crise de boulimie/compulsion alimentaire en général, sans égard au diagnostic, est un comportement alimentaire relativement fréquent chez les adolescents. Bien que la fréquence rapportée varie selon les études, la prévalence des crises d'HB est généralement importante. Des recherches indiquent qu'approximativement de 16 % à 19 % des élèves féminins et de 6 % à 7 % des élèves masculins rapportent s'engager régulièrement dans des crises boulimiques (Heatherton, Nichols, Mahamedi, & Keel, 1995; Lynch, Everingham, Dubitzky, Hartman, & Kasser, 2000). En France, dans une enquête effectuée auprès de 795 jeunes adultes âgés de 18 à 19 ans (345 garçons et 450 filles), les chercheurs notaient que 7 % d'entre eux rapportaient des épisodes répétés d'hyperphagie durant les 12 derniers mois (Ledoux, Choquet, & Flament, 1991). De plus, de ce nombre, près du tiers des participants de cette étude présentaient des préoccupations corporelles.

Un grand nombre d'études (p. ex., Ackard et al. 2003; Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez, 2008; Tomori & Rus-Makovec, 2000) montrent que les crises d'HB semblent être assez répandues chez les adolescents provenant d'échantillons non cliniques, bien que les taux obtenus dans les différentes études varient en fonction de la méthode d'évaluation utilisée, s'étendant de taux aussi bas que 5,15% dans l'étude de Ackard et al. (2003), à des taux plus élevés tels que 47,51% des adolescents dans l'étude de Tomori et Rus-Makovec (2000).

Dans une autre étude réalisée auprès d'un échantillon scolaire constitué de 4 746 adolescents et jeunes adultes américains, 3,1 % des filles et 0,9 % des garçons ont rempli tous les critères diagnostiques de l'HB du DSM-IV (Ackard, Neumark-Stainer, Store, & Perry, 2003). Ces résultats suggèrent globalement que l'HB se retrouve de façon significative non seulement chez les jeunes adultes, mais également chez les adolescents. Ces auteurs soulignent que d'autres études effectuées auprès de cette population ont obtenu une prévalence beaucoup plus importante (entre 14 % et 22 %) en utilisant des mesures moins restrictives au lieu de l'ensemble des critères diagnostiques stricts du DSM-IV.

Bien que l'HB débute généralement durant l'adolescence tardive (Mussell et al., 1995) ou dans le début de la vingtaine (Spitzer et al., 1993), certains chercheurs indiquent que la prévalence augmente avec l'âge (Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2003; Field, Colditz, & Peterson, 1997). Johnson, Rohan, et Kirk (2002), pour

leur part, ont obtenu une prévalence du trouble d'HB de 1 % auprès d'un échantillon constitué de 822 étudiants âgés de 10 à 19 ans, à l'aide du *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Adolescent version* (QEWPA; Johnson, Grieve, Adams, & Sandy, 1999). Toutefois, la crise d'HB a été observée auprès de 18 % à 26 % des adolescents de l'échantillon.

Plus récemment, Morris (2008), avec un échantillon de 119 adolescents provenant d'un milieu hospitalier et d'un milieu scolaire, a rapporté une prévalence de « *binge* » chez 17,3 % des participants à l'étude à l'aide de l'*Emotional Binge eating Questionnaire* (EBQ). Aucune différence significative n'a été retrouvée en ce qui concerne l'âge, le genre, l'IMC, et l'ethnie.

Une étude encore plus récente (Swanson et al., 2011) réalisée dans le cadre d'une enquête nationale américaine sur la comorbidité chez les adolescents de 13 à 18 ans ($n = 10\,123$) a évalué la prévalence et les corrélats des TCA chez les adolescents. Pour l'HB, la prévalence s'élève à 1,6 % tandis que la prévalence pour l'hyperphagie boulimique subsyndromique⁸ (S-HB) (*subthreshold Binge eating disorder*) atteint 2,5 %. Rappelons que les critères officiels du DSM-5 se rapprochent étroitement des critères proposés pour la S-HB (c.-à-d., la fréquence d'une seule crise par semaine et présence de crises depuis trois mois).

⁸ C'est-à-dire ne répondant pas strictement aux critères définis d'HB.

Dans l'étude de Napolitano et Himes (2011), la prévalence de l'HB était de 8,4 %, mais 44 % de l'échantillon d'adolescentes rapportaient des crises d'HB sévères, à partir du *BES (Binge eating Scale)*. Ces taux de prévalence sont relativement comparables à ceux retrouvés dans d'autres études portant sur les adolescents en surcharge pondérale et en traitement : p. ex., 6,3 % à partir de l'EDE (Glasofer et al., 2007); 38,1 %, à partir du QEWP-R, sans considérer la perte de contrôle et la détresse associée (Ivezaj et al., 2010). En incluant les formes subsyndromiques et la perception du problème de surpoids à partir du *Weight Problem Perception (WPP)*, des taux de prévalence allant de 5 % à 43 % sont retrouvés (Saules et al., 2009). Selon des études moins récentes, la prévalence des comportements hyperphagiques auprès des adolescents montre des taux aussi élevés que 46 % pour les filles et de 30 % pour les garçons (Ross & Ivis, 1999; Story, French, Resnick, & Blum, 1995).

Estimer le taux de prévalence de l'HB auprès des adolescents s'avère complexe. Par exemple, quelques chercheurs suggèrent que les comportements de restriction alimentaire sont plus difficilement observables chez les adolescents au début de l'apparition de l'HB. Pour diverses raisons, plusieurs chercheurs pensent qu'il est approprié d'utiliser des critères diagnostiques plus larges et plus flexibles qui prendraient en compte les aspects développementaux appropriés pour dépister les TCA chez les adolescents (Delacuwe, Braet, & Fairburn, 2002; Marcus & Kalarchian, 2003; Nicholls, Xharter, & Lask, 2000). Marcus et Kallarchian (2003) soutiennent que les TCA se présentent souvent différemment chez les enfants et chez les adultes. De plus,

ces derniers rapportent qu'il n'est pas évident que les enfants et les adolescents comprennent et estiment adéquatement leurs comportements alimentaires.

À notre connaissance, il n'y a aucune donnée sur la prévalence de l'hyperphagie boulimique dans la population générale des adolescents au Québec, d'où l'importance d'entreprendre cette recherche. Il est à noter que l'adolescence est une période importante dans le développement des habitudes alimentaires, surtout qu'environ 90 % des problèmes d'ordre alimentaire commencent pendant les années d'études secondaires ou supérieures (Schwitzer & Rodriguez, 2002). Ainsi, il apparaît pertinent que la présente étude s'intéresse à la prévalence de l'HB chez des adolescents.

Variables associées à l'hyperphagie boulimique.

Les prochains paragraphes traiteront de variables à l'étude associées à l'hyperphagie boulimique, notamment le genre et l'image corporelle.

Genre et hyperphagie boulimique. Tel qu'indiqué précédemment, une distinction importante entre l'HB et les autres TCA renvoie aux différences observées en fonction du genre. Contrairement à la BN et à l'AN, il est estimé que les femmes ont seulement 1,5 fois plus de probabilité de recevoir un diagnostic d'HB que les hommes (Spitzer et al., 1992; 1993; Wilson, Nonas, & Rosenblum, 1993; APA, 2000), ce qui diffère significativement des différences de genre retrouvées dans les autres TCA. Certains chercheurs rapportent même que la prévalence de l'HB est similaire chez

l'homme et la femme (Mazzeo, Saunders, & Mitchell, 2006; Stiegel-Moore & Franko, 2003; Anderson, 2003; Croll, Neumark-Sztarner, Story, & Ireland, 2002).

Récemment, Hudson et ses collègues (2007) ont obtenu des résultats de prévalence à vie de l'HB qui atteignaient 3,5 % chez les femmes et 2 % chez les hommes. Certains chercheurs indiquent que la sévérité de l'HB est généralement plus élevée chez la femme que chez l'homme (Reichborn-Kjennerud et al., 2003). Une explication proposée est que les hommes seraient moins susceptibles que les femmes de signaler une détresse associée aux crises d'HB, un critère requis pour le diagnostic (Lewinsohn, Seeley, Moerk, & Striegel-Moore, 2002). Ceci suggère que, même si les hommes étaient aussi susceptibles que les femmes de s'engager dans des crises d'HB récurrentes, il est moins probable qu'ils puissent satisfaire entièrement aux critères diagnostiques de l'HB. De plus, des chercheurs ont rapporté que les hommes avec HB sont moins enclins à demander de l'aide et qu'ils sont moins bien représentés que les femmes dans les études portant sur l'HB (Striegel, Bedrosian, Wang & Schwartz, 2012).

D'ailleurs, Striegel-Moore et ses collègues (2012) ont indiqué que les résultats des études de prévalence portant sur la disparité de genre de ce TCA varient en fonction des symptômes visés ou retenus par les chercheurs (p. ex., la perte de contrôle associée à l'hyperphagie, la fréquence des crises, etc.). Par exemple, plus de femmes que d'hommes indiquent qu'ils ressentent davantage de perte de contrôle sur leur

suralimentation ou de difficulté à contrôler la quantité de nourriture absorbée, mais plus d'hommes rapportent se suralimenter (Striegel-Moore et al., 2009).

Quelques études se sont concentrées sur d'autres différences relatives au genre chez les sujets avec HB (Lewinsohn et al., 2002; Striegel-Moore et al., 1998; Tanofsky-Kraff, Wilfley, Spurrell, Welch, & Brownell, 1997). Ces études attestent que les hommes sont moins enclins à rapporter de la détresse suite aux épisodes hyperphagiques tandis que les femmes vivent plus de difficultés que les hommes face à l'insatisfaction de leur image corporelle et à l'impératif de la minceur en plus d'être plus sujettes à manger en réaction à des émotions négatives.

En somme, la disparité de genre de l'HB est moins prononcée que pour les autres TCA. Plusieurs études signalent que les femmes rapportent plus de détresse associée à l'HB, ce qui pourrait avoir comme effet qu'elles rencontrent davantage les critères d'HB. Ainsi, il semble pertinent de vérifier si des ratios similaires, relativement au genre et à la détresse associée, se retrouvent aussi auprès d'une population adolescente souffrant d'HB.

Image corporelle, poids, satisfaction corporelle et autres facteurs associés.

Plusieurs facteurs de risque sont associés aux crises boulimiques : une humeur dépressive, le stress, une préoccupation excessive pour l'image du corps, de l'anxiété, de l'hostilité, de l'ennui et de la restriction alimentaire. Parmi ces facteurs, les

préoccupations entourant le poids et l'image corporelle ont été démontrées être liées (Grabe & Hyde, 2006; Thompson & Stice, 2001; Tiggemann & McGill, 2004). De plus, l'insatisfaction corporelle est liée à des symptômes d'HB (Antony, Johnson, Carr-Nangle & Abel, 1994; Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale, & Rothschild, 2005) en plus d'être prédictive de ces comportements (Johnson & Wardle, 2005; Stice & Shaw, 2002 ; Womble et al., 2001).

En somme, bien que de nombreux facteurs de risques de l'HB soient identifiés (Stice, 2002), les données les plus consistantes proviennent essentiellement des variables suivantes : la pression perçue à la minceur et la poursuite de la minceur idéale, les préoccupations et l'insatisfaction corporelles, les diètes, l'affect négatif et l'usage de substances (Stice, 2002; Killen et al., 1994; 1996; Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000; Patton, Selzer, Coffe, Carline & Wolfe, 1999).

Rappelons que l'HB ne présente pas de critère formel lié à l'apparence corporelle. Toutefois, plusieurs écrits scientifiques indiquent que les préoccupations reliées à l'image corporelle sont centrales dans le développement des TCA en général (p. ex., Stice, Presnell & Spangler, 2002; Striegel-Moore, 1993), et plus spécifiquement dans l'HB (p. ex., Hrabosky, Masheb, & Grilo, 2007 ; Masheb & Grilo, 2003).

Par ailleurs, pour bien comprendre les manifestations de l'HB, dont les crises boulimiques et les liens avec d'autres variables à l'étude (p. ex., les stratégies de coping

et la satisfaction corporelle), il est pertinent de présenter certains modèles explicatifs de la crise boulimique, un élément central de l'HB.

Modèles explicatifs

Les prochains paragraphes présentent brièvement les modèles étiologiques de la crise boulimique dans les TCA. Deux principaux modèles étiologiques ont été proposés pour expliquer les crises boulimiques : celui de la restriction alimentaire et celui de l'affect négatif. Ces modèles mettent notamment en évidence l'importance de la régulation des émotions. Un troisième modèle spécifiquement conçu pour l'HB est présenté afin de mieux comprendre les facteurs psychologiques et psychosociaux qui contribuent à son développement et son maintien.

Modèles de la restriction alimentaire

La restriction alimentaire est définie comme l'intention de restreindre la consommation de nourriture afin de perdre du poids ou pour le maintenir (Polivy & Herman, 1985). Le modèle de la restriction alimentaire fonde son rationnel sur le fait que la crise boulimique est une réponse corporelle à la diète (Grilo, Shiffman, & Carter-Campbell, 1994; Polivy & Herman, 1985; 1993) et qu'elle découle d'une préoccupation excessive concernant le poids et la forme corporelle, qui à son tour conduit à des régimes ou à des comportements de restriction alimentaire (Fairburn et Cooper, 1989; McManus et Waller, 1995). Ainsi, il serait raisonnable de penser que le modèle de la restriction alimentaire pourrait s'appliquer à l'HB.

Plusieurs chercheurs considèrent que la pratique de régimes amaigrissants induit un état de « restriction alimentaire » qui est défini comme un effort délibéré pour limiter la prise alimentaire dans un but de contrôle pondéral. Selon Polivy et Herman (1985), la restriction alimentaire est conceptualisée comme une façon de s'alimenter régie par des croyances associées aux conséquences pondérales des choix et des modalités alimentaires (critères externes), par opposition à des critères internes (signaux de faim et de satiété). À long terme, la restriction alimentaire provoquerait non seulement des fluctuations pondérales importantes, dues à l'alternance de périodes de régime strict interrompues par des phases de perte de contrôle et d'hyperphagie (French & Jeffery, 1994; Stice, Cameron, Killen, Hayward, & Taylor, 1999), mais aussi une perturbation hormonale (Hawks et al., 2008). Néanmoins, cette association entre la diète/restriction alimentaire et la crise boulimique serait moins marquée chez les individus avec HB qu'avec BN (Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow, & Peterson, 2008). De plus, comme la restriction alimentaire n'est pas toujours associée à l'augmentation des comportements hyperphagiques (Cooper, Clark & Fairburn, 1993), on peut penser que d'autres mécanismes peuvent également contribuer à maintenir ces comportements. Certaines études laissent voir que, chez les individus présentant de l'HB, au moins 50 % des crises de boulimie sont induites par des affects plutôt que par la faim (Greeno, Wing, & Shiffman, 2000; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997).

Modèle échappatoire. Le modèle échappatoire (*escape model*)⁹ est une extension du modèle de la restriction alimentaire (Heatherton & Baumeister, 1991). Ces chercheurs ont proposé le modèle échappatoire pour expliquer les crises boulimiques. Selon ces chercheurs, la restriction alimentaire est perçue comme un précurseur de la crise de boulimie tandis que celle-ci est considérée comme un moyen qu'a l'individu de focaliser toute son attention sur les sensations immédiates en détournant l'attention de soi (*aversive self awareness*) et des sentiments négatifs qu'il éprouve. Ce modèle explique que les personnes hyperphagiques tentent d'échapper au stress, à l'humeur dysphorique et à un aspect aversif de la prise de conscience de soi (p. ex., le décalage entre l'image corporelle réelle et celle désirée) en modifiant leur façon de penser (rétrécissement cognitif). On peut penser qu'il s'agit d'une forme de stratégie d'évitement. Selon le modèle échappatoire, les émotions négatives sont engendrées par l'aversion de la conscience de soi (conscience de soi répulsive) qui, elle, est définie comme la comparaison de soi avec les normes. Lorsqu'élévées, les normes fixées provoquent l'aversion de la conscience de soi qui s'accompagne de sentiments négatifs, comme l'anxiété et la dépression. Pour échapper à ces états dysphoriques, les personnes qui souffrent d'hyperphagie vont se tourner vers les aliments.

Dans le même sens, Sierra-Baigrie et Lemos-Giráldez (2008) considèrent que les adolescents qui utilisent des stratégies d'évitement seraient plus enclins à adopter des comportements d'HB. Même si cette extension du modèle de la restriction alimentaire a

⁹ Parfois traduit comme « Modèle de la fuite ».

initialement été développée pour les individus avec BN reconnus pour leurs comportements de diète restrictive chronique (Mitchell et al., 2008), elle pourrait s'avérer pertinente pour expliquer, en partie, les comportements d'individus avec HB.

Modèle de l'affect négatif

Le deuxième modèle principal proposé, soit celui de l'affect, suggère que les crises de boulimie sont déclenchées par l'affect négatif¹⁰ (Deaver, Miltenberger, Smyth, & Crosby, 2003; Meyer, Waller, & Waters, 1998; Polivy & Herman, 1993). Des chercheurs (Agras & Telch, 1998; Binford, Mussel, Peterson, Crow, & Mitchell, 2004) soutiennent que, dans l'HB, les crises boulimiques pourraient fonctionner comme des modulateurs d'états émotionnels négatifs chez ceux qui ne présentent pas d'antécédents de restriction alimentaire.

La crise d'HB réduirait l'affect négatif (Deaver, Miltenberger, Smyth, & Crosby, 2003), de la même façon que d'autres comportements dysfonctionnels, comme boire de l'alcool ou l'automédication, en diminuant temporairement ou en engourdissant des émotions négatives, ou en distrayant l'individu de ces états émotionnels aversifs (Arnow, Kennedy, & Agras, 1992; Heatherton & Baumeister, 1991; Polivy & Herman, 1993; Wiser & Telch, 1999). Ces explications « affective-comportementales » se rapprochent étroitement de celles présentées dans le modèle de la fuite. Masheb et Grilo (2006) ont

¹⁰ État affectif élémentaire; p. ex., affect négatif : tristesse, colère.

rapporté que l'anxiété était l'émotion la plus fréquemment identifiée chez les patients avec HB en surpoids.

Certains chercheurs ont intégré les deux modèles, soit celui de l'affect et celui de la restriction alimentaire, sous le nom de « modèle basé sur la régulation des émotions »¹¹ (Stice, 2001; Stice & Agras, 1999; Stice et al., 2001; Waters et al., 2001). Whiteside et ses collègues (2007) ont indiqué que la difficulté à réguler les émotions était associée à l'HB de deux façons : la première étant l'accès limité aux stratégies de régulation des émotions et la seconde étant la difficulté à identifier et à donner un sens aux états émotionnels. Selon ces chercheurs, la crise d'HB serait associée à des difficultés dans la régulation des émotions négatives, notamment le manque de stratégies. Fischer, Anderson et Smith (2004) ont constaté que les personnes qui ont tendance à agir impulsivement en situation de détresse sont plus susceptibles de manger de façon excessive.

Selon Whiteside et ses collègues (2007), les individus qui rapportent une plus grande difficulté à identifier et à donner un sens à leurs états émotionnels manifesteraient plus de comportements hyperphagiques. Selon ces chercheurs, la difficulté à maîtriser les émotions explique mieux l'apparition des crises boulimiques que la restriction alimentaire ou la surestimation du poids ou de l'image corporelle. C'est pourquoi ils recommandent que la « vulnérabilité émotionnelle et la présence de

¹¹ Modèle à double-voie ou « *Dual-pathway model* ».

stratégies de coping déficientes » soient incluses dans le modèle explicatif de la crise d'HB. D'ailleurs, des déficits dans la régulation des émotions ont été associés aux TCA dans plusieurs études (Bydlowski, Corcos, Jeammet, Paterniti, Berthoz, Laurier, Chambry, & Consoli, 2005; Clyne & Blampied, 2004; Fairburn et al., 1995; Gilbert, 2007; Gross & Thompson, 2007; Hayaki, 2009; John & Gross, 2007; McCarthy, 1990; Polivy & Herman, 2002; Whiteside et al., 2007). Selon certains chercheurs, la crise de boulimie serait une forme inadaptée de régulation émotionnelle, principalement déclenchée par des états affectifs négatifs et qui servirait à alléger temporairement les émotions « insupportables » (Polivy & Herman, 1993; Rufener, 2008).

Modèle de l'hyperphagie boulimique

Le modèle de l'hyperphagie boulimique intègre plusieurs facteurs psychologiques et psychosociaux qui contribuent à la survenue et au maintien de l'HB (Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow, & Peterson, 2008). Plusieurs facteurs illustrés dans ce modèle de l'HB proviennent d'approches psychothérapeutiques et théoriques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et sa variante la TCC dialectique, la thérapie interpersonnelle, le traitement comportemental de contrôle du poids, qui ciblent des facteurs de maintien des frénésies alimentaires.

Bien que Mitchell et ses collègues (2008) n'incluent pas dans leur modèle d'HB toutes les connexions possibles entre les facteurs contribuant au maintien du trouble, ils suggèrent la façon dont plusieurs facteurs peuvent interagir tout en se renforçant

mutuellement. La figure 1 illustre ce modèle qui suggère différentes dimensions qui doivent être abordées lors du traitement afin de commencer à ébranler les systèmes qui maintiennent la frénésie alimentaire. Une part importante de ce modèle est accordée à l'« obésité subjective », considérant que plusieurs personnes avec HB présentent un poids normal. En effet, l'obésité contribuerait au maintien de l'HB en raison de l'impact sur l'image de soi, de ses conséquences émotionnelles dans les situations de stigmatisation sociale pouvant contribuer à la survenue de crises boulimiques et à la détresse associée.

Ce modèle s'appuie sur le taux important de psychopathologie associé à l'HB, notamment des symptômes anxio-dépressifs (Striegel-Moore & Bulik, 2007). Les personnes avec HB présentent plus de troubles de santé mentale que ceux sans HB, ce qui traduit une difficulté accrue à réguler leurs émotions, à tolérer la détresse, et à gérer leurs relations et le stress.

Plusieurs variables retenues dans la présente étude se retrouvent dans ce modèle spécifique à l'HB. Les variables « dérégulations émotionnelles et stress » du modèle sont étudiées à partir des stratégies adaptatives associées aux théories du stress et du coping retenues dans notre recherche. Une seconde variable retenue dans la présente étude se retrouve aussi dans le modèle spécifique à l'HB. Rappelons que plusieurs données empiriques précédemment rapportées avaient mis en évidence que l'HB pourrait être plus ou moins directement liée à des variables d'image corporelle et de

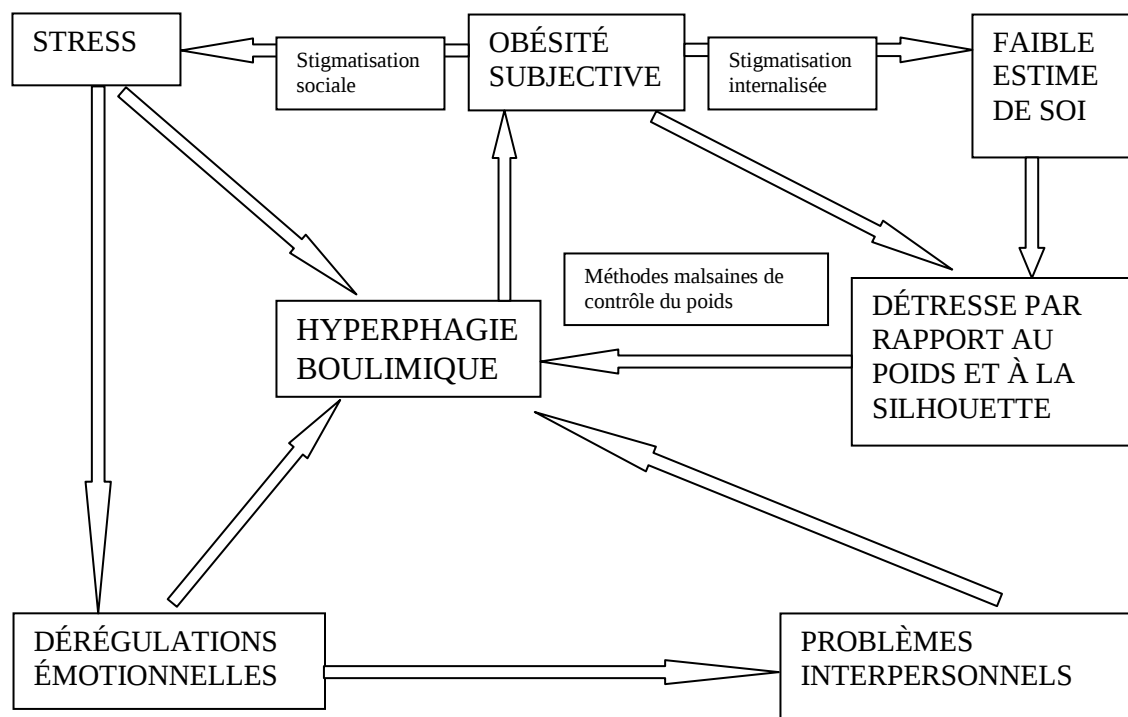


Figure 1 : Facteurs psychologiques et psychosociaux contribuant au développement et au maintien des crises de boulimie (Mitchell et al., 2008, p. 59).

surpoids. La variable « détresse par rapport au poids et à la silhouette » du modèle de Mitchell est étudiée dans la présente étude sous l'angle de la satisfaction de l'image corporelle. Ces variables sont présentées de façon plus exhaustive dans la suite du contexte théorique.

Toutefois, on peut dès maintenant mettre en évidence le raisonnement suivant : puisque le modèle échappatoire propose que la crise hyperphagique soit une stratégie d'évitement d'un stress, d'une émotion négative ou d'une prise de conscience d'un aspect de soi désagréable, on peut penser qu'il rejoint le modèle de l'affect suggérant que les crises de boulimie sont déclenchées par l'affect négatif. On pourrait alors

concevoir que la crise d'HB s'apparente soit à une stratégie de coping d'évitement, et/ou à un déficit de stratégie de régulation émotionnelle. Ce qui suit permettra de mieux comprendre ce que sont les stratégies de coping et en quoi elles pourraient être impliquées dans l'HB.

Coping

Cette partie traite du « coping », une variable à l'étude en lien avec l'HB. Le coping y est d'abord défini, puis sont abordés deux modèles de coping retenus dans la présente étude, le coping d'approche et d'évitement (Billing et Moos, 1981; Roth & Cohen, 1986) ainsi que le coping émotionnel (Stanton et al., 1994). Sont ensuite présentés les liens entre le coping et l'HB, à partir des modèles retenus.

Définition du coping

Lazarus a présenté en 1966 une théorie du stress et du coping qui s'intéresse aux processus cognitifs et aux réponses comportementales que les individus utilisent pour gérer la détresse et pour faire face aux différents problèmes de la vie quotidienne. La théorie du stress et du coping est apparue dans un contexte où l'intérêt pour la relation entre la cognition et l'émotion et le traitement des informations dans des conditions de stress était en plein essor (Folkman & Moskowitz, 2004).

Le coping a été défini par Folkman et Lazarus (1984) comme l'ensemble des pensées et des comportements qu'un individu utilise pour gérer les demandes internes et

externes des situations qui sont évaluées comme stressantes. Le terme de coping (« *to cope* » = faire face à) a été traduit par le terme « stratégie d'ajustement » (Paulhan, 1994; dans Hartman, 2008). La théorie de Folkman et Lazarus (1980) a proposé deux catégories de coping : le coping « orienté sur le problème », qui implique de confronter le problème qui cause la détresse, et le coping « centré sur l'émotion », qui vise à soulager ou à diminuer les émotions négatives associées au problème.

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping centré sur les émotions est plus susceptible de se produire lorsqu'il est évalué que rien ne peut être fait pour modifier des circonstances environnementales évaluées comme étant menaçantes, nuisibles ou difficiles, tandis que le coping orienté sur le problème est plus probable lorsque de telles situations sont évaluées comme étant modifiables. Un autre aspect important du coping est qu'il n'y a pas de stratégie qui soit intrinsèquement bonne ou mauvaise; l'efficacité et la pertinence d'une stratégie sont uniquement déterminées par ses effets dans une circonstance donnée et ses effets à long terme (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping d'approche et coping d'évitement

Cette théorie du stress et du coping a évolué et donné lieu à des variations théoriques proposant des stratégies de coping différentes. Dans l'ensemble, les stratégies de coping ciblent deux fonctions principales : le changement du problème et la gestion du stress émotionnel. La théorie retenue dans la présente étude est celle du coping d'approche et du coping d'évitement de Roth et Cohen (1986). Contrairement au modèle

de Lazarus et Folkman qui met l'accent sur la façon de modifier ou de gérer la source du stress (c.-à-d., orientée vers le problème ou centrée sur l'émotion), le modèle de Roth et Cohen se centre davantage sur deux processus qui peuvent être mis en place pour faire face au stress : l'évitement de la situation stressante et l'approche de cette situation. Pour certains chercheurs (Holahan et al., 1996), le coping d'approche semble pratiquement assimilables au coping centré sur le problème tandis que le coping d'évitement inclut tout ce qui vise à fuir le problème, y compris l'ensemble des stratégies centrées sur l'émotion.

Définition du coping d'approche et d'évitement. Selon les caractéristiques de la situation et de la personne, il est proposé que cette dernière tente, par ses comportements, cognitions ou émotions, de faire face au stress (approche) ou de l'éviter (évitement). La distinction entre ces deux catégories de stratégies de coping fait référence à l'activité cognitive et émotionnelle orientée soit en direction, soit à l'encontre d'une situation menaçante ou stressante (Roth & Cohen, 1986). Les stratégies d'approche font référence à la recherche d'informations et aux efforts actifs pour maintenir le contrôle (Curry & Russ, 1985), incluant le coping centré sur le problème (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988), l'analyse logique et la résolution de problème (Gamble, 1989). Les stratégies d'évitement ont été identifiées sous les termes de distanciation (Causey & Dubow, 1992), de coping centré sur l'émotion (Compas et al., 1988), de pensées de distraction et de réévaluation défensive (Curry & Russ, 1985), de distraction-évitement (Gamble, 1989).

Les stratégies d'approche comprennent : la recherche de soutien social et la résolution de problème. Les stratégies d'évitement réfèrent à l'intériorisation, à l'extériorisation et à la distanciation. L'intériorisation et l'extériorisation sont des stratégies qui servent à régulariser les émotions ressenties (centrées sur l'émotion) qui consistent à modifier la détresse qui accompagne le stress. Les stratégies de coping orientées vers l'émotion comprennent les efforts cognitifs qui tendent à modifier la signification de la situation, sans en changer l'environnement. La distanciation désigne une stratégie d'évitement qui vise à réduire le stress en se distançant du problème par la diversion, le déni, etc. (Endler & Parker, 1990).

Plus spécifiquement, les stratégies d'approche sont des stratégies de résolution de problème actives, comme le fait de penser aux différentes façons de régler un problème, ou la recherche de soutien social (p. ex., demander un conseil à un ami). La recherche de soutien social est aussi un moyen de résoudre un problème, d'exprimer et de régulariser des sentiments (Compas & Wadsworth, 2002). Les stratégies d'évitement sont des stratégies pour s'éloigner du problème comme le fait de minimiser la gravité du problème, ou d'éviter de ressentir des émotions associées aux stressors ou autres tentatives pour éviter le problème. Les stratégies d'intériorisation font référence aux préoccupations engendrées par la situation, par exemple en se blâmant ou en s'inquiétant alors que les stratégies d'extériorisation ont trait aux comportements exprimés ouvertement, comme le fait de crier, de pleurer, de lancer ou de frapper quelque chose.

Les stratégies d'évitement sont utiles parce qu'elles peuvent réduire le stress et l'anxiété qui peuvent devenir invalidants. Elles seraient plus utiles à court terme, et potentiellement néfastes à long terme (Mullen & Suls, 1982; Carver et al., 1989) et elles permettraient également d'évacuer les émotions et de se retirer socialement (Roth & Cohen, 1986). Elles permettent donc une mise à l'écart d'un agent stressant et des réactions psychologiques et somatiques provoquées par cet agent. Les stratégies d'approche seraient plus efficaces pour obtenir des résultats adaptatifs à long terme. Il est démontré que les stratégies d'évitement sont préférables lorsque la situation est incontrôlable tandis que les stratégies d'approche sont plus efficaces lorsque la situation est potentiellement contrôlable (Lazarus, 1983). Un autre facteur important concernant l'efficacité des stratégies à adopter (coping d'approche ou d'évitement) est l'adéquation entre la stratégie utilisée et les caractéristiques de la situation (Cohen & Roth, 1984).

Coping émotionnel de Stanton

Une nouvelle conception du coping qui porte directement sur des mécanismes de régulation émotionnelle a été proposée par Stanton et ses collègues (1994). Ils ont relevé, dans leur examen portant sur différentes échelles de coping utilisant une approche émotionnelle traditionnelle, que plusieurs items étaient contaminés par un contenu psychopathologique. En effet, il a été observé que les stratégies de coping centrées sur l'émotion étaient souvent confondues avec des symptômes psychopathologiques ou de la détresse psychologique.

Définition du coping émotionnel. Stanton et ses collègues (1994, 2000b; Austenfeld & Stanton, 2004) ont développé une approche émotionnelle du coping qui distingue la reconnaissance, la compréhension et l'expression des émotions. Malgré les liens retrouvés dans certains écrits scientifiques entre le coping émotionnel et la détresse psychologique, plusieurs recherches ont souligné le potentiel adaptatif de l'identification et de l'expression des émotions. Selon Endler et Parker (1990), la confusion associant le coping centré sur l'émotion et la psychopathologie aurait pour conséquences l'entretien d'une relation, partiellement fallacieuse, entre le « coping centré sur l'émotion » et une plus grande inadaptation, par opposition au coping « orienté vers le problème » considéré plus adaptatif. Stanton et ses collègues ont cherché à développer un modèle du coping émotionnel plus constructif : le coping émotionnel (*Emotional Approach Coping, EAC*). C'est pourquoi ces chercheurs ont fait la distinction entre le traitement et l'expression des émotions. D'ailleurs, Stanton et ses collègues (1994, 2000b) ont indiqué que l'expression émotionnelle ne doit pas être confondue avec le déni, ni l'autodépréciation.

Hartman (2008) indique que l'approche traditionnelle du coping centré sur l'émotion, qui a tendance à présenter le coping émotionnel comme étant un « mauvais coping », devrait être fortement reconsidérée sous l'angle des recherches contemporaines qui tendent à démontrer que les émotions ont une fonction organisatrice et régulatrice. En outre, Pressman et Cohen (2005) rappellent que les émotions positives produisent des ressources psychologiques en favorisant la résilience, l'optimisme,

l'endurance et les activités de récupération comme, par exemple, le sommeil, l'exercice physique et la relaxation. Ainsi, les affects positifs favoriseraient un coping « efficace » en permettant une meilleure gestion des émotions négatives. De plus, il a été démontré que certaines stratégies de coping centrées sur l'émotion, impliquant des efforts pour les reconnaître, les comprendre et les exprimer, sont adaptatives dans la gestion du stress (Hartman, 2008).

Dimensions du coping émotionnel de Stanton. Stanton et ses collaborateurs (2000b) ont mis en évidence deux dimensions importantes suite au développement et à la validation de leur échelle de coping émotionnel. La première dimension est le processus émotionnel d'identification et de traitement de l'émotion, c'est-à-dire l'effort actif d'identification et de compréhension de l'émotion, l'évaluation de la pertinence et de l'importance du sentiment ressenti. La deuxième dimension se rapporte à l'expression de l'émotion, notamment l'effort verbal et/ou non verbal pour communiquer ou symboliser l'expérience émotionnelle.

Le processus d'identification et de traitement des émotions, tel que suggéré par Stanton et ses collègues (2000a; 2000b), semble être adaptatif à court terme, mais peut devenir moins bénéfique s'il persiste à long terme sous forme de ruminations. Hartman (2008) suggère que des recherches sur ce type de coping devraient permettre de distinguer un coping de confrontation émotionnelle adaptatif d'une stratégie de « rumination mentale » traditionnellement associée au coping centré sur l'émotion. Le

« traitement » et l'« expression » émotionnels se distinguent des autres formes de coping centré sur l'émotion et corrélient modérément avec d'autres stratégies d'approche telles que la résolution de problèmes et la recherche de soutien social (Smith et al., 2002; Stanton et al., 2000a; 2000b).

Malgré que la conceptualisation traditionnelle du coping centré sur l'émotion associe généralement ces stratégies d'adaptation à la détresse psychologique (Kohn, 1996; Coyne & Racioppo, 2000), de plus en plus d'écrits scientifiques supportent la valeur fonctionnelle et adaptative (reconnaissance, traitement et expression) des émotions aux plans théorique et empirique (p. ex., Abe & Izard, 1999; Gross, 1999; 2002; Levenson, 1999; Mayne, 1999; Saarni, 1999; Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999). Stanton, Parsa et Austenfeld (2002) ont recensé une centaine d'articles portant sur différents échantillons d'adolescents et d'adultes indiquant que certaines dimensions du coping émotionnel sont adaptatives, notamment les stratégies permettant de reconnaître et d'identifier les émotions ainsi que celles qui favorisent l'expression des émotions.

Par exemple, il a été démontré, à partir d'un échantillon constitué de 83 femmes et de 88 hommes âgés en moyenne de 19,73 ans, que les stratégies de coping orientées sur l'émotion apparaissent adaptatives dans la gestion du stress, du moins pour les femmes (Stanton et al., 1994). Les participants étaient tous des étudiants en psychologie qui devaient s'imaginer l'évènement le plus stressant puis répondre aux questions des

chercheurs. En effet, des indications provenant de leur étude soutiennent l'idée que l'approche du coping émotionnel peut s'avérer bénéfique pour certaines personnes qui vivent des situations stressantes, lorsque les stratégies ne sont pas contaminées par des éléments de détresse psychologique (Stanton et al., 1994).

Puisque certains modèles explicatifs présentés précédemment (p. ex., la restriction alimentaire et celui de l'affect) suggèrent que la régulation des émotions serait intimement liée à la crise boulimique, la présente étude cherche à examiner les liens entre l'HB et les stratégies de coping émotionnel (l'identification et l'expression des émotions).

Différences selon le genre dans l'utilisation des stratégies de coping

Tel que présenté précédemment, la valeur adaptative des stratégies de coping semble différer selon le genre. Les prochains paragraphes présentent une recension des écrits portant sur ces différences.

Différences chez les adultes. Quelques facteurs démographiques, culturels, environnementaux et personnels peuvent influencer l'utilisation des stratégies de coping. Les différences de genre dans l'utilisation des stratégies de coping chez les adultes sont bien documentées (voir la méta analyse de Tamres, Janicki, & Heldelson, 2002; Wilson, Pritchard, & Revalee, 2005). Ces auteurs ont identifié des différences importantes au niveau de l'utilisation des stratégies de coping en fonction du genre, notamment que les

femmes sont plus disposées que les hommes à employer la plupart des formes de stratégies de coping pour faire face à la détresse en général (p. ex., des stratégies telles que l'expression verbale, la réévaluation positive, la recherche d'un soutien affectif, la rumination sur ses problèmes).

Certains chercheurs (Stanton et al., 2000a; 2000b; Berghuis & Stanton, 2002) rapportent que les femmes traitent et expriment davantage leurs émotions que les hommes. L'étude de Stanton et al. (1994) laisse voir que les jeunes femmes qui utilisent ces stratégies lors de situations stressantes deviennent moins déprimées et plus satisfaites de leur vie, au fil du temps, alors que chez les jeunes hommes, l'utilisation de ces stratégies de coping émotionnel (traitement et expression) entraîne l'effet contraire (plus de dépression, moins de satisfaction).

Différences chez les jeunes et les adolescents. Chez les jeunes et les adolescents, la recherche portant sur la différence de genre indique des résultats variables (Compas et al., 2001). Certains aspects développementaux (cognitif, affectif et social), le manque d'expérience, des caractéristiques de l'environnement et la socialisation diffèrent en fonction du genre, ce qui pourrait contribuer aux différences de genre retrouvées dans l'utilisation des stratégies de coping des enfants et des adolescents (Compas et al., 2001; Eschenbeck, Kohlmann, & Lohaus, 2007). Il semble que les adolescentes vivent plus intensément les stressors que leurs homologues masculins (Byrne, Davenport, & Mazanov, 2007; Spear, 2000). Des chercheurs ont même signalé des différences de

genre entre les profils hormonaux, les taux de stress, et les niveaux de développement des mécanismes cognitifs et adaptatifs (Steinberg & Morris, 2001).

À l'adolescence, il est reconnu que l'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion a tendance à s'amplifier tandis que des différences s'installent entre les garçons et les filles (Piko, 2001). Par exemple, les adolescentes ont tendance à intérioriser davantage (p. ex., ruminer, se dévaloriser) que leurs homologues masculins (Cauce et al., 2000; Cicchetti & Rogosch, 2002) tandis que les garçons sont davantage disposés à exprimer leur colère (p. ex., par des jurons ou en la dirigeant vers les autres) (Bird & Harris, 1990; Cauce & Dubow, 1992; Cicchetti & Rogosch, 2002).

La plupart des études rapportent que les adolescentes utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement que les garçons en général (Arlett, Elgard, & Groves, 2003; Endler & Parker, 1990; Kirchner, Forns, Amador, & Munoz, 2010; Piko, 2001; Stark, Spirito, Williams, & Guevremont, 1989) ou en réponse à des stressors académiques (Compas et al., 1988). Dans son étude portant sur les adolescents, Broderick (1998) a rapporté que les filles adoptent davantage de stratégies de rumination (coping apparenté à l'intériorisation) que les garçons au début de l'adolescence. Hampel (2007) a aussi rapporté, dans leur étude portant sur des jeunes âgés de 8 à 14 ans, que les jeunes filles utilisent davantage de stratégies de rumination que les garçons.

Globalement, la résolution de problème serait également plus utilisée par les filles que par les garçons (Boekaerts, 1996; Eschenbeck et al., 2007; Griffith, Dubow, & Ippolito, 2000; Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996), mais cette tendance dépendrait aussi des caractéristiques du stresser.

Par ailleurs, malgré le fait que le soutien social soit généralement plus utilisé par les filles (Chapman & Mullis, 1999; Eschenbeck et al., 2007; Hampel, 2007; Hampel & Peterman, 2005; Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996; Patterson & McCubbin, 1987; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Stark et al., 1989), quelques résultats indiquent que les garçons en retireraient plus de bénéfices que les filles (Parsons, Frydenberg, & Poole, 1996). Chez les filles, le soutien social serait plus fréquemment utilisé comme aide pour diminuer les tensions et pour se trouver un soutien émotionnel tandis que chez les garçons, le recours au soutien social serait de nature plus instrumentale (Piko, 1998). D'autres différences de résultats entre les études sont notées en ce qui a trait aux différences de genre chez les adolescents, notamment en ce qui touche l'expression émotionnelle, le soutien social et la résolution de problème (Sontag & Graber, 2010).

Il est complexe, voire impossible, de comparer les différentes études portant sur les différences de genre concernant le coping puisque les méthodologies adoptées ont recours à des définitions variées, des stratégies de coping retenues différentes et de nombreuses mesures du coping. En plus du manque d'uniformité pour évaluer les stratégies de coping, les études portent sur divers groupes d'âge et différents stresser.

Cela pourrait expliquer le manque de consensus entre les études (Eschenbeck et al., 2007; Vierhaus, Lohaus, & Ball, 2007).

En résumé, les recherches portant sur les différences de genre et l'utilisation des stratégies de coping en général présentent des résultats difficilement comparables. Malgré ces différences, il est possible de conclure qu'en général, les filles utilisent davantage de stratégies de coping que les garçons.

Stratégies de coping et hyperphagie boulimique

Stress, coping et hyperphagie boulimique. Certaines stratégies de coping seraient impliquées dans le développement et le maintien des crises boulimiques (Heatherton & Beumeister, 1991; Henderson & Huon, 2002; Paxton & Diggins, 1997; Schwarze, Oliver & Handal, 2003; Troop et al., 1998), principalement les stratégies centrées sur l'émotion ou l'évitement.

Stratégies de coping et troubles des conduites alimentaires. Quelques études recensées ont porté spécifiquement sur les liens entre les stratégies de coping et l'HB et elles indiquent des liens entre les stratégies d'évitement et celles centrées sur l'émotion avec l'hyperphagie (p. ex., Freeman & Gill, 2004; Sulkowski, Dempsey, & Dempsey, 2011). La plupart des études publiées ont porté sur les TCA en général. Trois principales stratégies de coping ont été étudiées en lien avec les TCA : le coping centré sur l'émotion, le coping orienté sur le problème et le coping orienté sur l'évitement

(Heatherton & Baumeister, 1991; Henderson & Huon, 2000; Paxton & Diggins, 1997; Schwarze, Oliver, & Handal, 2003; Troop et al., 1998).

Des études ont rapporté des relations positives entre les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et/ou l'évitement et la présence de troubles alimentaires en général (Denisoff & Endler, 2000; Engler, Crowther, Dalton, & Sanftner, 2006; Freeman & Gil, 2004; Janzen et al., 1992; Koff & Sangani, 1997; Mayhew & Edelmann, 1989; Shatford & Evans, 1986; Sulkowski, Dempsey, & Dempsey, 2011). Inversement, très peu de relations négatives ont été découvertes entre l'utilisation de stratégies de coping basées sur la résolution de problèmes et les pathologies alimentaires (p. ex., Janzen et al., 1992). En effet, la plupart des écrits ne rapportent aucun lien entre les stratégies de coping basées sur la résolution de problèmes et les pathologies alimentaires (p. ex., Hansel & Wittrock, 1997; Sulkowski et al., 2011; Wolff et al., 2000). Par ailleurs, certains résultats suggèrent que les patients avec TCA sont moins confiants dans leur capacité à résoudre des situations stressantes et moins enclins à rechercher du soutien social (Valentina et al., 2009). Pour certains chercheurs, c'est l'interaction entre l'environnement social non supportant et des stratégies de coping centré sur l'émotion/évitement qui est liée aux psychopathologies alimentaires (Aimé, Sabourin, & Raté, 2006; Raspopow, Matheson, Abizaid, & Anisman, 2013; Wonderlich & Vander Wal, 2010).

Ball et Lee (2002) ont étudié les relations entre les stress, les stratégies de coping et les symptômes des TCA dans un échantillon de 415 jeunes femmes australiennes âgées de 19 à 24 ans. Les résultats de cette étude démontrent que les femmes qui adoptent des comportements alimentaires pathologiques rapportent une utilisation significativement plus importante de stratégies de coping telles que « garder ses problèmes pour soi-même, en s'éloignant des autres » (*keep to self*) et « se considérer fautive » (*self-blame*) qui sont caractérisées par la centration sur soi (l'intériorisation) et l'évitement.

Il semble que les femmes adultes qui présentaient des niveaux élevés de symptômes de TCA rapportaient une plus grande utilisation de stratégies d'évitement des problèmes (Koo-Loeb et al., 2000) ainsi qu'une plus grande utilisation de stratégies de distraction ou de coping centré sur l'émotion (Koff & Sangani, 1997). Or, les conclusions de la plupart des études qui s'intéressent à la relation entre le stress, les stratégies de coping et les symptômes des TCA chez les femmes ont porté surtout sur la BN et l'AN, d'où l'importance d'approfondir les connaissances de façon spécifique à l'HB auprès des adolescents.

Parmi les écrits qui ont examiné les stratégies coping auprès de personnes avec un TCA, certains chercheurs évoquent les hypothèses explicatives suivantes : soit elles manquent de stratégies de coping (Janzen, Kelly, & Saklofske, 1992), soit elles

disposent des stratégies en question, mais elles sont incapables de les utiliser d'une manière appropriée (Bittinger & Smith, 2003; Cattanach & Rodin, 1988).

Stratégies de coping et troubles des conduites alimentaires auprès d'adolescents.

Il y a encore peu d'études qui ont analysé la relation entre les styles d'adaptation ou de coping et les troubles de l'alimentation auprès d'échantillons non cliniques d'adolescents. L'une d'elles, effectuée auprès de jeunes filles âgées de moins de 18 ans, a été conduite par Fryer, Waller, Stenfert et Kroese (1997). Leurs résultats démontrent qu'une augmentation des stressseurs, combinée à l'utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, conduisent à une diminution de l'estime de soi, une variable associée, et à une manière non adaptative de se nourrir, lorsqu'évaluée par le *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26). Cette étude met en lumière des relations complexes faisant intervenir des variables médiatrices (p. ex., une faible estime de soi) et modératrices (différents stressseurs et stratégies de coping centré sur l'émotion).

Une autre étude, portant sur un échantillon de 186 adolescentes (âge moyen = 15,91 ans) indique qu'un style de coping centré sur l'émotion (p. ex., *intropunitive avoidance*), qui est caractérisé par des réactions inadaptées aux problèmes, est associé à une plus grande vulnérabilité aux troubles alimentaires (Garcia-Grau, Fuste, Miro, Saldana, & Bados, 2002). En effet, l'étude indique que cette stratégie de coping explique 29 % de la variance des scores obtenus par les adolescentes à l'EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*). Dans le même sens, Nolen-Hoeksema, Stice, Wade et Bohon

(2007) ont rapporté dans leur étude longitudinale que la stratégie de coping « rumination » était prédictrice des comportements boulimiques à l'adolescence.

Certains chercheurs ont proposé que la crise boulimique puisse être en soi une façon de faire face au stress, et donc une stratégie de coping à part entière (p. ex., Heatherton & Baumeister, 1991; Heffernan, 1994; Katzman & Wolchik, 1984; Rodin, Striegel-Moore, & Silberstein, 1990; Telch, 1997).

En somme, bien que plusieurs études aient examiné les liens entre le stress, le coping et les troubles du comportement alimentaire en général, seulement quelques-unes se sont penchées spécifiquement sur l'HB. Ceci renforce la pertinence de la présente étude. Les résultats relatifs aux liens entre les TCA en général et les stratégies de coping ont surtout mis en évidence que les stratégies d'évitement ou celles orientées vers l'émotion seraient plus reliées à la présence de troubles de l'alimentation et à de la psychopathologie.

Dans le modèle spécifique de l'HB, les symptômes anxio-dépressifs seraient déclenchés par une régulation émotionnelle dysfonctionnelle des affects négatifs qui découlent principalement des relations interpersonnelles et des composantes cognitives associées à la perception de la silhouette corporelle et du poids (Mitchell et al., 2008). Ainsi, la présente étude se propose d'étudier une autre variable, présentée ci-dessous, la satisfaction liée à l'image corporelle.

Image corporelle

Définition de l'image corporelle

L'image corporelle est concept complexe et multidimensionnel. Selon Schilder (1950), il se rapporte à l'image que nous formons de notre propre corps dans notre pensée. Il existe une variété de termes utilisés dans les écrits scientifiques se rapportant à l'image corporelle : satisfaction corporelle, satisfaction du poids, satisfaction de l'apparence, estime corporelle, schème corporel, etc. Dans son modèle cognitivo-comportemental du développement de l'image corporelle, Cash (2002) souligne de nombreux facteurs qui façonnent l'image corporelle ou qui contribuent à sa formation : facteurs circonstanciels, historiques, développementaux, notamment la socialisation culturelle et l'apprentissage social, les expériences passées, etc. D'autres facteurs développementaux, autant interpersonnels qu'individuels (p. ex., l'image réelle et les attributs physiques) influencent la satisfaction liée à l'apparence. Lerner et Jovanovic (1990) ont présenté un modèle selon lequel le degré de concordance entre l'apparence et les normes sociales définissant l'attrance physique est central dans le développement et l'évaluation de l'image corporelle.

Les troubles de l'image corporelle font référence à l'insatisfaction par rapport aux attributs physiques ainsi qu'aux affects et croyances négatives à propos de son apparence (Littleton & Ollendick, 2003; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantieff-Dunn, 1999). Selon certains chercheurs, l'insatisfaction corporelle dépend surtout de l'écart que perçoit l'individu par rapport à ses idéaux physiques intériorisés (p. ex., Cash, 2002).

Non seulement l'insatisfaction est liée à de la détresse émotionnelle (Thompson et al., 1999), mais elle constitue un facteur de risque dans le développement des TCA (Stice, 2002; Thompson, Van den Berg, Roehrig, Guarda, & Heinberg, 2004). D'ailleurs, ces chercheurs démontrent que certains facteurs socioculturels (p. ex., les pressions concernant l'idéal de minceur) constituent des facteurs de risque dans les troubles de l'image du corps. Une explication relative aux troubles de l'image corporelle fait référence à un dysfonctionnement cognitif. Les troubles de l'image corporelle résulteraient de biais cognitifs (focalisation de l'attention sur le corps et l'apparence physique) ou de biais d'interprétation conduisant à des difficultés émotionnelles en lien avec l'apparence physique (p. ex., apparence actuelle ou idéale) (Williamson, Stewart, White & York-Crowe, 2002). Il ne faut pas négliger non plus l'insatisfaction corporelle qui résulte des limitations fonctionnelles associées au surplus de poids et qui entraîne une perte de qualité de vie.

Variables associées à la satisfaction l'image corporelle

Satisfaction de l'image corporelle selon le genre. La satisfaction concernant l'image corporelle diffère selon le genre dans la population générale. Les sujets féminins rapportent davantage de préoccupations liées à l'image du corps et sont plus à la recherche d'une prise en charge pour perdre du poids que les sujets masculins (de Zwaan et al., 1994). Les préoccupations et l'insatisfaction concernant le poids sont également plus importantes pour les femmes en général que pour les hommes (Davison & McCrabe, 2005; 2006; Woodside et al., 2004), tout comme les tentatives de perte de

poids qui s'avèrent plus fréquentes pour les femmes que pour les hommes (Keski-Rahkonen, Bulik, Neale & Rose, 2005). Il est reconnu que les femmes en surplus de poids ont tendance à présenter une insatisfaction de leur image corporelle plus importante, ce qui a pour effet d'affecter négativement leur qualité de vie (Cash & Fleming, 2002; Cash, Jakatdar, & Williams, 2004). L'insatisfaction corporelle, autant chez les hommes et les femmes que chez les adolescents en général, est liée à l'IMC (Smolak, 2004; Stice, & Bearman, 2001, Stice & Shaw, 2002). Toutefois, il semble que les femmes ont une plus grande propension à développer une image négative d'elles-mêmes reliée au poids (Ogden, 2003).

Des différences quant à l'insatisfaction corporelle et à la préoccupation du poids sont aussi retrouvées en fonction du genre chez les adolescents. Des études ont relevé que les adolescentes éprouvent elles-aussi plus de préoccupations concernant leur poids que leurs homologues masculins (Taylor et al., 1998).

Au Québec, Ledoux, Mongeau et Rivard (2002) ont indiqué que plus de la moitié des filles et le quart des garçons âgés de 13 à 16 ans veulent être plus minces. Selon cette étude, 60 % des jeunes québécois sont insatisfaits de leur poids alors que la majorité d'entre eux présentent un poids normal ou inférieur à la normale. Il est reconnu que des facteurs développementaux contribuent aux différences retrouvées entre les filles et les garçons durant l'adolescence (p. ex., Desharnais & Goding, 1995; Wang, 2002).

Il est bien reconnu que les individus souffrant de TCA présentent des troubles de l'image corporelle (APA, 2013). D'ailleurs, Stice et Agras (1998) proposaient dans leur étude sur l'HB un modèle à double voie pour expliquer les crises en suggérant que l'insatisfaction de l'image corporelle y serait une variable clef. Les paragraphes suivants traitent des liens entre l'insatisfaction de l'image corporelle et les TCA.

Insatisfaction de l'image corporelle et trouble du comportement alimentaire.

Certaines études démontrent que les individus qui internalisent des valeurs sociales de la minceur sont plus vulnérables à développer des TCA que ceux qui ne le font pas (Stice et al., 2002; Striegel-Moore, 1993). L'intériorisation des valeurs de la minceur se produit lorsque les pensées, les comportements et les attitudes sont influencés par la croyance que la société valorise la minceur au détriment d'une plus grande corpulence. Stice et ses collègues (2002) rapportent que les adolescentes qui endossent une surévaluation de l'apparence, de la masse corporelle et qui adoptent des comportements de diète sont plus à risques de développer des crises d'HB que celles qui n'endossent pas de telles attitudes (Ackard et al., 2003).

Les adolescentes qui rapportent subir des pressions sociales à la minceur et des préoccupations entourant l'image corporelle seraient plus à risque de développer la BN et l'HB ainsi que leurs formes subsyndromiques (McKnight, 2003). Des études prospectives portant sur les adolescents ont montré que les préoccupations à l'égard du

poids et les perturbations de l'image corporelle contribuent au risque de développer un TCA (Killen et al., 1996, Laud, 2000).

Les mauvaises habitudes alimentaires chez les enfants et les adolescents pourraient être liées au développement pubertaire, à l'obésité, à la satisfaction face au corps, ainsi qu'aux influences familiales et des pairs (Tremblay & Larivière, 2009). Dans plusieurs études auprès d'adolescents, le niveau de l'insatisfaction corporelle est apparu associé au poids (Kostanski & Guillone, 1998; Siegel et al., 1999; Rinderknecht & Smith, 2002).

Récemment, à partir de son modèle prédictif des pathologies alimentaires, Stice, Marti, et Durant (2011) indiquent que l'insatisfaction de l'image corporelle est le plus sensible prédicteur pour identifier les adolescentes à risque de développer un TCA. Ce constat supporte les recommandations de divers programmes de prévention des TCA, ciblant prioritairement les jeunes femmes qui manifestent des insatisfactions et des préoccupations corporelles importantes concernant leur image ou leur poids (Stice, Marti, Spoor, Presnell, & Shaw, 2008; Taylor et al., 2006).

Il est aussi reconnu que les adolescents insatisfaits de leur silhouette adoptent des méthodes de contrôle du poids et des comportements alimentaires risqués pour leur santé, incluant les crises boulimiques (Rosen & Neumark-Sztainer, 1998; Smolack & Levine, 2001; Wichstrom, 1995). L'insatisfaction de l'image corporelle influence donc les pratiques alimentaires. D'ailleurs, les filles obèses semblent non seulement avoir une

plus grande insatisfaction de leur image corporelle, mais elles présentent aussi une tendance à s'adonner davantage à des comportements hyperphagiques que leurs homologues masculins (Puhl & Latner, 2007). Il est bien établi que l'insatisfaction corporelle est une caractéristique clinique importante et une cible de traitement dans tous les TCA (Fairburn, 2008).

Insatisfaction de l'image corporelle et hyperphagie boulimique. Parmi les facteurs associés à l'HB, l'insatisfaction liée à l'image corporelle et au poids apparaît être un facteur lié au développement du trouble, à l'instar des autres TCA. En effet, l'insatisfaction corporelle est une variable fortement associée à plusieurs indices de sévérité de l'HB (Hrabosky, Masheb, & Grilo, 2007; Masheb & Grilo, 2003; Miller et al., 1999; Striegel-Moore et al., 1998; Wardle, Waller, & Watkins, 1999). Les individus avec HB sont insatisfaits de leur image corporelle quel que soit leur degré de surpoids (Barry, Grilo, & Masheb, 2003).

Dans une étude effectuée auprès d'adolescentes, la crise boulimique est aussi corrélée avec l'écart entre le poids actuel et idéal (Moyer, DiPietro, Berkowitz, & Stunkard, 1997). D'ailleurs, l'écart entre le « corps idéal » et le « corps perçu » est souvent à l'origine des TCA dans les sociétés occidentales « lipophobes » où l'enfant discrimine et rejette ses pairs plus gros (Maisonneuve, 1999).

L'insatisfaction corporelle est liée à un contrôle du poids axé sur des comportements alimentaires dysfonctionnels, notamment la restriction alimentaire sévère et les comportements boulimiques (Stice, 1994; 2002). De plus, une étude réalisée auprès de femmes rapporte que l'insatisfaction corporelle et les comportements hyperphagiques sont significativement corrélés, indépendamment du poids (Milkewicz et Cash, 2000; tiré de Schwartz & Brownell; 2004).

En somme, plusieurs études ont mis en évidence qu'une insatisfaction corporelle, chez les adolescents et les jeunes femmes, peut contribuer à la mise en place de comportements alimentaires néfastes caractéristiques des TCA (restriction alimentaire et crises hyperphagiques). Ainsi, il est pertinent d'étudier les liens entre l'HB et les variables de genre, de satisfaction liée à l'image corporelle et au poids. Considérant l'absence d'études réalisées auprès de la population québécoise, il semble d'autant plus important de recueillir de telles données sur ce trouble nouvellement inclus dans le DSM-5.

Synthèse du contexte théorique

L'hyperphagie boulimique est un trouble officiellement inclus dans la récente cinquième édition du DSM (APA, 2013). L'HB est définie comme un trouble du comportement alimentaire à part entière avec ses spécificités propres. Parmi les spécificités et les variables associées au trouble, les recherches démontrent entre autres que la prévalence de l'HB est plus élevée que celle observée dans les deux autres

principaux TCA. La prévalence de l'HB en fonction du genre présente une disparité moins marquée que l'anorexie ou la boulimie. Le diagnostic d'HB ne comporte pas formellement de critère associé à l'image corporelle contrairement à l'AN et la BN, et ce, malgré que plusieurs études soutiennent l'importance d'ajouter un tel critère à son portrait diagnostique.

Justement, en ce qui a trait aux autres variables associées à l'HB, il a été démontré que l'insatisfaction de l'image corporelle et les préoccupations concernant la silhouette corporelle et le poids étaient à considérer, et ce, malgré l'absence d'un tel critère lié à l'image corporelle dans le DSM-5. Les affects négatifs et les distorsions cognitives liés à l'image corporelle joueraient un rôle important dans le déclenchement des crises boulimiques et dans l'HB. Dans le même sens, il a été proposé que l'HB puisse s'expliquer par des dérégulations émotionnelles.

Les études disponibles tendent à mettre en évidence que certaines stratégies de coping seraient associées aux TCA en général, sans toutefois avoir été précisément vérifiées pour l'HB. Le modèle de Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow et Peterson (2008), conçu spécifiquement pour l'HB, permet de confirmer le choix des variables retenues dans la présente étude. En effet, parmi de nombreux facteurs psychologiques et psychosociaux, le modèle souligne l'importance des variables de détresse liée au poids et à l'image corporelle, de la régulation émotionnelle et du stress.

L'absence de données pour connaître précisément la prévalence de l'HB auprès de la population adolescente québécoise contribue à établir la pertinence de la présente étude. Cela est d'autant plus important que la majorité des problèmes d'HB se développent durant cette période charnière (Mussell et al., 1995), plus spécifiquement durant les années scolaires du secondaire ou postsecondaire (Schwitzer & Rodriguez, 2002).

D'ailleurs, il a été démontré que les individus utilisent des stratégies pour faire face aux situations stressantes et problèmes divers, dont certaines, moins adaptatives, pourraient être associées au développement et au maintien de crises boulimiques. Dans le même sens, plusieurs études établissent des liens entre le stress, les stratégies de coping, et les troubles du comportement alimentaire en général. De tels résultats de recherche amènent à penser qu'il existe possiblement des liens entre l'HB et l'utilisation de certaines stratégies de coping. C'est pourquoi la présente étude se propose de récolter de telles données afin de mieux comprendre les particularités de l'HB chez les jeunes, plus particulièrement au Québec.

Objectifs de recherche

Cet essai s'inscrit dans une étude plus vaste portant sur la santé, le vécu et les comportements alimentaires des adolescents. Il s'agit d'une recherche exploratoire qui vise, entre autres, à recueillir des données relatives à un phénomène peu étudié, l'HB, un trouble récemment inclus au DSM-5. Cette étude utilise un schème corrélationnel de

type descriptif et exploratoire. L'objectif premier est d'estimer la prévalence de l'HB ainsi que la présence de facteurs associés auprès d'une population d'adolescents du Saguenay. Il apparaît pertinent d'étudier la prévalence de l'HB auprès de cette population, considérant qu'à l'instar des autres TCA, l'HB se manifeste généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les manifestations d'HB divergent en fonction du genre et c'est pourquoi la présente étude en tient compte.

De plus, un autre objectif de ce projet est d'explorer les liens entre l'HB et le coping d'approche et d'évitement et le coping émotionnel, considérant que la régulation émotionnelle semble associée à l'HB.

Par ailleurs, il s'avère pertinent de cibler aussi la vérification des liens entre l'HB et la satisfaction liée à l'image corporelle et au poids, considérant que plusieurs études et certains modèles théoriques indiquent qu'il s'agit de facteurs psychologiques et psychosociaux contribuant au développement et au maintien des crises de boulimie.

Il s'agit, à notre connaissance, de la première recherche au Québec et au Canada portant sur la prévalence de l'hyperphagie boulimique et sur ses liens avec le coping et la satisfaction liée à l'image corporelle. Par le fait même, un objectif complémentaire est de contribuer à établir la validité des instruments de mesure utilisés, d'autant plus que certains d'entre eux ont fait l'objet de traduction. L'originalité de la recherche tient

également au fait que l'HB est un trouble alimentaire encore peu connu, comme en atteste le peu de publications la concernant.

Questions et hypothèses de recherche

À partir de la recension d'écrits présentée dans le contexte théorique, il est possible de retenir, pour la présente étude, les questions et hypothèses de recherche suivantes :

Q1 Quelle est la prévalence de l'hyperphagie boulimique (HB) chez les adolescents (es) de secondaire III, IV et V d'une école secondaire du Saguenay?

Q2 Existe-il des différences entre les scores d'HB, tels que mesurés par le BES, selon le groupe d'âge, le niveau de scolarité et le genre?

H1 Il existe des différences significatives entre les différentes mesures du coping d'approche et d'évitement en fonction du genre.

H2 Il existe des relations significatives entre le score d'HB et ceux du coping d'approche et d'évitement.

H3 Il existe une relation significative entre le score d'HB et le coping émotionnel.

H4 Il existe une différence significative entre les scores d'HB en fonction de la satisfaction de l'image corporelle.

Méthode

Cette section décrit la méthode utilisée pour répondre aux questions de recherche et pour vérifier les hypothèses. Elle présente une description des participants à l'étude ainsi que les instruments utilisés pour mesurer les variables retenues. Suivront ensuite la procédure et le déroulement de la cueillette des données et enfin la description des analyses statistiques.

Caractéristiques sociodémographiques des adolescents

Les participants à l'étude sont des élèves de secondaire III, IV et V âgés de 15 à 18 ans recrutés dans le secteur public d'une école secondaire de Saguenay. L'échantillon total initial des participants est constitué de 429 adolescents. Les données relatives aux différentes caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude se retrouvent à l'Appendice A. Parmi les 429 participants de l'échantillon à l'étude, les femmes représentent 57,6 % de cet échantillon tandis que les hommes en représentent 42,4 %. L'âge moyen des participants est de 15,65 ($ET= 1,03$). Parmi les adolescents, 29,6 % sont âgés de 15 ans et 34,5 % sont âgés de 16 ans, ce qui constitue pratiquement les deux tiers des participants (64,1 %). Près du cinquième des adolescents (18,5 %) sont âgés de 17 ans et 14,3 % d'entre eux sont âgés de 14 ans. Environ un tiers des participants se retrouve respectivement en secondaire III (36,1 %), IV (31,5 %) et V (32,4 %). Seulement le vingtième (5 %) des participants sont autochtones. La plupart des adolescents demeurent chez leurs deux parents (70,7 %).

Instruments de mesure

La méthode utilisée est celle d'une enquête au moyen d'un questionnaire auto administré. Le questionnaire (voir Appendice B) regroupe des instruments psychométriques visant à évaluer l'HB, les différentes stratégies de coping privilégiées, les expériences de vie relatives à la consommation, ainsi que des données sociodémographiques (âge, taille, poids, revenu, silhouette, etc.).

Évaluation de l'hyperphagie boulimique

Binge Eating Scale (BES). Le *BES* (Gormally et al., 1982) a été retenu pour évaluer l'HB. Le *BES* est un instrument initialement développé pour mesurer la gravité des crises de boulimie, la consommation incontrôlée d'une grande quantité de nourriture chez les individus hyperphages en surpoids (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982). Il s'agit d'un instrument de recherche qui a largement été utilisé pour mesurer la gravité des crises boulimiques auprès d'une population de gens qui présentaient des crises de boulimie sans purge (Marcus, Wing, & Lamparski, 1985; Wing, Marcus, Epstein, Blair, & Burton, 1989). Le *BES* est spécifiquement adapté pour dépister la présence et la sévérité de l'HB (Gormally et al., 1982).

Le *BES* a été traduit en français par une équipe d'assistants de recherche bilingues selon les trois premières étapes du processus de validation transculturelle de Vallerand (1989). Par la suite, un comité de trois personnes bilingues a fait une évaluation des versions préliminaires pour élaborer une version expérimentale. Cette dernière version a

ensuite été soumise à un traducteur professionnel spécialisé en psychologie pour établir la version définitive de la traduction française. Un prétest a été réalisé auprès d'une dizaine de personnes afin de vérifier le niveau de compréhension de la traduction et d'identifier les items pouvant être problématiques (difficulté de compréhension par une majorité de personnes). Aucun des items ne s'est avéré problématique.

Le choix de cet instrument de mesure a été effectué après une pré-expérimentation permettant de vérifier les réactions des adolescents aux deux instruments initialement ciblés (*BES* et *EDE-Q-I*). Les résultats de cette pré-expérimentation ont laissé clairement voir que le *EDE-Q-I* n'était pas applicable auprès de cette clientèle : trop difficile à comprendre pour les participants et ainsi inapplicable à des groupes d'élèves de cet âge. En l'absence d'un instrument spécifiquement créé pour le diagnostic auprès des adolescents, le *BES* a été retenu, bien qu'il s'agisse d'un instrument de dépistage particulièrement sensible et peut donc surestimer grandement la prévalence. Le *BES* permet de dépister l'HB de façon satisfaisante alors que le *EDE-Q-I* serait le meilleur instrument de diagnostic (Celio, Crow, Mitchell, & Walsh, 2004).

Le *BES* est constitué de 16 items. Huit items se rapportent aux manifestations comportementales et huit autres se rapportent aux manifestations cognitives et émotives associées au comportement hyperphagique. Chaque item se compose de trois ou quatre énoncés qui reflètent une gamme de sévérité (0 indiquant une absence de difficultés liées à l'HB et 3 indiquant un problème sévère d'HB). Le participant choisit l'énoncé qui

décrit le mieux ses perceptions et ses sentiments associés à ses comportements alimentaires. La sommation des cotes aux 16 items permet d'obtenir des résultats se situant sur une échelle continue de 0 à 46. À partir de ces valeurs, il est également possible d'obtenir trois degrés de sévérité d'hyperphagie boulimique en s'appuyant sur les valeurs limites précédemment obtenues par Marcus, Wing et Hopkins, (1988). Un score total inférieur ou égal à 17 signifie qu'une légère HB ou qu'aucun problème d'HB n'est retrouvé, un score se situant de 18 à 26 indique un problème d'HB modéré, tandis qu'un score supérieur ou égal à 27 signale un problème sévère d'HB (Greeno, Marcus, & Wing, 1995). Parmi les 16 items du *BES* de la présente étude, deux items ont dû être ajustés en raison d'une erreur d'omission lors de la transcription du questionnaire. Les participants ont reçu la moyenne théorique (soit respectivement 2 et 1) pour les items 15 et 16.

À partir de cet instrument, il est possible de distinguer deux aspects de la crise boulimique : 1) l'aspect comportemental (manifestation de prise alimentaire importante) et 2) l'aspect émotif et cognitif relié à la perte de contrôle associé à la crise (culpabilité, peur de l'incapacité d'arrêter de manger). Il est à noter que l'attention portée aux symptômes subjectifs de sensations et de perte de contrôle n'évalue pas la quantité d'aliments consommés durant les crises boulimiques.

Le *BES* dans sa version originale présente une bonne fidélité test-retest ($r = 0,87, p < 0,001$) (Timmerman, 1999). L'alpha de Cronbach (0,89) de l'instrument

original indique une bonne cohérence interne (Gormally et al., 1982). Dans le présent échantillon, l'alpha de Cronbach (0,814) indique aussi une bonne cohérence interne. Toutefois, deux items (15 et 16) ne sont pas inclus dans les calculs.

Dans une visée de validation de l'instrument utilisé dans la présente recherche, une question a été ajoutée au questionnaire. Cette question a été générée à partir d'une description du trouble d'hyperphagie boulimique. Le participant doit indiquer jusqu'à quel point ses comportements alimentaires ressemblent à la description suivante : *Au moins une fois par semaine durant les trois derniers mois, j'ai mangé en une période de temps limitée une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient. Pendant ces périodes, j'avais l'impression de perdre le contrôle et après j'éprouvais de la culpabilité, de la honte ou une certaine détresse.* La réponse pour cette question est obtenue à partir d'une échelle de type Likert à cinq points, allant de pas du tout (1) à tout à fait (5).

Évaluation des stratégies de coping

Self-Report Coping Style. Une version française abrégée du *Self-Report Coping Style* (SRCS; Causey & Dubow, 1992) est utilisée pour connaître les stratégies adoptées par les adolescents pour faire face aux problèmes et difficultés associés à certains stressseurs. La version française utilisée est celle de Hébert, Parent et Daignault (2007).

La version abrégée du SRCS, retenue dans la présente étude, comprend 21 items tandis que la version complète en contient 34 (Hébert et al., 2007). Le SRCS évalue deux stratégies d'approche : la recherche de soutien social (p. ex., « Je demande conseil à un ami ») et la recherche autonome de résolution de problème (p. ex., « J'essaie de penser aux différentes façons de régler le problème »). Trois stratégies de coping d'évitement essentiellement centrées sur l'émotion y sont également incluses : la distanciation (« Je dis que ça ne me dérange pas »), l'intériorisation (« Je m'en fais trop avec ça ») et l'extériorisation (« Je me fâche et je lance ou frappe quelque chose »). Les stratégies d'approche susmentionnées sont principalement issues des travaux de Roth et Cohen (1986). La réponse à chacun des items du SRCS utilise une échelle de type Likert à cinq points, allant de jamais (1) à toujours (5). Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach de la version originale) varient de 0,68 à 0,84 (Causey & Dubow, 1992). Hébert et ses collègues (2007) rapportent des alphas de Cronbach pour la version abrégée du SRCS variant de 0,66 (intériorisation) à 0,80 (recherche de soutien social). Pour le présent échantillon, les alphas de Cronbach pour la version abrégée du SRCS varient de 0,51 (résolution de problème) à 0,71 (soutien social), ce qui correspond à des valeurs allant de faibles à acceptables.

Emotional Approach Coping Scale. Le coping émotionnel est mesuré à l'aide de l'instrument intitulé « Échelle de coping émotionnel (ÉCÉ) », version française de l'*Emotional Approach Coping Scale* (EACS; Stanton et al., 1994). Cette échelle mesure deux composantes du coping : le traitement et l'expression des émotions. La traduction

française a été réalisée par Émond et Tremblay (2008) en utilisant la méthode de traduction parallèle renversée (Vallerand, 1989). Ce questionnaire comprend 16 items répartis également entre les deux sous-échelles identifiées ci-dessus (le traitement émotionnel et l'expression des émotions).

La sous-échelle du traitement émotionnel cible ce que le répondant fait pour connaître, explorer et comprendre ses émotions (p. ex., « J'essaie de comprendre mes sentiments »). La sous-échelle de l'expression des émotions évalue l'expression volontaire de ses émotions (p. ex., « Je prends le temps d'exprimer mes émotions »). Les participants répondent au questionnaire à partir de la consigne suivante : « Coche sur l'échelle suivante, dans quelle mesure chacun des énoncés décrit ce que tu fais pour faire face à tes problèmes et difficultés? ». Il s'agit d'une adaptation de la question utilisée dans l'étude menée par Stanton et ses collègues (2000a) où la question suivante était adressée à des femmes ayant un cancer du sein : « Qu'est-ce que vous avez fait pour vous ajuster à votre cancer du sein? ». Pour chaque énoncé, les participants répondent en utilisant une échelle de type Likert de quatre points allant de 1 « Je ne le fais pas du tout » à 4 « Je le fais beaucoup ». L'addition des scores de tous les items génère le score total de coping émotionnel et deux scores distincts peuvent aussi être obtenus pour les sous-échelles. Un score global élevé indique un meilleur niveau de coping émotionnel. En ce qui concerne les propriétés psychométriques de l'*EACS*, quatre études menées par Stanton et ses collègues (2000b) indiquent que l'instrument a démontré une validité et des propriétés psychométriques satisfaisantes, et ce, autant dans la version situationnelle

que celle qui évalue l'état général (disposition). Au niveau situationnel, selon l'étude psychométrique de Stanton et ses collaborateurs (2000b), les sous-échelles du traitement et de l'expression des émotions laissent respectivement voir des coefficients de consistance interne de 0,96 et de 0,95.

En ce qui concerne la fidélité test-retest sur une période de quatre semaines, elle est de 0,81 pour le traitement des émotions et de 0,79 pour l'expression des émotions, ce qui s'avère très satisfaisant (Stanton et al., 2000b). La fidélité de la traduction française de l'échelle de coping émotionnel est aussi excellente, avec une cohérence interne de 0,94 (alpha de Cronbach) au niveau du traitement et de l'expression des émotions. Ces données découlent d'un rapport d'analyses quantitatives provenant d'une étude réalisée auprès de 242 participants adultes effectuée par Émond et Tremblay (2008). Pour le présent échantillon, les alphas de Cronbach varient de 0,71 (traitement émotionnel) à 0,91 (expression émotionnelle), c'est-à-dire des valeurs indiquant des cohérences internes respectivement acceptable et excellente.

Évaluation de la satisfaction liée à l'image corporelle

Un questionnaire sur la perception de la silhouette corporelle actuelle et la perception de l'apparence idéale est aussi inclus : le *Contour Drawing Rating Style*.

Contour Drawing Rating Scale Style. La composante perceptuelle de l'image corporelle constitue la représentation mentale de son propre corps. Afin d'évaluer la

perception corporelle des participants à l'étude, le *Contour Drawing Rating Scale* style est utilisé (Thompson & Gray, 1995). Il s'agit d'une échelle de « silhouette corporelle » où les participants doivent choisir, parmi un ensemble de dessins représentant des physionomies, celle qui correspond à leur corps (en fonction du genre; de très mince à très obèse). Ensuite, les participants sont invités à choisir la silhouette idéale. Un indice de satisfaction de l'image corporelle est obtenu à partir de la différence entre la perception désirée et la perception actuelle. Les scores ainsi obtenus varient de -8 à +8; un score de 0 indique que la personne est satisfaite de son image corporelle. Un score négatif indique que la personne souhaite être plus mince alors qu'un score positif indique que la personne souhaite être plus corpulente. Des indices de validité de construit (*concurrent validity*) se sont avérés acceptables, variant de 0,59 à 0,71 auprès d'adultes (Thompson & Gray, 1995). Dans la présente étude, les scores de cette variable ont été transformés pour générer deux catégories : satisfait (score = 0)/insatisfait (score $\neq$ 0).

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique a permis de recueillir des informations sur plusieurs caractéristiques des participants telles que l'âge, le genre, l'ethnie, etc.

Procédure et déroulement de la cueillette des données

Un certificat d'éthique a d'abord été obtenu par les chercheurs principaux auprès du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQAC (voir Appendice C). Puis, après

l'obtention de l'autorisation de la direction de l'école secondaire de Saguenay prenant part à l'étude, les enseignants recrutés ont présenté durant leur période de classe respective un document de déclaration de consentement qui explique clairement et brièvement la nature et les buts du projet de recherche portant sur la santé, le vécu et les comportements alimentaires des adolescents. Ce dernier expose également les modalités de participation, d'anonymat et de confidentialité des données recueillies. Suite à l'envoi d'une lettre aux parents (Appendice D) et à la déclaration de consentement des élèves (Appendice E), la passation du questionnaire (Appendice B) a été complétée en classe par ceux qui ont accepté de participer à l'étude. Le document de déclaration de consentement indique également les avantages et les risques connus associés à la participation à l'étude ainsi que les ressources disponibles à l'intérieur et à l'extérieur de l'école. Afin de remercier les participants, trois certificats d'achat (au magasin de leur choix) de 50 \$ ont été tirés au hasard parmi les participants. Le temps requis pour remplir le questionnaire se situe entre 25 et 45 minutes.

Analyses statistiques

Après les analyses statistiques préliminaires, incluant les analyses pour la validation du questionnaire *BES*, la prévalence de l'HB chez les adolescents est calculée. Par la suite, l'étude de liens entre l'HB et les différentes conceptions de coping est réalisée au moyen d'analyses corrélationnelles ou de comparaisons de moyennes selon le genre (anova, tests-*t* et tests de comparaisons non paramétriques). D'autres analyses,

notamment des Chi-carré (χ^2), permettent d'évaluer certains liens entre l'HB, l'âge, le genre et l'image corporelle (selon leur satisfaction/insatisfaction).

Résultats

Ce chapitre décrit les résultats obtenus et se divise en deux sections. Seront d'abord présentés les analyses préliminaires puis, dans un deuxième temps, les résultats issus des analyses statistiques principales, en fonction des questions et des hypothèses de recherche.

Analyses préliminaires

Les analyses préliminaires comprennent les statistiques descriptives pour les variables à l'étude ainsi que des analyses vérifiant si les données respectent les postulats de linéarité, d'homoscédasticité et de normalité. De plus, les analyses permettent d'identifier les données aberrantes et extrêmes.

Trois participants ont été éliminés de l'échantillon en raison des données aberrantes retrouvées pour plusieurs variables. Ainsi, l'échantillon sur lequel porteront les analyses principales s'élève à 426 adolescents. Pour certaines variables à l'étude, les données extrêmes univariées (*outliers*) ont également été remplacées par « données manquantes » afin de réduire les biais des analyses statistiques inférentielles. Cela explique la variation du *N* selon les analyses statistiques. Il s'agissait principalement de valeurs inhabituelles et inconsistantes vu la distribution (p. ex., un score de coping plus élevé que ce que l'échelle permet). D'autres s'apparentent à des erreurs cléricales dans

la saisie de données (p. ex., répétitions d'une valeur numérique improbable dans l'entrée de données). Aucune donnée extrême multivariée n'a été retirée de l'échantillon.

Au niveau de la distribution des scores pour chacune des variables, les analyses préliminaires laissent voir un problème d'hétéroscédasticité pour certaines variables. Des ajustements qui prennent en compte le postulat d'homoscédasticité sont apportés pour les analyses statistiques qui requièrent des variances égales. Des diagrammes de dispersion ont été utilisés pour évaluer la linéarité. Le postulat de linéarité n'est pas systématiquement rencontré dans la distribution bivariée. Les valeurs de Kurtose pour les deux échelles principales de coping (éviterement et approche) sont assez élevées (leptokurtique). Le Tableau 2 présente les analyses descriptives de l'ensemble des variables principales à l'étude. Le postulat de normalité est rencontré pour l'ensemble des variables. Les moyennes, les écarts-types, les valeurs minimales et maximales des scores obtenus aux principales variables à l'étude sont aussi représentées dans le Tableau 2.

Analyses principales

Cette section présente d'abord les analyses servant à vérifier la validité du *BES*, utilisé dans la présente étude pour l'évaluation de l'HB. Subséquemment, les résultats relatifs aux analyses principales sont présentés en fonction des questions et hypothèses de recherche.

Tableau 2
Statistiques descriptives des principales variables à l'étude

Variables	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>E-T</i>	<i>Variance</i>	<i>Asymétrie</i>	<i>Kurtose</i>
Sexe	426	1	2	1,577	0,495	0,245	-0,315	-1,910
Niveau de sévérité d'hyperphagie boulimique	424	1,00	3,00	2,274	0,533	0,284	0,135	-0,465
Score d'hyperphagie boulimique	426	3,00	45,00	24,873	6,137	37,664	0,362	1,686
Satisfaction de l'image corporelle	409	0	1	0,589	0,493	0,243	-0,364	-1,877
Coping d'approche	416	1,00	8,13	3,123	0,925	0,855	0,946	5,276
Coping d'évitement	417	1,00	5,75	2,382	0,608	0,370	0,737	3,102
Coping d'approche Résolution de problèmes	410	1,00	5,00	3,501	0,852	0,726	-0,807	0,984
Coping d'approche soutien social	415	1,00	5,00	2,630	0,940	0,884	0,050	-0,639
Coping d'évitement distanciation	415	1,00	5,00	2,337	0,739	0,545	0,607	0,889
Coping d'évitement extériorisation	416	1,00	5,00	2,355	0,793	0,628	0,327	-0,075
Coping d'évitement intérieurisation	415	1,00	5,00	2,399	0,839	0,704	0,297	-0,265
Coping émotionnel global	421	1,00	4,00	2,352	0,677	0,458	0,005	-0,420
Coping émotionnel traitement	418	1,00	4,00	2,319	0,731	0,534	0,064	-0,604
Coping émotionnel expression	422	1,00	4,00	2,371	0,799	0,638	0,160	-0,644
Validité du <i>BES</i>	416	1	5	1,70	0,918	0,843	1,350	1,418

Validation de l'instrument d'évaluation de l'hyperphagie boulimique

Pour la présente étude, puisqu'un objectif complémentaire est de contribuer à l'étude de la validité concomitante du BES, entre autres parce qu'il a fait l'objet de traduction, les scores obtenus à l'échelle du *BES* ont été mis en relation avec le score obtenu à la question élaborée à cette fin. L'analyse corrélationnelle bivariée réalisée a montré une corrélation significative ($r(416) = 0,51, p < 0,001$), avec un effet relativement important, ce qui supporte indirectement la validité des scores de la mesure du *BES* (indice de cohérence interne).

Considérant la disparité de genre qui se retrouve habituellement dans les troubles du comportement alimentaire, des analyses corrélationnelles ont aussi été réalisées séparément selon le genre. Auprès des garçons, les résultats laissent voir un coefficient significatif ($r(174) = 0,385, p < 0,001$) avec un effet de moyenne taille. Pour les adolescentes, les résultats mettent en évidence un coefficient significatif plus élevé ($r(242) = 0,54, p < 0,001$), indiquant un effet de grande taille.

Prévalence de l'hyperphagie boulimique

La première question cherchait à estimer la prévalence de l'HB chez les adolescents. Les mesures d'HB ont été obtenues à partir du *BES*. Afin d'établir la prévalence de l'HB auprès de l'échantillon, des seuils sont nécessaires pour catégoriser les scores obtenus au *BES*. Considérant qu'aucune valeur limite (*cutt-off*) n'est actuellement disponible pour établir la sévérité des épisodes hyperphagiques auprès des

adolescents à partir des scores continus d'HB, les seuils établis pour les adultes sont utilisés, à titre exploratoire. À l'instar de Celio et ses collègues (2004), les résultats de prévalence obtenus à partir du *BES* utilisent le niveau d'HB sévère, plus conservateur. Ainsi, la valeur de coupure (≥ 27), généralement utilisée pour l'identification de l'HB sévère (Greeno, Marcus, & Wing., 1995), a été retenue comme critère de présence d'HB.

Une grande prudence sera donc nécessaire pour interpréter ces résultats. Des analyses complémentaires seront effectuées afin de dresser un portrait plus nuancé des données de prévalence et d'établir des liens avec d'autres variables. Les résultats indiquent que 134 participants (32 %) présentent des manifestations de l'HB. Considérant les disparités de genre généralement associées aux TCA, il est apparu souhaitable de reprendre l'analyse en fonction du genre. Pour les garçons, les résultats indiquent que 30 participants (16,7 %) présentent de l'HB alors que pour les filles, ce sont 104 participantes (42,3 %).

Hyperphagie boulimique, niveau de scolarité, âge et genre

La deuxième question de recherche (Q2) portait sur les différences entre les scores d'HB selon différentes variables démographiques : le niveau de scolarité, le groupe d'âge et le genre. Le score d'HB est obtenu à partir du *BES*. Le niveau de scolarité permet de répartir les participants selon leur niveau scolaire (secondaire III, IV ou V). Les différences dans les scores d'HB en fonction des « niveaux de scolarité » ont été vérifiées par une analyse de variance (anova). Après avoir vérifié que les postulats de

normalité et d'homogénéité des variances sont rencontrés, les résultats de l'analyse de variance ($F(2,423) = 1,691; p = 0,186$) ont mis en évidence qu'aucune différence significative n'existe dans les scores d'HB en fonction des niveaux de scolarité.

En ce qui concerne l'âge, les participants ont été regroupés en cinq catégories d'âge distinctes, c'est-à-dire de 14 à 18 ans. Toutefois, il est à préciser que l'unique participant qui se retrouve dans le groupe d'âge de 13 ans a été retiré temporairement afin de satisfaire la condition de réalisation minimale du test post-hoc nécessitant au moins deux observations dans un groupe d'âge donné. Une analyse de variance a également été réalisée afin de vérifier s'il existe des différences significatives dans les scores d'HB en fonction des regroupements d'âges. Les postulats de normalité et d'homogénéité des variances sont rencontrés. Les résultats ($F(4,420) = 1,353; p = 0,250$) indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes d'âge en ce qui concerne le score d'HB.

En ce qui a trait au genre, les différences des scores d'HB selon le sexe ont été vérifiées par un test t de Student. Les conditions d'utilisation concernant les distributions des variables ont été vérifiées. Les résultats indiquent une différence significative ($t(413) = -6,995; p < 0,001$). Ainsi, les adolescentes ($M = 26,5, \acute{E}T = 6,2$) laissent voir des scores d'HB significativement plus élevés que ceux des adolescents ($M = 22,6, \acute{E}T = 5,3$). La taille de l'effet est petite ($d = 0,10$).

Coping et comparaison selon le genre

Afin de vérifier la première hypothèse (H1), stipulant qu'il existe des différences au niveau des différentes mesures du coping d'approche et d'évitement en fonction du genre, des analyses statistiques de comparaisons de moyennes ont été réalisées. Les résultats sont présentés successivement en fonction de chacune des échelles principales et de leurs sous-échelles. Lorsque les variances des scores de coping sont significativement différentes selon le test de Levene, des corrections ont systématiquement été apportées.

Le Tableau 3 affiche les informations pertinentes relatives aux comparaisons des scores moyens d'HB obtenus par les adolescents aux différentes échelles de coping traditionnel en fonction du genre.

Coping d'approche et genre. Pour l'échelle principale du coping d'approche, la différence entre les moyennes obtenues en fonction du genre a été vérifiée à l'aide d'un test t de Student. Les résultats ($t(296) = -6,678; p < 0,01$) laissent voir des différences significatives entre les scores des filles et des garçons avec un effet de taille moyenne ($d = 0,69$). Ainsi, les adolescents ($M = 2,77, \acute{E}T = 0,85$) utilisent moins le coping d'approche que les adolescentes ($M = 3,29, \acute{E}T = 0,64$). Pour le coping de « résolution de problème », les postulats ne sont pas respectés et les variances sont significativement différentes ce qui a nécessité d'apporter des corrections. Les résultats montrent des différences significatives ($t(263) = -4,376; p = 0,03$) avec une taille d'effet

Tableau 3
Comparaisons des scores moyens obtenus par les adolescents aux différentes échelles de coping d'approche et d'évitement en fonction du genre

Variable	Genre	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>t</i>
Coping d'approche	Masculin	168	2,77	0,85	-6,678*
	Féminin	231	3,29	0,64	
Résolution de problèmes	Masculin	168	3,28	1,02	-4,376*
	Féminin	231	3,67	0,65	
Soutien social	Masculin	168	2,27	0,91	-7,23*
	Féminin	231	2,91	0,86	
Coping d'évitement	Masculin	168	2,2	0,58	-4,925*
	Féminin	231	2,48	0,53	
Distanciation	Masculin	168	2,35	0,76	0,367
	Féminin	231	2,33	0,73	
Extériorisation	Masculin	168	2,21	0,8	-3,062**
	Féminin	231	2,45	0,77	
Intériorisation	Masculin	168	2,05	0,77	-7,649*
	Féminin	231	2,66	0,8	

* $p < 0,001$ ** $p < 0,002$

moyen ($d = 0,47$). Plus spécifiquement, les adolescents utilisent moins la résolution de problème ($M = 3,28$; $ÉT = 1,02$) que les adolescentes ($M = 3,67$; $ÉT = 0,65$). Pour ce qui est du soutien social, les variances étant similaires, le test t laisse voir une différence significative ($t(397) = -7,23$; $p < 0,001$) avec un effet de taille moyenne ($d = 0,72$). Ces résultats signifient que les adolescents ($M = 2,27$; $ÉT = 0,91$) utilisent moins le soutien social que les adolescentes ($M = 2,91$; $ÉT = 0,86$).

Coping d'évitement et genre. En ce qui a trait à l'échelle principale du coping d'évitement, les résultats du test t démontrent une différence significative ($t(397) = -4,925; p < 0,001$) en fonction du genre (taille d'effet moyen; $d = 0,5$). Ces résultats indiquent que les adolescents ($M = 2,20; \acute{E}T = 0,58$) utilisent moins de stratégies d'évitement que les adolescentes ($M = 2,48; \acute{E}T = 0,53$). Pour la distanciation (p. ex., diversion, déni), les différences retrouvées entre les scores des adolescents et des adolescentes ne sont pas significatives ($t(397) = 0,367; p = 0,714$). En ce qui concerne l'échelle d'extériorisation, les résultats du test t laissent voir une différence significative ($t(397) = -3,062; p = 0,002$) et un effet de petite taille ($d = 0,31$). Les résultats démontrent que les adolescents ($M = 2,21; \acute{E}T = 0,80$) utilisent moins de stratégies d'extériorisation (crier, se fâcher, lancer des objets) que les adolescentes ($M = 2,45; \acute{E}T = 0,77$). Pour l'intériorisation, les résultats du test t confirment la présence d'une différence significative ($t(397) = -7,649; p < 0,001$). La taille de l'effet se situe entre un effet de moyenne et de grande taille ($d = 0,78$). Ces résultats indiquent que les adolescentes ($M = 2,66; \acute{E}T = 0,80$) ont tendance à intérioriser (p. ex., s'inquiéter, se culpabiliser) davantage que leurs compères masculins ($M = 2,05; \acute{E}T = 0,77$).

Relation entre l'HB et les copings d'approche et d'évitement selon le genre

Afin de vérifier la seconde hypothèse (H2), stipulant la présence de relations significatives entre l'HB et le coping d'approche et d'évitement, des analyses corrélationnelles bivariées ont été réalisées entre le score d'HB et les différentes mesures

du coping d'approche et d'évitement. Étant donné que les résultats obtenus à Q2 et H1 ont mis en évidence des différences significatives entre les garçons et les filles dans l'utilisation des stratégies de coping et dans leurs scores d'HB, les analyses statistiques ont été réalisées séparément en fonction du genre.

Le Tableau 4 présente les corrélations entre les scores d'HB et les scores d'utilisation des différentes stratégies de coping d'approche et d'évitement en fonction du genre. Les résultats indiquent qu'aucune relation significative n'est retrouvée en ce qui a trait l'échelle principale du coping d'approche. Par contre, le coping d'évitement est significativement corrélé avec l'HB ($r(242) = 0,345, p < 0,001$) chez les adolescentes. Il s'agit d'une relation positive. Ces résultats suggèrent que plus le niveau d'HB des adolescentes est élevé, plus l'utilisation des stratégies de coping d'évitement s'accroît aussi. La force du lien est moyenne (12 % de variance partagée).

Chez les adolescents, les résultats indiquent qu'une relation significative et positive existe entre le coping d'extériorisation et le score d'HB, autant chez les garçons ($r(174) = 0,19, p = 0,012$) que chez les filles ($r(242) = 0,183, p = 0,004$). Donc, plus l'utilisation de la stratégie d'extériorisation est élevée, plus le niveau d'HB est élevé. Cependant, la force du lien est faible et n'explique qu'environ 4 % de la variance totale entre ces variables.

Tableau 4
Corrélations entre les scores d'hyperphagie boulimique et les scores obtenus aux échelles de coping par les adolescents garçons et les filles

Variables	Genre	N	r	p
Coping d'approche	Masculin	175	-0,112	0,14
	Féminin	241	-0,022	0,729
Résolution de problèmes	Masculin	172	-0,129	0,091
	Féminin	238	-0,024	0,716
Support social	Masculin	174	-0,06	0,432
	Féminin	241	-0,041	0,525
Coping d'évitement	Masculin	175	0,131	0,084
	Féminin	242	0,345**	< 0,001
Distanciation	Masculin	174	0,07	0,359
	Féminin	241	0,061	0,344
Extériorisation	Masculin	174	0,190*	0,012
	Féminin	242	0,183**	0,004
Intériorisation	Masculin	174	0,235*	0,002
	Féminin	241	0,386**	< 0,001

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

Concernant la stratégie de coping d'intériorisation et l'HB, des liens significatifs ($r(241) = 0,386$, $p < 0,001$) sont retrouvés chez les adolescentes. La force du lien entre l'intériorisation et l'HB est de moyenne taille avec 15 % de variance partagée entre les variables. Les résultats suggèrent que lorsque le niveau d'HB est élevé, le niveau d'utilisation de la stratégie de coping d'intériorisation l'est aussi. Il existe une relation significative de plus petite taille chez les garçons, $r(174) = 0,235$, $p < 0,002$. Dans ce

cas, le coefficient de détermination indique qu'environ 6 % de la variance est partagée entre les variables.

En résumé, aucune relation significative avec l'HB n'est retrouvée pour l'échelle principale de coping d'approche et ses échelles secondaires (résolution de problèmes et soutien social). Une relation significative entre l'HB et l'échelle principale du coping d'évitement est identifiée chez les adolescentes. De plus, tant chez les garçons que chez les filles, sont retrouvées des relations significatives entre l'HB et l'utilisation de stratégies d'évitement d'« extériorisation » et d'« intériorisation ».

Hyperphagie boulimique et coping émotionnel de Stanton

Afin de vérifier la troisième hypothèse (H3), stipulant qu'il existe une relation significative entre le score d'HB et le coping émotionnel, des analyses corrélationnelles ont été effectuées. L'échelle de coping émotionnel (ECE) se divise en deux sous-échelles : « traitement émotionnel » et « expression émotionnelle ». Le Tableau 5 rassemble les résultats issus de ces analyses.

Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de relations significatives entre le score d'HB et le coping émotionnel tant chez les filles que les garçons. Cela infirme l'hypothèse (H3) selon laquelle le coping émotionnel est significativement associé à l'HB. À titre complémentaire, des tests *t* ont été conduits afin de vérifier s'il existe des différences au niveau du coping émotionnel en fonction du genre. Le test *t* confirme la

Tableau 5
Corrélations entre les scores d'hyperphagie boulimique et les scores de coping émotionnel obtenus par les adolescents garçons et filles

Variable		Genre	N	r	p
Coping émotionnel	Global	Masculin	178	-0,049	0,505
		Féminin	243	-0,022	0,736
	Traitement émotionnel	Masculin	178	-0,032	0,671
		Féminin	240	-0,044	0,502
	Expression émotionnelle	Masculin	179	-0,058	0,439
		Féminin	243	-0,022	0,730

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$.

présence de différences significatives ($t(397) = -7,312$; $p < 0,001$) avec un effet de moyenne à grande taille ($d = 0,75$). Les résultats indiquent que les adolescentes ($M = 2,54$; $ÉT = 0,62$) traitent et expriment davantage leurs émotions que les adolescents ($M = 2,07$; $ÉT = 0,64$). Le Tableau 6 résume les résultats obtenus aux tests t concernant les scores de coping émotionnel en fonction du genre.

De plus, lorsque les tests t sont répétés afin de vérifier spécifiquement les deux échelles secondaires du coping émotionnel global, c'est-à-dire le « traitement émotionnel » et l'« expression émotionnelle », il est constaté que les filles ($M = 2,46$; $ÉT = 0,71$) traitent les émotions avec plus de facilité que les garçons ($M = 2,11$; $ÉT = 0,71$). Ces différences sont significatives ($t(397) = -4,803$; $p < 0,001$). Concernant l'expression des émotions, des différences significatives ($t(397) = -7,756$; $p < 0,001$) laissent voir que les adolescentes ($M = 2,61$; $ÉT = 0,76$) expriment plus leurs émotions

Tableau 6
Comparaisons des scores moyens obtenus par les adolescents aux différentes échelles de coping émotionnel en fonction du genre

Variable		Genre	N	M	ÉT	t
Coping émotionnel	Global	Masculin	168	2,07	0,64	-7,312*
		Féminin	231	2,54	0,62	
	Traitement	Masculin	168	2,11	0,71	-4,803*
		Féminin	231	2,46	0,71	
	Expression	Masculin	168	2,02	0,73	-7,756*
		Féminin	231	2,61	0,76	

* $p < 0,001$

que leurs compères masculins ($M = 2,02$; $ÉT = 0,73$). Pour le traitement des émotions, il s'agit d'un effet de moyenne taille ($d = 0,49$) tandis que pour l'expression des émotions, il est de grande taille ($d = 0,79$).

Satisfaction de l'image corporelle et hyperphagie boulimique

Afin de vérifier la quatrième hypothèse (H4), stipulant que les scores d'HB seraient différents en fonction de la satisfaction corporelle, un test t a été réalisé entre les scores obtenus au *BES* en fonction de la satisfaction personnelle.

Compte tenu des résultats obtenus précédemment, il a également été jugé souhaitable de réaliser aussi les analyses en tenant compte du genre. Le score d'HB est un score continu qui est obtenu à partir du *BES* tandis que la satisfaction de l'image

corporelle répartit les participants selon qu'ils sont, ou non, satisfaits de leur image personnelle à partir d'une échelle de silhouette corporelle, le « *Contour Drawing Rating Scale Style* ».

Indépendamment du genre, le test t de comparaison de moyenne indique la présence de différences significatives ($t(398) = -7,359; p < 0,001$) au niveau des scores d'HB en fonction de la satisfaction face à l'image corporelle. Ainsi, les adolescents insatisfaits de leur image corporelle ont en moyenne un score plus élevé d'HB que ceux qui sont satisfaits de leur image corporelle.

La différence des scores d'HB en fonction de la satisfaction corporelle demeure significative lorsque les garçons et les filles sont analysés séparément, bien que les scores d'HB soient systématiquement plus élevés chez les filles. Les résultats indiquent respectivement pour les garçons et les filles un résultat de $t(171) = 4,245; p < 0,001$ et $t(219) = 5,492; p < 0,001$. Le Tableau 7 présente les scores d'HB en fonction du genre et de la satisfaction corporelle.

Pratiquement autant de garçons rapportent être satisfaits (48 %) qu'insatisfaits (52 %) de leur image corporelle (satisfait = 84 / insatisfait = 89), tandis que chez les filles, la tendance est qu'elles sont pratiquement deux fois plus nombreuses (64 %) à rapporter une insatisfaction de leur image corporelle (satisfait = 84 / insatisfait = 152).

Tableau 7
Comparaisons des scores d'hyperphagie boulimique en fonction de la satisfaction de l'image corporelle selon le genre

Satisfaction de l'image corporelle					
Variable	<u>Satisfait</u>		<u>Insatisfait</u>		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Genre					
Masculin	20,76 (<i>n</i> = 84)	5	24,01 (<i>n</i> = 89)	5,06	-4,245*
Féminin	23,83 (<i>n</i> = 84)	4,59	27,81 (<i>n</i> = 152)	6,44	-5,492*

* $p < 0,001$.

En conclusion et à titre d'analyses statistiques complémentaires, une analyse corrélationnelle point bisériale ($rpbi(409) = 0,331, p < 0,001$) démontre une association positive de moyenne taille (11 % de variance partagée) entre l'insatisfaction de l'image corporelle (variable dichotomique) et les scores d'HB (variable continue). Ainsi, les adolescents insatisfaits de leur image corporelle ont tendance à présenter un score plus élevé d'HB.

Synthèse des résultats

La prévalence de l'HB chez les adolescents, estimée à partir du BES, est de 32 % (16,7 % -garçons, 42,3 % -filles), présentant des manifestations importantes d'HB. Aucune différence dans les scores d'HB n'a été trouvée en fonction du niveau de scolarité et de l'âge. Toutefois, les résultats indiquent que les adolescentes présentent en moyenne des scores d'HB plus élevés que leurs homologues masculins.

En ce qui a trait aux différentes mesures de coping, aucune relation significative avec les scores d'HB n'est trouvée pour l'échelle principale d'approche. Par contre, des liens significatifs positifs de moyenne taille ont été retrouvés entre le coping d'évitement et l'HB. Les analyses réalisées à partir des scores aux sous-échelles ont laissé voir des relations significatives entre l'HB et certaines stratégies d'évitement, chez les garçons et les filles. Toutefois, les relations sont plus fortes en ce qui concerne les adolescentes. À propos du coping émotionnel de Stanton, aucune relation significative avec l'HB n'a été retrouvée. Des résultats complémentaires ont aussi mis en évidence que les adolescentes traitent et expriment les émotions plus facilement que les garçons.

Les résultats obtenus laissent voir que les adolescents insatisfaits de leur image corporelle affichent un score plus élevé d'HB que ceux qui sont satisfaits de leur image corporelle. De plus, il est démontré que plus d'adolescentes sont insatisfaites de leur image corporelle, comparativement aux adolescents.

Discussion

Cette section présente une discussion des résultats. Les objectifs de l'étude sont d'abord rappelés. Ensuite, les résultats sont analysés en fonction des questions et des hypothèses de recherche. Enfin, les forces et les limites de l'étude ainsi que les perspectives et prolongements possibles sont abordés.

Rappel des objectifs

Le présent essai, basé sur un schème corrélationnel de type descriptif et exploratoire, vise entre autres à recueillir des données relatives à un phénomène peu étudié, l'hyperphagie boulimique. Le premier objectif vise à estimer la prévalence de l'HB.

Un deuxième objectif de l'étude est d'explorer les liens entre l'HB et diverses mesures et composantes du coping d'approche et d'évitement ainsi que du coping émotionnel. De plus, l'HB est également étudiée en fonction de variables sociodémographiques et de la satisfaction de l'image corporelle. À notre connaissance, il s'agit de la première recherche au Québec et au Canada portant sur la prévalence de l'hyperphagie boulimique et sur ses liens avec le coping.

Un objectif complémentaire est de contribuer à l'établissement de la validité des instruments de mesure utilisés. L'originalité de la recherche tient principalement du fait que l'HB est un trouble alimentaire récemment ajouté au DSM-5 et encore peu étudié.

Discussion des résultats associés aux questions et hypothèses de recherche et résultats complémentaires

Première question

La première question (Q1) portait sur la prévalence de l'HB chez des adolescents de secondaire III, IV et V d'une école du Saguenay. Les résultats de prévalence obtenus dans la présente étude seront d'abord comparés à ceux d'autres études portant sur les adolescents ainsi qu'à certaines études portant sur les adultes. Par la suite, la discussion proposera certaines hypothèses explicatives pour enrichir la compréhension des taux de prévalence obtenus. L'estimation de la prévalence générale de l'HB chez les adolescents sera d'abord discutée et, par la suite, elle sera analysée en fonction du genre.

Considérations préliminaires. Avant de discuter des résultats obtenus, il s'avère nécessaire de considérer certains points pouvant avoir un impact sur la compréhension des résultats. Il importe de rappeler que l'HB est un trouble reconnu dans la pratique clinique et qu'il a été récemment introduit dans la dernière édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). À ce jour, la plupart des chercheurs ne considéraient pas tous les critères de l'HB dans leurs études. Par conséquent, l'absence de consensus quant à l'importance des différents critères diagnostiques de l'HB (p. ex.,

la durée, la fréquence et la nature objective ou subjective des crises boulimiques) rend difficile la comparaison des résultats de prévalence entre les études. Il faut aussi considérer que les données de prévalence recensées dans diverses études sont obtenues à partir d'instruments psychométriques différents, ce qui complique les comparaisons entre les études.

Il est important de rappeler que le *BES* est un instrument de dépistage et non un outil diagnostic. Le *BES* est un instrument particulièrement sensible et peut donc surestimer grandement la prévalence. Le seul instrument de diagnostic reconnu qui permet une évaluation exhaustive d'un TCA est une entrevue semi-structurée (l'*Eating Disorder Examination*, EDE). Le *BES*, pour sa part, évalue la présence et la sévérité de manifestations hyperphagiques indépendamment du TCA (p. ex., BN, AN, ou HB). Ces considérations préliminaires portant sur la mesure de l'HB et de la prévalence de l'HB à partir du *BES* invitent à la prudence dans l'interprétation des résultats relatifs à la prévalence du TCA.

La prévalence de l'hyperphagie boulimique. Dans la présente étude, les résultats de prévalence de l'HB obtenus à partir du *BES* indiquent que 32 % des adolescents (16,7 % pour les garçons, 42,3 % pour les filles) présentent des manifestations d'HB importantes.

Prévalence de l'HB : comparaison avec les études auprès d'adolescents. Une seule étude a utilisé le *BES* auprès d'adolescentes, soit l'étude de Napolitano et Himes (2011), excluant les participantes présentant des comportements compensatoires. La prévalence de l'HB, obtenue à partir d'un questionnaire auto-rapporté (*Eating Disorder Diagnostic Scale*), a été estimée à 8,4 %. Toutefois, 44 % des participantes de l'échantillon ont rapporté des crises d'hyperphagie sévère, score obtenu à partir du *BES* (*Binge eating Scale*). Ces résultats au *BES* sont similaires à ceux retrouvés dans la présente étude (42 %), ce qui peut signifier que le taux des manifestations hyperphagiques sévères des américaines est comparable à celui des adolescentes de la région du Saguenay. Une autre étude (Ivezaj et al., 2010) laisse voir un taux de prévalence de 38,1 % obtenu à partir du QEWP-R (sans considérer la perte de contrôle et la détresse associée). Selon certaines études antérieures, la prévalence des manifestations hyperphagiques auprès des adolescents atteint des taux aussi élevés de 46 % pour les filles et de 30 % pour les garçons (Ross & Ivis, 1999; Story, French, Resnick, & Blum, 1995). Des taux variant de 5 % à 43 % ont été rapportés dans une recension d'écrits portant sur les adolescents lorsque les chercheurs prennent en compte les formes subsyndromiques (Saules et al., 2009). D'autres études, effectuées auprès d'adolescents, ont obtenu des taux de prévalence très variables en utilisant diverses mesures de l'HB; les paragraphes qui suivent en présentent quelques-unes (p. ex., Ackard et al. 2003; Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez, 2008; Tomori & Rus-Makovec, 2000; Vanderlinden et al., 2001).

Une étude de Lynch, Everingham, Dubitzky, Hartman et Kasser (2000) indique qu'approximativement 14 % des élèves rapportent s'engager régulièrement dans des crises boulimiques. Morris (2008) a trouvé que 17,3 % des adolescents de son échantillon présentaient de l'HB, indépendamment du genre, de l'âge, de l'IMC et de l'ethnie à partir de l'*Emotional Binge-Eating Questionnaire* (EBQ-D; Marcus, & Kallarchian, 2003).

D'autres chercheurs ont noté que 7 % des adolescents de leur échantillon rapportaient des épisodes répétés d'hyperphagie durant les 12 derniers mois (Ledoux, Choquet, & Flament, 1991). Grucza et ses collègues (2007) indiquent, à partir du *Patient Health Questionnaire* (PHQ), un dépistage positif du diagnostic d'HB chez 6,6 % des participants de leur étude. Le questionnaire utilisé par les chercheurs évalue plusieurs symptômes de l'HB, mais les sentiments de détresse associés à la crise d'hyperphagie ne sont pas considérés dans leur étude. De leur côté, Swanson et ses collègues (2011) ont évalué la prévalence du diagnostic de l'HB chez les adolescents à 1,6 % tandis que l'HB subsyndromique atteint 2,5 %. Ackard et ses collègues (2003) ont estimé la prévalence de l'HB à partir de l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-IV à 3,1 % des filles et à 0,9 % des garçons avec un échantillon de 4 746 adolescents américains.

En résumé, la prévalence de l'HB varie considérablement selon les critères diagnostiques et les instruments utilisés dans les différentes études portant sur les adolescents. Considérant que l'HB est un trouble relativement peu étudié et qu'il existe

une grande disparité de critères retenus et d'instruments employés selon les études, il n'est pas aisé, voire quasi impossible, de comparer entre eux les taux de prévalence de l'HB rapportés dans les écrits ainsi que de comparer les résultats de la présente étude aux taux recensés.

Toutefois, lorsque l'on compare les résultats de prévalence obtenus à partir du *BES* de la présente étude à la seule étude qui a utilisé le même instrument de mesure, les taux de prévalence des manifestations d'HB sont similaires (Napolitano et Himes, 2011). Il importe toutefois de noter que les manifestations hyperphagiques évaluées au moyen du *BES* peuvent aussi inclure les participants qui font appel à des comportements compensatoires (p. ex., se faire vomir), ce qui a pour effet de produire des taux de prévalence plus élevés que la prévalence stricte d'HB.

Prévalence de l'HB : disparité de genre chez les adolescents. Quelques études ont porté sur la disparité de genre de la prévalence de l'HB auprès des adolescents. Ackard et ses collègues (2003) présentent des taux de prévalence différents selon le genre chez des adolescents âgés de 11 à 18 ans (3,1 % des filles et 0,9 % des garçons). Ainsi, dans cette étude, les adolescentes étaient jusqu'à trois fois plus nombreuses que leurs homologues masculins à satisfaire aux critères diagnostiques de l'HB du DSM-IV. Dans une autre étude portant sur des étudiants collégiens, près de 30 % des filles et 10 % des garçons ont rapporté des problèmes actuels ou passés liés à des crises boulimiques (Heatherton, Nichols, Mahamedi, & Keel, 1995). Lynch, Everingham, Dubitzky,

Hartman, et Kasser (2000) ont rapporté des taux de crises boulimiques pratiquement deux fois plus élevés chez les filles (16,4 %) que chez les garçons (8,6 %). Ces résultats suggèrent que l'HB se retrouve de façon plus marquée chez les filles.

Ainsi, il semble relativement établi à partir des études disponibles, que la prévalence de l'HB est généralement plus élevée chez les adolescentes. Dans la présente étude, la prévalence des manifestations d'HB, estimée à partir du *BES*, pour les garçons et les filles atteint respectivement 16,7 % et 42,3 % indiquant un ratio de prévalence 2,5 fois plus élevé chez les filles que les garçons. Les résultats confortent la conclusion de disparité en fonction du genre. De plus, le ratio de disparité de la présente étude se situe entre ceux rapportés dans les écrits scientifiques. Les différences de genre dans les mesures d'HB seront approfondies dans la discussion relative à la deuxième question.

Prévalence de l'HB : comparaison avec des études auprès des adultes. Avec un objectif de mieux comprendre les résultats de la présente étude, il paraît souhaitable de les comparer à ceux d'études menées auprès des adultes. Les paragraphes qui suivent porteront sur la prévalence globale et la disparité de genre de l'HB chez les adultes.

Prévalence de l'HB chez les adultes. Les études démontrent que l'HB chez les adultes est plus fréquente que l'anorexie mentale et la boulimie, avec des taux de prévalence se situant autour de 2 % dans la population générale (Basdevant et al., 1995; Cortufo et al., 1997; Favaro et al., 2003; French et al., 1999; Hay, 1998; Smith et al.,

1998; Spitzer et al., 1992; 1993; Striegel-Moore & Franko, 2003; Wade et al., 2006; Westenhöfer, 2001). En général, il y a une disparité entre les taux de prévalence des adolescents et ceux des adultes. À l'instar de la plupart des écrits portant sur les taux de prévalence des manifestations d'HB chez les adolescents, la présente étude indique des taux plus élevés que ceux rapportés auprès des adultes.

Disparité de genre chez les adultes. Certains écrits scientifiques portant sur une population adulte (p. ex., Hudson et al., 2007) indiquent des prévalences de crises boulimiques assez semblables chez les femmes (4,9 %) et les hommes (4,0 %). Toutefois, spécifiquement pour l'HB, Hudson et ses collègues (2007) rapportent un taux de prévalence de 3,5 % pour les femmes et de 2 % pour les hommes. Essentiellement, les auteurs susmentionnés sont parvenus à des taux de prévalence de l'HB différents selon le genre, quoique les différences soient moins marquées chez les adultes que chez les adolescents.

Par ailleurs, certains chercheurs ne sont pas parvenus à établir des différences de prévalence de l'HB selon le genre (Mazzeo, Saunders, & Mitchell, 2006; Stiegel-Moore & Franko, 2003; Anderson, 2003; Croll, Neumark-Sztarner, Story, & Ireland, 2002).

D'autres écrits moins récents, portant sur une population adulte, indiquent que, contrairement à la boulimie nerveuse (BN) et à l'anorexie mentale (AN), il est estimé que les femmes ont seulement 1,5 fois plus de probabilité de recevoir un diagnostic

d'HB comparativement aux hommes (Spitzer et al., 1992; 1993; Wilson et al., 1993), ce qui est significativement différent du déséquilibre de genre retrouvé dans les autres troubles du comportement alimentaire. Ainsi, certaines études rapportent des taux de prévalence de l'HB légèrement plus élevés chez les femmes que les hommes.

Dans la présente étude, la disparité de genre retrouvée va dans le même sens que les résultats obtenus dans la plupart des études portant sur une population adulte et exposés précédemment. Toutefois, les différences de prévalence entre les sexes apparaissent plus importantes dans la présente étude, à l'instar des autres études portant sur des adolescents.

En résumé, ce qu'il faut retenir des taux de prévalence obtenus dans la présente étude est qu'ils sont élevés et congruents avec ceux de certaines études portant sur les adolescents. Par ailleurs, il existe une disparité de genre semblable à celle qui a été retrouvée dans les autres études auprès des adolescents.

Interprétation des résultats de prévalence. Dans les prochains paragraphes sont proposées des explications et hypothèses pour mieux comprendre les résultats de prévalence obtenus.

Un taux de prévalence élevé. Dans la présente étude, le taux de prévalence des manifestations de l'HB obtenu auprès des adolescents saguenéens est élevé, à l'instar de ceux rapportés dans d'autres écrits scientifiques.

Il pourrait être possible que de nombreux adolescents de l'échantillon manifestent des comportements alimentaires considérés pathologiques et apparentés à un ou à des troubles formels (p. ex., HB, BN ou AN, etc.). D'ailleurs, les troubles alimentaires sont des troubles complexes qui débutent généralement durant l'adolescence (Swanson et al., 2011). C'est aussi durant cette période de développement que plusieurs habitudes alimentaires sont acquises, dont certaines moins bien adaptées voire nuisibles pour la santé (p. ex., restrictions alimentaires, repas irréguliers, types d'alimentation excessivement riches en gras et en sucres, apports supérieurs à la dépense énergétique pouvant contribuer aux gains de poids puis à des comportements de régulation du poids, incluant les compulsions). Tremblay et Larivière (2009) ont rapporté que les mauvaises habitudes alimentaires chez les enfants et les adolescents pourraient être liées à l'obésité, à la satisfaction face à son corps ainsi qu'aux influences familiales, des pairs et à divers facteurs socio-culturels (médias, publicité, mode, etc.).

Toutefois, même si les résultats de la présente étude affichent un taux de prévalence élevé (32 %), il est peu vraisemblable qu'une telle proportion d'adolescents présente des manifestations alimentaires pathologiques. On pourrait considérer que certaines manifestations d'HB observées auprès des adolescents de la présente étude

s'inscrivent dans les comportements alimentaires fréquemment retrouvés durant l'adolescence. Ainsi, le taux de prévalence élevé de ces manifestations d'HB pourrait aussi inclure des caractéristiques alimentaires fréquentes à ces âges, et vraisemblablement non pathologiques, surtout si ces manifestations sont épisodiques et qu'elles ne se chronicisent pas. L'adolescence est également une période d'« expérimentation » de différents comportements excessifs (p. ex., toxicomanie, automutilation, etc.). De plus, il s'avère que les besoins nutritionnels propres à l'adolescence varient selon les exigences de la croissance et des influences hormonales, sans compter que ces apports nutritionnels diffèrent voire dépassent les apports conseillés aux adultes (Santé Canada, 2013).

Facteurs méthodologiques et hypothèses explicatives des résultats de prévalence.

Certains facteurs présentés dans les paragraphes qui suivent pourraient expliquer les résultats obtenus.

Caractéristiques du BES. Il est possible que l'instrument utilisé (*BES*) pour estimer la prévalence de l'HB soit peu adapté à la population adolescente puisqu'il a été développé à partir de critères initialement conçus pour les adultes. De plus, les valeurs limites (*cut-off*) pour qualifier la sévérité de l'HB ont été développées pour une population adulte américaine et n'ont pas été validées pour une population adolescente québécoise.

Comme le *BES* permet d'évaluer la présence et la sévérité de manifestations hyperphagiques indépendamment du TCA, on peut penser que les résultats de prévalence obtenus dans la présente étude recoupent plusieurs catégories diagnostiques qui partagent comme critère avec l'HB la crise boulimique (p. ex., BN, EDNOS).

Il faut aussi ajouter qu'à l'instar d'autres instruments auto rapportés, le *BES* n'évalue pas la nature objective de la crise d'HB, même si certains écrits scientifiques le contestent et soutiennent que la perte de contrôle est un meilleur marqueur de psychopathologie que la nature objective ou subjective de la crise (Beglin & Fairburn, 1992; Telch, Pratt & Niego, 1998). On peut ainsi penser que la prévalence enregistrée, basée sur l'évaluation subjective serait amplifiée.

Caractéristiques biopsychosociales et particularités de genre. Dans la présente étude, les résultats de prévalence de l'HB obtenus à partir du *BES* montrent que 32 % des adolescents, 16,7 % pour les garçons contre 42,3 % pour les filles, présentent des manifestations d'HB importantes. La disparité de genre des manifestations d'HB entre les adolescents pourrait être expliquée par une réalité inhérente aux caractéristiques biopsychosociales des garçons et des filles et qui traduit, notamment, un rapport particulier aux rôles sociaux. D'ailleurs, un ensemble de facteurs communs aux autres TCA présentés lors de la discussion de la Q2 peut aussi s'appliquer à l'HB (p. ex., les influences socioculturelles, la vulnérabilité génétique, les traits de personnalité).

On pourrait aussi penser, à titre d'hypothèse explicative de cette disparité, que les adolescents ne signalent pas leur détresse aussi aisément que les adolescentes, ce qui pourrait potentiellement expliquer que plusieurs garçons ne satisfont pas entièrement aux critères diagnostiques de l'HB. D'ailleurs, il est reconnu que les hommes sont moins susceptibles que les femmes de signaler une détresse associée aux crises de boulimie (Lewinsohn et al., 2002; Striegel-Moore & Franko, 2003), un critère requis pour le diagnostic de l'HB. Dans le même sens, on pourrait penser que les marqueurs de sévérité et de détresse de l'HB retrouvés dans le *BES* entraînent un dépistage significativement plus élevé chez les filles. Les références à la détresse dans plusieurs items du *BES* pourraient ne pas avoir la même résonance affective chez les garçons que chez les filles.

Certains chercheurs (p. ex., Striegel-Moore et al., 2009) ont indiqué que la disparité selon le genre retrouvée dans les écrits scientifiques dépend notamment des symptômes visés ou retenus par l'enquête de prévalence (p. ex., la perte de contrôle associée à l'hyperphagie, la fréquence des crises, etc.). Ainsi, il n'y a pas d'explication unique à la disparité de prévalence de l'HB en fonction du genre, tant chez les adolescents que chez les adultes.

Différence entre l'HB chez les adultes et les adolescents. La différence entre les résultats obtenus dans la présente étude auprès des adolescents et ceux relevés dans les études auprès d'échantillons d'adultes semble mettre en évidence que les adolescents rapportent davantage de manifestations d'HB que les adultes. Il est possible de croire

que la prévalence élevée obtenue auprès d'adolescents dans la présente étude (32 %), tout comme dans d'autres études sur les adolescents, s'explique par le fait que l'HB s'exprime différemment chez les adolescents et les adultes. En effet, il est reconnu que les troubles alimentaires se manifestent de façon différente chez les adolescents et les adultes (Delacuwe, Braet, & Fairburn, 2002; Marcus & Kalarchian, 2003; Nicholls, Xharter, & Lask, 2000). D'ailleurs, certains auteurs ont suggéré des critères diagnostiques différents de ceux proposés dans le DSM-IV et mieux adaptés à la population adolescente (Marcus & Kalarchian, 2003). Avec des critères mieux adaptés aux adolescents, on peut penser que les taux de prévalence obtenus pourraient être fort différents, vraisemblablement plus bas.

Conclusion sur les résultats de prévalence. En somme, les taux de prévalence obtenus dans la présente étude permettent de comprendre que les manifestations d'hyperphagie boulimique se retrouvent de façon importante dans la population adolescente de la région. Toutefois, la discussion de ces résultats a mis en évidence qu'on ne peut conclure qu'il s'agit là d'un taux que l'on doit formellement associer à un TCA, plus spécifiquement à l'HB.

De plus, ces résultats confirment des différences dans ces manifestations hyperphagiques selon le genre. En effet, les résultats laissent clairement voir des taux de prévalence 2,5 fois plus élevés chez les adolescentes comparativement aux adolescents.

En conclusion, il importe de retenir que dans l'état actuel des connaissances, il est, à toutes fins utiles, impossible d'établir un taux de prévalence d'HB valide et fiable. En effet, l'absence de balises établies quant aux critères diagnostiques à retenir pour une population d'adolescents ainsi que le manque d'instruments diagnostiques valides et faciles à administrer entraîne comme conséquence une très grande variabilité dans les taux de prévalence d'HB issus des recherches. Ce constat constitue toutefois une indication valide qu'il faut pousser l'investigation plus loin et que le phénomène de l'hyperphagie boulimique est préoccupant. Il ne reste qu'à poursuivre les efforts en ciblant spécifiquement le développement de critères et d'instruments adaptés à la population adolescente pour enfin arriver à bien estimer la prévalence du TCA qu'est l'HB.

Deuxième question

La deuxième question portait sur les différences entre les scores d'HB selon différentes variables démographiques : le niveau de scolarité, le groupe d'âge et le genre. Cette partie débute par le rappel des résultats relatifs à Q2; par la suite, la première section portera sur les variables « groupe d'âge » et « niveau de scolarité » tandis que la deuxième section abordera la variable « genre ». L'analyse des résultats relatifs à Q2 se poursuivra en comparant les résultats à ceux d'autres études portant sur les mêmes variables. Certaines hypothèses explicatives seront proposées pour favoriser une meilleure compréhension des résultats obtenus.

Rappel des résultats des scores d'hyperphagie boulimique en fonction des variables sociodémographiques. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les scores d'HB en fonction du groupe d'âge et du niveau de scolarité. Les résultats obtenus indiquent une différence significative entre les scores d'HB en fonction du genre, avec un score moyen d'HB significativement plus élevé chez les adolescentes que chez leurs compères masculins.

Absence de différences significatives entre les scores d'hyperphagie boulimique selon les groupes d'âge et le niveau de scolarité. Il est à noter que les résultats sont les mêmes pour l'âge et le niveau de scolarité. Ceci tient vraisemblablement au fait que l'âge des adolescents se répartit généralement uniformément selon le niveau de scolarité.

Une recension des écrits scientifiques n'a pas permis de relever des études ayant ciblé des différences d'HB selon le niveau de scolarité et l'âge des adolescents. Les résultats de la présente étude sont conformes à ceux de la seule étude portant sur la prévalence de l'HB chez les enfants et les adolescents (Morris, 2008), et qui a aussi laissé voir une absence de différence d'HB en fonction de l'âge.

À titre d'explication, on peut penser que les différences éventuelles des manifestations d'HB se révèlent seulement à un âge plus avancé que celui des adolescents étudiés dans la présente étude. D'ailleurs, l'étude de Kessler et al. (2013)

rapporte que l'âge d'apparition de l'HB est généralement le début de l'âge adulte ou bien l'adolescence tardive, ce qui pourrait expliquer qu'aucune différence d'HB n'ait été observée en fonction du groupe d'âge et du niveau de scolarité.

Différences entre les scores d'hyperphagie boulimique en fonction du genre.

Les résultats obtenus indiquent une différence significative entre les scores d'HB en fonction du genre; plus précisément que les filles présentent plus de manifestations d'HB que les garçons. Ces résultats vont dans le même sens que ce qui est généralement retrouvé dans la majorité des écrits scientifiques portant sur les principaux TCA, l'HB inclusivement, à savoir que les manifestations alimentaires pathologiques sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons (DSM-5, 2013).

La différence entre les scores d'HB selon le genre dans la présente étude pourrait s'expliquer par des différences signalées, dans des études auprès d'échantillons d'adultes, entre les hommes et les femmes quant à l'expression de leur détresse émotionnelle (Lewinsohn et al., 2002; Striegel-Moore, Wilson, Wilfrey, Elder, & Brownell, 1998; Tanofsky et al., 1997). Tel qu'évoqué lors de la discussion des résultats relatifs à la première question de recherche, il est possible de penser que les garçons signalent moins la détresse associée aux crises de boulimie que les filles et que c'est pour cette raison qu'ils affichent des scores d'HB inférieurs puisque c'est un critère formel du diagnostic de l'HB (Lewinsohn et al., 2002). On peut ainsi poser l'hypothèse que les adolescents peuvent être engagés dans des crises de boulimie récurrentes aussi

intensément que les adolescentes sans communiquer leur détresse et ainsi ne pas présenter des scores d'HB aussi élevés. D'un autre côté, il est aussi possible que les gars n'éprouvent pas la même détresse que les filles en raison de divers facteurs socioculturels, incluant notamment un rapport au corps et à l'alimentation différent selon le genre.

Les normes qui dictent les apports alimentaires selon le genre peuvent être perçues plus contraignantes pour les filles que pour les garçons, d'où la notion de perte de contrôle plus fréquemment associée aux comportements alimentaires chez les filles. La recherche de la minceur ou du corps idéal demande plus souvent aux filles et aux jeunes femmes de se maintenir au poids idéal, souvent au moyen d'une restriction alimentaire continuelle qui favorise la perte de contrôle (Boyce, 2004).

De plus, certains facteurs socioculturels peuvent contribuer à expliquer les différences de genre chez les adolescents. Nous pouvons compter les standards de beauté irréalistes qui divergent selon le genre des adolescents, dont l'idéalisation de la minceur chez les filles et la silhouette athlétique chez les garçons, les pressions sociales et les préjugés envers l'obésité (p. ex., van den Berg, Mond et al., 2010). Rappelons que la comparaison sociale et le degré d'internalisation des valeurs et des influences sociales vis-à-vis de l'idéal corporel sont deux mécanismes sous-jacents au développement de l'insatisfaction corporelle et des TCA (Thompson et al., 2004).

Il est aussi envisageable que les différences observées soient attribuables à des facteurs développementaux qui distinguent les garçons et les filles. Il est reconnu dans plusieurs écrits (p. ex., Desharnais & Goding, 1995; Dietz, 1994; Flynn et al., 1999) que l'adolescence est liée à une accélération de croissance plus précoce chez les filles (9 à 13 ans) que chez les garçons (11 à 15 ans). Le risque d'obésité lié à la maturation sexuelle précoce chez les garçons est aussi moins important que chez les filles puisque, chez les garçons, les changements corporels portent principalement sur la masse maigre¹² et la masse osseuse qui augmentent considérablement (Wang, 2002). Il est ainsi possible que les garçons et les filles répondent différemment aux changements corporels, sociaux et psychologiques qui surviennent durant l'adolescence. Par exemple, la société propose des aliments hypercaloriques (p. ex., malbouffe) qui engendrent l'excès pondéral, et paradoxalement, elle propose de devenir ou de rester mince. Ce conflit favorise l'expression de comportements alimentaires pathologiques, notamment l'HB.

Par ailleurs, les garçons adolescents québécois sont plus actifs que leurs consœurs féminines (Desharnais & Goding, 1995), ce qui laisse croire que cette différence pourrait compenser ou retarder l'apparition de certaines conséquences (p. ex., l'obésité, l'insatisfaction de l'image corporelle) liées à la suralimentation et d'éventuelles manifestations de l'HB.

¹² Dans l'organisme, on distingue la masse grasse, qui correspond aux cellules adipeuses, et la masse maigre, qui correspond aux muscles.

En résumé, les résultats associés à la Q2 indiquent que parmi les variables démographiques (âge, scolarité et genre), le genre est la seule variable qui révèle une différence significative de scores d'HB chez les adolescents. En effet, les filles présentent davantage de manifestations hyperphagiques boulimiques que les garçons, un constat qui rejoint les données trouvées dans la plupart des écrits scientifiques portant sur les TCA en général et que la présente étude confirme en ce qui a trait à un TCA spécifique, l'HB. Cette différence pourrait s'expliquer par une combinaison de facteurs, notamment développementaux, psychologiques et socio-culturels, qui influencent différemment les garçons et les filles.

Première hypothèse

La première hypothèse (H1) stipulait qu'il y aurait des différences entre les mesures du coping d'approche et d'évitement en fonction du genre. Suite au bref rappel des résultats, ceux-ci seront d'abord comparés et discutés à partir des études portant sur les différences de genre dans l'utilisation du coping en général. Par la suite, des explications des résultats seront proposées.

Rappel des résultats relatifs à l'utilisation des stratégies de coping en fonction du genre. Globalement, des différences significatives ont été identifiées pour l'échelle principale du coping d'approche en fonction du genre, indiquant que les adolescentes manifestent une plus grande utilisation du coping d'approche que les adolescents. Des différences significatives sont retrouvées pour les sous-échelles de la résolution de

problème et du soutien social, indiquant que les filles utilisent davantage ces stratégies que les garçons. Pour l'échelle principale du coping d'évitement, les garçons obtiennent dans l'ensemble des scores inférieurs aux adolescentes. Aucune différence significative n'a été retrouvée pour la sous-échelle de la distanciation. Cependant, les adolescentes obtiennent des valeurs significativement plus élevées que leurs homologues masculins sur les sous-échelles d'extériorisation et d'intériorisation.

En somme, les résultats obtenus confirment la première hypothèse, stipulant la présence de différences selon le genre et indiquent que les adolescentes utilisent globalement davantage de stratégies de coping que les adolescents, tant au niveau du coping d'approche que du coping d'évitement.

Comparaisons avec d'autres études sur l'utilisation des stratégies de coping en fonction du genre. Dans cette partie, les résultats spécifiques obtenus aux échelles de coping principales et secondaires seront comparés à ceux provenant d'autres études pertinentes.

Stratégies de coping chez les adolescents selon le genre. Les résultats de la présente étude sont dans l'ensemble conformes aux résultats obtenus dans d'autres études réalisées auprès d'une population adolescente, à l'effet que les filles emploient davantage de stratégies de coping que les garçons (p. ex., Arlett, Elgard, & Groves,

2003; Endler & Parker, 1990; Janicki & Heldelson, 2002; Kirchner, Forns, Amador, & Munoz, 2010; Piko, 2001; Wilson, Pritchard, & Revalee, 2005).

Cette tendance des personnes de sexe féminin à utiliser davantage la plupart des stratégies de coping se retrouve aussi dans les résultats d'études auprès de la population adulte (voir la méta-analyse de Tamres et al., 2002).

Échelles principales de coping d'approche chez les adolescents selon le genre.

Les résultats de la présente étude correspondent aux résultats de la plupart des études portant sur les stratégies d'approche chez les adolescents, à l'effet que les adolescentes utilisent davantage de stratégies d'approche que les garçons (Arlett et al., 2003; Boekaerts, 1996; Chapman & Mullis, 1999; Eschenbeck et al., 2007; Griffith, Dubow, & Ippolito, 2000; Hampel & Peterman, 2005; Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996; Patterson & McCubbin, 1987; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Stark, Spirito, Williams, & Guevremont, 1989).

Échelle secondaire de résolution de problème. Relativement à la résolution de problème, les résultats de la présente étude sont aussi conformes à ceux rapportés dans la plupart des études indiquant que les adolescentes utilisent davantage cette stratégie de coping que leurs compères masculins (Boekaerts, 1996; Eschenbeck et al., 2007; Griffith, Dubow, & Ippolito, 2000; Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996).

Échelle secondaire de recherche de soutien social. Plusieurs études (Arlett et al., 2003; Boekaerts, 1996; Chapman & Mullis, 1999; Eschenbeck et al., 2007; Hampel & Peterman, 2005; Patterson & McCubbin, 1987; Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Stark, Spirito, Williams, & Guevremont, 1989) avaient déjà rapporté que le soutien social est lui aussi une stratégie de coping reconnue pour être davantage utilisée par les adolescentes que les adolescents.

Échelles principales de coping d'évitement chez les adolescents selon le genre.

Les résultats de la présente étude vont aussi dans le même sens de ceux retrouvés dans divers écrits antérieurs (Compas et al., 1988; Endler & Parker, 1990; Kirchner et al., 2010; Stark et al., 1989; Piko, 2001), montrant que les adolescentes utilisent davantage de stratégies de coping d'évitement et centré sur l'émotion¹³ que les adolescents. Bien que la plupart des écrits révèlent que les filles adoptent davantage de stratégies centrées sur l'évitement et sur les émotions que les garçons, il existe quelques écrits rapportant des données différentes, indiquant que les garçons emploient plus (p. ex., Eschenbeck et al., 2007; Hampel & Petermann, 2005) ou autant (Santacana et al., 2012) de stratégies d'évitement que les filles. Ces divergences pourraient s'expliquer par le fait que certaines études incluent des stressors qui interpellent différemment les filles et les garçons. D'ailleurs, l'étude de Byrne, Davenport et Mazanov (2007) laisse voir des différences de genre auprès des adolescents de leur échantillon ($n = 1\,039$) sur la plupart des dimensions de stressors évalués par ces chercheurs.

¹³ Rappelons que le coping d'approche semble pratiquement assimilé au coping centré sur le problème tandis que le coping d'évitement comprend tout ce qui vise à fuir le problème, y compris l'ensemble des stratégies centrées sur l'émotion (Holahan et al., 1996).

Une explication complémentaire des résultats obtenus concernant les stratégies d'évitement se rapporte à la méthodologie (instruments utilisés). En effet, les stratégies d'évitement évaluées dans la présente étude sont essentiellement cognitives. Or, il aurait été intéressant d'inclure des stratégies comportementales (p. ex., faire du sport) ou d'évitement (p. ex., consommer des substances) pour mieux cerner l'emploi des stratégies selon le genre.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans la présente étude confortent ceux des études antérieures qui indiquent que les adolescentes adoptent davantage de stratégies d'évitement et centrées sur l'émotion que leurs compères masculins.

Échelle secondaire d'intériorisation. Les résultats de la présente étude laissent voir que, parmi les stratégies de coping d'évitement, l'intériorisation (se blâmer, ruminer) est significativement plus utilisée par les adolescentes, ce qui va dans le sens des données rapportées par Cauce et ses collègues (2000), Cicchetti et Rogosch (2002) ou par Broderick (1998).

Échelle secondaire d'extériorisation. Le fait que les filles du présent échantillon utilisent davantage l'extériorisation que les garçons est congruent avec les résultats de l'étude de Patterson et McCubbin (1993) qui a démontré que l'expression émotive prédomine chez les adolescentes. D'abord, on peut rappeler que l'extériorisation, dans la présente étude et celle de Patterson et McCubbin, fait référence aux comportements

expressifs en vue de réguler des émotions, comme (p. ex., crier, frapper, lancer des objets). Toutefois, d'autres études (Bird, & Haris, 1990; Causey, & Dubow, 1992) ont laissé voir des résultats différents, montrant que les jeunes garçons présentent généralement davantage de comportements d'extériorisation que les filles. On peut expliquer ces différences par le fait que l'extériorisation n'est pas définie de la même façon dans ces deux études. De plus, on peut considérer le choix de stressseurs différents ainsi que des différences dans l'évaluation des stressseurs pour expliquer la présence de résultats différents.

Échelle secondaire de distanciation. Dans la présente étude, la distanciation est la seule stratégie d'évitement qui est uniformément utilisée par les filles et les garçons. Ainsi, à l'instar des résultats retrouvés dans les études antérieures portant sur les adolescents (p. ex., Ben-zur, 2005; Lapointe, 1998; Joshi & Tomar, 2012) ou sur les adultes (voir la méta-analyse de Tamres et al., 2002), il n'y a pas de différence de genre dans l'utilisation de cette stratégie qui consiste essentiellement à utiliser la minimisation, la négation ou le déni pour faire face à la situation stressante. Toutefois, certains résultats divergents provenant d'études portant sur les adolescents (p. ex., Rath & Nanda, 2012) ou les enfants (Causey & Dubow, 1992; Tenenbaum, Varjas, Meyers, & Parris, 2011) ont indiqué que les filles utilisaient davantage de stratégies de coping de distanciation que les garçons face à certains stressseurs, notamment de nature académique. Par conséquent, il est possible que les différences de genre dans l'utilisation de cette stratégie dépendent de la nature du stressseur.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans la présente étude confortent ceux des études antérieures qui indiquent que les adolescentes adoptent davantage de stratégies d'évitement et centrées sur l'émotion que les adolescents. Rappelons brièvement que les divergences de résultats associés au genre pourraient bien être expliquées par une absence d'uniformité dans les méthodologies de recherche utilisées : une grande variété dans les conceptions du coping et des stratégies étudiées, la prise en compte des stressseurs différents et le recours à des instruments de mesure différents pour évaluer les stratégies de coping.

Explications des différences de genre dans l'utilisation des stratégies de coping. Dans les prochains paragraphes seront présentées diverses hypothèses qui peuvent expliquer les résultats obtenus concernant les différences de genre dans l'utilisation des stratégies de coping. Parmi ces hypothèses explicatives, nous expliciterons : 1) le choix et la nature du stressseur; 2) l'évaluation du stressseur; 3) des facteurs psychosociaux; 4) des différences de socialisation et; 5) des facteurs développementaux.

Le choix et la nature du stressseur. Bien qu'aucun stressseur spécifique n'ait été proposé en ce qui concerne les questions portant sur les stratégies de coping utilisées par les adolescents, on peut penser que le répondant a pu être influencé dans son choix du stressseur par les instruments qui ont précédé ces questions. En effet, il faut considérer que le fait d'explorer préalablement un ensemble de questions portant sur diverses

habitudes alimentaires ainsi que sur la perception de soi et l'image corporelle peut avoir influencé le choix du(des) stresser(s) retenu(s) pour répondre au questionnaire de coping. En ce sens, la structure du questionnaire a pu orienter les participants vers le choix probable d'un stresser particulier retrouvé dans la section « l'alimentation ». Ainsi, il est possible de penser que le contenu du questionnaire qui précède l'instrument d'évaluation des stratégies de coping ait davantage interpellé les adolescentes que les adolescents. Celles-ci auraient pu répondre au questionnaire en choisissant des stressers reliés à l'alimentation et à l'apparence corporelle parce que ces aspects pouvaient les préoccuper davantage que les garçons. Dans le même ordre d'idées, il est vraisemblable que les adolescents choisissent un stresser qui leur convient en fonction de leur capacité adaptative respective. Puisqu'aucun stresser spécifique (p. ex., un stresser académique) n'a été proposé dans la présente étude, le répondant a vraisemblablement choisi un ou des stresser(s) qui faisai(en)t sens pour lui.

Même si les adolescents avaient retenu le même stresser pour répondre au questionnaire de coping, il s'avère aussi possible que l'évaluation du stresser puisse varier selon le genre.

L'évaluation du stresser. Ce qui vient d'être amené quant au choix du stresser amène aussi à penser que les garçons et les filles peuvent évaluer ce qui leur arrive différemment. Dans la mesure où l'appréciation du stress varie, les stratégies de coping utilisées peuvent aussi différer. Ainsi, une disparité de genre dans l'évaluation cognitive

du stresser pourrait expliquer les différences dans le recours aux stratégies de coping. Par exemple, il est possible que les filles considèrent les mêmes problèmes de façon plus complexe et qu'elles attribuent davantage leur origine à des facteurs internes, contrairement aux garçons. Boekaerts (1996) a d'ailleurs démontré qu'un conflit familial est évalué comme étant quatre fois plus stressant par les filles que par les garçons.

Par ailleurs, il est envisageable de penser que les adolescentes s'attribuent une plus grande responsabilité lorsqu'elles se questionnent sur leurs difficultés et/ou leurs problèmes. Il est reconnu que les adolescentes ont tendance à vivre plus intensément les stresser que leurs homologues masculins (Spear, 2000), ce qui pourrait expliquer qu'elles utilisent davantage de stratégies de coping.

Des facteurs psychosociaux. Certains facteurs psychosociaux pourraient aussi expliquer les différences dans l'utilisation des stratégies de coping entre les garçons et les filles. Par exemple, n'étant pas soumises uniformément aux mêmes stresser, les filles subissent probablement davantage d'inconvénients et de stress provenant d'impératifs sociaux et de pression sociale véhiculés par les médias (p. ex., la pression qui s'exerce autour de l'image du corps et du poids) que les garçons (p. ex., Pressnell, Bearman, & Stice, 2004; Thompson et al., 2004).

Des différences de socialisation. D'autres facteurs psychosociaux non évalués dans la présente étude, notamment des différences au niveau de la socialisation selon le

genre, pourraient avoir contribué aux divergences retrouvées dans l'utilisation des stratégies de coping des adolescents (Rose & Rudolph, 2006).

Des différences de socialisation de genre¹⁴ (p. ex., certains rôles stéréotypés) pourraient expliquer la disparité dans l'utilisation des stratégies de coping des adolescents. En effet, les garçons et les filles vivent différemment les stressseurs et ajustent leur comportement de façon cohérente d'après les normes sociales et culturelles établies (Schramek, 2009). Ainsi, chez les filles, l'expression des sentiments est plutôt valorisée de sorte que ces dernières sont généralement plus expressives à ce niveau, alors que chez les garçons, la retenue dans l'expression de ses émotions est encouragée par le modèle de virilité qui leur est proposé (Braconnier, 1996; Schramek, 2009).

Dans le même sens, la prédisposition des adolescentes à employer davantage de stratégies de coping d'évitement/émotion que les garçons peut être attribuée au caractère stéréotypé des rôles et des attentes associés au genre comme l'ont proposé Crocker & Graham (1995). D'ailleurs, Seiffge-Krenke (1993) indique que les filles adoptent des stratégies face au stress comme l'extériorisation de leurs émotions sous forme de pleurs et de cris, alors que les garçons privilégient des conduites plus physiques (p. ex., distraction, sports, comportements agressifs, etc.) comme moyens de s'adapter aux stressseurs. Par exemple, les résultats à l'effet que les filles de notre échantillon utilisent, entre autres, davantage de stratégies d'extériorisation que les garçons, pourrait en partie

¹⁴ Il s'agit des processus d'apprentissage et des attentes par rapport aux rôles qui sont définis culturellement pour chaque genre.

s'expliquer par la description des items de l'échelle (p. ex., je crie pour me défouler, je pleure à cause de ça), plus conforme avec le modèle de la féminité qui promeut l'expression des émotions.

Des facteurs développementaux. Certains facteurs développementaux (aux plans physique, cognitif, affectif et social) pourraient aussi contribuer à expliquer les différences de genre retrouvées. En effet, pour les filles, la période pubertaire est associée à des changements corporels et psychologiques plus précoces et perçus comme étant plus stressants (Alsaker, 1992; 1996; Angold, & Costello, 2006). Celles-ci auraient vraisemblablement développé certaines stratégies particulières pour composer avec ces stressseurs. Le degré pratiquement absent de contrôlabilité des transformations corporelles liées à la maturation sexuelle et des changements précoces générateurs de stress chez les adolescentes pourraient expliquer la présence accrue de la plupart des stratégies de coping. Contrairement aux filles, les garçons peuvent ressentir une plus grande satisfaction face aux changements associés à la puberté, puisque ces derniers peuvent être associés à une plus grande masculinité (Schramek, 2009). Cette différence développementale entre les adolescents pourrait donc influencer sur le développement et la diversification des stratégies de coping. D'autres différences développementales pourraient expliquer les disparités de genre observées entre les adolescents dans l'utilisation des stratégies de coping. Par exemple, des chercheurs ont signalé des différences entre les profils hormonaux, les taux de stress, et les niveaux de

développement des mécanismes cognitifs et adaptatifs selon le genre (p. ex., Steinberg & Morris, 2001).

Discussion sur l'ensemble des résultats sur les différences de genre et le coping.

En résumé, les résultats obtenus pour l'ensemble des stratégies de coping vont dans le sens de ceux retrouvés dans les écrits scientifiques, c'est-à-dire que les adolescentes utilisent davantage de stratégies de coping d'approche et d'évitement que les garçons. Ce que l'on peut comprendre des résultats obtenus, c'est que plusieurs éléments peuvent expliquer les divergences retrouvées entre les garçons et les filles quant à l'utilisation des stratégies de coping : le choix et la nature du stresser; l'évaluation du stresser; des facteurs psychosociaux ainsi que des différences de socialisation et des facteurs développementaux. Ces explications mettent en lumière certains facteurs à l'origine de la disparité de genre dans l'emploi des stratégies de coping.

Deuxième hypothèse

La seconde hypothèse (H2) stipulait la présence de relations entre les scores d'HB et le coping d'approche et d'évitement tel que mesuré par le *Self-Report Coping Style*. Dans un premier temps, les résultats relatifs aux stratégies d'approche seront brièvement rappelés, puis comparés à ceux des rares études ayant porté sur l'HB chez les adolescents. Dans les cas de figure où les résultats divergent de ceux provenant des écrits scientifiques, des explications seront proposées. La discussion proposera ensuite des explications aux résultats obtenus. Des explications supplémentaires et spécifiques

aux échelles secondaires suivront. Dans un deuxième temps, les résultats relatifs aux stratégies d'évitement seront rappelés, comparés aux autres études puis expliqués à leur tour. Considérant qu'il n'y a pratiquement pas d'études qui ont porté spécifiquement sur les stratégies de coping et l'HB auprès des adolescents, certaines comparaisons seront aussi effectuées à partir d'études portant sur des jeunes adultes. Enfin, des explications complémentaires des résultats d'HB en lien avec les stratégies d'évitement et certains modèles explicatifs seront abordées.

Rappel des résultats relatifs aux relations entre l'hyperphagie boulimique et les stratégies d'approche. Globalement, les résultats ont mis en évidence les points suivants : 1) aucune relation significative en ce qui a trait au coping d'approche; 2) aucune relation significative entre l'échelle secondaire « résolution de problèmes » et l'HB; 3) aucune relation significative entre l'échelle secondaire « recherche de soutien social » et l'HB. Les prochains paragraphes traitent des comparaisons avec d'autres études portant sur les liens entre les stratégies d'approche et l'HB.

Comparaison des résultats portant sur les relations entre le coping d'approche et l'hyperphagie boulimique. Dans la présente étude, les résultats concernant l'échelle principale du coping d'approche incluant ses échelles secondaires (résolution de problème et soutien social) n'ont laissé voir aucune relation significative avec l'HB. Il est nécessaire de préciser qu'à notre connaissance, il n'y a que deux études recensées (Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, Paino, & Fonseca-Pedrero, 2012; Sierra-

Baigrie et Lemos-Giráldez, 2008) qui ont porté sur la même population et sur des variables apparentées aux échelles secondaires de la résolution de problème, notamment une stratégie d'approche, correspondant à une échelle secondaire de la présente étude.

Comme les deux études disponibles n'ont porté que sur une seule stratégie d'approche, la comparaison des résultats des études sera réalisée lors de la discussion des résultats obtenus aux échelles secondaires, plus précisément la résolution de problèmes.

De plus, notons que les résultats de la présente étude vont dans le même sens que certaines études antérieures portant sur les jeunes adultes (Hansel & Wittrock, 1997; Sulkowski, Dempsey, & Dempsey, 2011; Wolff et al., 2000), à l'effet qu'il n'y a pas de lien entre le coping d'approche et l'HB.

Les prochains paragraphes proposent de poursuivre la discussion, notamment les comparaisons de résultats, à partir des échelles secondaires du coping d'approche.

Stratégie de résolution de problème et hyperphagie boulimique. Seules les études de Sierra-Baigrie et ses collègues (2008; 2012) ont porté sur des échantillons non cliniques d'adolescents. Les résultats de l'étude réalisée en 2012 ont laissé voir des liens négatifs indiquant que les adolescents qui présentent des niveaux d'HB élevés utilisent significativement moins ce type de stratégies (p. ex., essayer de résoudre les problèmes

en mettant l'accent sur le positif) que ceux sans HB. Bien que l'on désigne par la même étiquette (même terme), la stratégie de résolution de problème, identifiée dans leur étude, diffère sensiblement de celle de la présente étude. Cette différence pourrait expliquer des résultats différents; soit une absence de relation dans la présente étude et une relation négative dans celle de Sierra-Baigrie et ses collègues (2012).

Par contre, l'étude de 2008 indique une absence de relations entre les stratégies de résolution de problèmes et l'HB chez les adolescents, tout comme dans la présente étude. Considérant que les chercheurs ont utilisé le même instrument (ACS; *Adolescent Coping Scale*) dans leurs deux études (2008 et 2012), les différences de résultats entre leurs études sont vraisemblablement attribuables à d'autres facteurs. Après une analyse détaillée des méthodologies utilisées, certaines différences ont été notées : a) les échantillons sont de tailles différentes (259 pour l'étude de 2008 vs 1 913 pour celle de 2012); b) les échantillons sont de compositions différentes (adolescents et jeunes adultes de 12 à 21 ans pour l'étude de 2008 et adolescents de 12 à 18 ans pour l'étude de 2012, dont une majorité de moins de 15 ans). On peut ainsi noter que les caractéristiques de l'échantillon de notre étude ressemblent davantage à celles de Sierra-Baigrie et ses collègues (2008), particulièrement en ce qui a trait à l'âge des participants, et que les résultats sont aussi semblables.

On peut ainsi penser que des différences méthodologiques associées aux caractéristiques sociodémographiques des participants, notamment l'âge et le fait qu'il

s'agit d'adolescents espagnols issus d'un certain milieu, d'une part, et d'adolescents québécois issus d'un autre milieu, d'autre part, pourraient contribuer à expliquer que les résultats de la présente étude diffèrent de ceux de Sierra-Baigrie et al. (2012). Le choix d'instruments différents, sous-tendant des conceptions différentes du coping, pourrait aussi avoir contribué aux différences de résultats entre les deux études.

Toutefois, il est important de reconnaître que lorsque nous incluons, aux fins de comparaison, les études auprès des jeunes adultes, l'absence de relation entre l'utilisation des stratégies de résolution de problèmes et l'HB, mise en évidence dans la présente recherche, conforte ce que la majorité des études ont rapporté.

Stratégie de recherche de soutien social et hyperphagie boulimique. À notre connaissance, seules trois études se sont penché directement sur la relation entre la recherche de soutien social comme stratégie de coping et l'HB chez les adolescents (Freeman & Gil, 2004; Sierra-Baigrie et Lemos-Giráldez, 2008; Sierra-Baigrie et al., 2012). La recherche de conseil auprès d'un proche (stratégie de recherche de soutien social) est une stratégie qui est corrélée négativement à l'HB dans deux des trois études susmentionnées (Freeman & Gil, 2004; Sierra-Baigrie et al., 2012), contrairement à la présente étude qui indique une absence de relations entre ces variables.

À l'instar de notre étude, l'étude de Sierra-Baigrie et Lemos-Giráldez (2008) montre une absence de liens entre la recherche de soutien social et l'HB. Précisons que

la variable de soutien social, bien qu'elle porte la même étiquette, n'est cependant pas identique à celle de la présente étude.

De plus, contrairement à la présente étude qui a évalué la recherche de soutien social à partir du SRCS, cette stratégie de soutien social n'est qu'indirectement mesurée avec l'ACS, utilisé par Sierra-Baigrie et Lemos-Giráldez (2008) et Sierra-Baigrie et ses collègues (2012). En effet, dans ces deux études, cette stratégie est incluse dans les stratégies de résolution de problème (demander de l'aide pour résoudre un problème). Il s'agit possiblement d'une différence majeure, puisqu'au sens strict, il ne s'agit pas de conceptions identiques de la variable « recherche de soutien social ». Ici encore, les différences méthodologiques entre les études (modèles de coping et instruments utilisés) pourraient être à l'origine des différences observées dans les résultats.

Des différences notables, tant dans la formulation des items qu'au niveau de leur regroupement dans des stratégies de coping, confirment la présence de conceptions différentes du coping, ce qui rend particulièrement complexes les comparaisons entre les résultats des études.

En ce qui a trait à l'étude de Freeman et Gil (2004), on note aussi l'utilisation d'autres échelles de stratégies de coping, notamment un instrument de coping développé par Stone et Neale (1984). De plus, l'échantillon, de Freeman & Gil (2004) était restreint et composé d'adolescents et de femmes adultes ($N = 48$) présentant des manifestations

d'HB. Les caractéristiques particulières de cet échantillon pourraient expliquer les différences de résultats entre cette étude et la nôtre.

L'absence de consensus clair dans les résultats des quatre études considérées : la présente étude et les trois études recensées amènent à penser que la relation entre l'HB et la recherche de soutien social est possiblement complexe et impliquerait d'autres variables intermédiaires qui n'ont pas été considérées dans la présente étude.

En somme, les résultats de la présente étude démontrent que l'utilisation des stratégies de coping d'approche (la résolution de problème et le soutien social) n'est pas associée aux manifestations d'HB chez les adolescents de l'échantillon. Même si peu d'études recensées ont porté sur les liens entre les stratégies de coping d'approche et l'HB chez les adolescents ou les jeunes adultes qui manifestent de l'HB, les résultats de la présente étude confortent ceux publiés dans la plupart des études scientifiques recensées.

Quelques explications relatives à des différences méthodologiques ont été proposées au regard des quelques divergences retrouvées en ce qui a trait aux résultats relatifs aux liens entre l'HB et la résolution de problèmes et le soutien social. Cependant, le peu d'études sur le sujet met en évidence l'importance d'explorer plus à fond les liens entre les stratégies d'approche et l'HB. Toutefois, il est possible de constater que les études réalisées sur ces liens indiquent toutes soit qu'il n'y a pas de lien, soit que le lien

est négatif, c'est-à-dire que l'utilisation de ces stratégies d'approche est associée à des cotes d'HB plus faibles. Ainsi, toutes les études semblent indiquer que l'utilisation de stratégies de coping d'approche n'est en aucun cas associée à une présence accrue de manifestations d'HB.

Comparaisons avec des études portant sur les jeunes adultes. À l'instar de la présente étude, celles réalisées auprès de jeunes adultes démontrent en général une absence de lien entre l'HB et les stratégies d'approche (Sulkowski, Dempsey, & Dempsey, 2011; Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrock, 2000).

Les prochains paragraphes proposent des explications aux résultats obtenus par rapport aux liens entre les échelles secondaires du coping d'approche et l'hyperphagie boulimique (résolution de problème et recherche de soutien social).

Explication des résultats indiquant une absence de lien entre le coping d'approche, ses composantes et l'hyperphagie boulimique. Une explication possible de l'absence de lien entre le coping d'approche et l'HB chez les adolescents est que ces derniers pourraient ne pas avoir suffisamment développé de stratégies de résolution de problème efficaces. En effet, il est reconnu que le niveau de développement et les ressources disponibles d'un adolescent (biologique, cognitif, social et émotif) influencent le choix d'une stratégie de coping et les efforts d'adaptation (Compas et al.,

1989). Par exemple, ces derniers indiquent que les sources, les impacts et l'évaluation du stress changent en fonction du développement.

Une autre piste d'explication vient de Soukup et al. (1990) qui ont mis en évidence que les personnes qui souffrent de TCA ont moins confiance en leurs capacités à résoudre leurs problèmes. Par conséquent, elles pourraient utiliser peu de telles stratégies, voire privilégier des stratégies d'évitement ou centrées sur l'émotion qui sont réputées avoir des effets à court terme (Mullen & Suls, 1982; Carver et al., 1989).

L'absence de lien entre la recherche de soutien social et l'HB pourrait s'expliquer en faisant l'hypothèse que l'impact de cette stratégie pourrait se faire ressentir surtout durant les périodes de stress important et qu'elle serait associée à un faible sentiment d'efficacité (Solky Butzel & Ryan, 1997). On peut penser que les participants à l'étude n'étaient pas en période de stress important au moment de la cueillette de données et qu'ainsi, l'utilisation de cette stratégie a été moins considérée dans les réponses. Il est aussi possible de faire l'hypothèse que les adolescents qui présentent (ou non) de l'HB disposent d'un réseau social comparable, mais que ceux avec HB ne parviendraient pas à l'utiliser face à certains stressors importants.

Le fait que la plupart des études rapportent des liens négatifs entre les TCA et la recherche de soutien social (p. ex., Nagata et al., 2000; Soukup et al., 1990) permettrait d'élaborer comme hypothèse que l'HB est différente des autres TCA à cet égard.

Toutefois, des études supplémentaires seront nécessaires pour arriver à vérifier cette hypothèse.

Rappel des résultats relatifs aux relations entre l'hyperphagie boulimique et les stratégies d'évitement. Globalement, les résultats ont permis d'identifier certains liens entre le score d'HB et différentes mesures du coping d'évitement. Plus spécifiquement, les résultats ont mis en évidence les points suivants : 1) des liens significatifs et positifs entre le coping d'évitement global et l'HB pour les adolescentes uniquement; 2) des liens significatifs et positifs entre les stratégies d'extériorisation et l'HB chez les adolescents en général; 3) des relations significatives et positives plus ou moins fortes selon le genre entre l'intériorisation et l'HB; 4) une absence de relation entre les stratégies de distanciation et l'HB. Les prochains paragraphes traitent des comparaisons avec d'autres études portant sur les liens entre les stratégies d'évitement et l'HB.

Comparaison des résultats portant sur les relations entre le coping d'évitement et l'hyperphagie boulimique. Les résultats de la présente étude portant sur les liens entre l'HB et le coping d'évitement, chez les adolescentes, correspondent pour la plupart à ceux rapportés dans les rares écrits portant spécifiquement sur les liens entre l'HB et les stratégies de coping chez les adolescents (Garcia-Grau, Fuste, Miro, Saldana, & Bados, 2002; Sierra-Baigrie, & Lemos-Giráldez, 2008; Sierra-Baigrie et al., 2012) ou chez les jeunes adultes (Hansel & Wittrock, 1997; Sulkowski, Dempsey, & Dempsey,

2011; Wolff et al., 2000), à l'effet que l'utilisation de ces stratégies est liée à des manifestations d'HB plus importantes.

Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez (2008) et Sierra-Baigrie et ses collègues (2012) ont eux aussi identifié une relation positive entre les stratégies d'évitement et l'HB auprès de leur échantillon d'adolescents. La première étude réalisée en 2008 indique que les adolescents qui présentent de l'HB rapportent plus de stratégies d'évitement autopunitif (p. ex., je me culpabilise) à l'*Adolescent Coping Scale* (ACS; Frydenberg & Lewis, 1997). La deuxième étude, réalisée en 2012 auprès d'un grand échantillon d'adolescents ($n = 1\,913$) provenant de dix écoles différentes d'Espagne, étaye aussi une corrélation positive entre les stratégies d'évitement et l'HB.

À la différence de notre étude, celles de Sierra-Baigrie et ses collègues (2012) et de Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez, (2008) rapportent un lien entre les stratégies d'évitement et l'HB, indistinctement du genre. En fait, leurs analyses portent sur deux groupes d'adolescents (ceux avec ou ceux sans HB). Cette divergence de résultats pourrait s'expliquer par des différences dans les échantillons, plus particulièrement, des variables culturelles ainsi que l'âge des participants. En effet, la présence de caractéristiques culturelles différentes dans des échantillons de nationalités différentes pourrait se traduire dans l'utilisation de certaines stratégies d'évitement. Par exemple, on peut penser que les adolescents espagnols de genre masculin peuvent être plus expressifs que les Québécois dans la manifestation de leurs émotions et ainsi gérer ces dernières

d'une façon qui ressemble davantage à celles des adolescentes. D'ailleurs, cette hypothèse s'impose avec plus de force lorsque l'on considère que l'étude de Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez (2008) ne rapporte pas de différences de genre au niveau des scores d'HB, contrairement aux résultats de notre étude. Ces différences de résultats entre des études menées auprès d'adolescents espagnols et québécois mettent en évidence que le facteur culturel a vraisemblablement un impact majeur sur l'utilisation des stratégies d'évitement et que cela peut contribuer à expliquer la présence de liens avec l'HB chez les filles uniquement dans notre étude auprès d'adolescents québécois.

Une explication supplémentaire concerne les différences méthodologiques, notamment que les études ont eu recours à des instruments de mesure différents. Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez (2008) ont évalué l'HB avec *The Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* (BITE). Il s'agit d'un questionnaire auto administré pour évaluer la présence et la sévérité de la symptomatologie boulimique. Cet instrument diffère du *Binge Eating Scale* (BES) sur plusieurs points. Par exemple, il est composé de 33 items répartis en deux sous-échelles différentes, plus de deux fois plus d'items que le BES. Il est constitué d'une échelle symptomatique et d'une échelle de sévérité. Il n'est donc pas aisé de comparer les résultats d'études qui utilisent des instruments différents pour mesurer une même variable.

Par ailleurs, la distribution d'âge des participants de la présente étude diffère de celle de Sierra-Baigrie et ses collègues (2012). En effet, la plupart (85,4 %) des

adolescents de notre étude sont âgés de 15 ans et plus, alors qu'une minorité d'adolescentes (32,27 %) appartiennent à ce groupe d'âge dans l'étude de Sierra-Baigrie et ses collègues (2012). La majorité des adolescents de leur échantillon sont plus jeunes que ceux de la présente étude. Une telle différence dans l'âge des participants peut avoir contribué à faire en sorte que dans l'étude espagnole, la relation HB – stratégies d'évitement ne présente pas de différence de genre contrairement à notre étude. Un autre aspect d'importance à signaler est que les variables, notamment associées à l'évitement, sont différentes dans les deux études, un autre facteur pouvant expliquer les différences dans les résultats. Par exemple, parmi les stratégies d'évitement étudiées par Sierra-Baigrie et ses collègues (2008; 2012), l'évitement intropunitif s'apparente à la stratégie d'intériorisation de la présente étude. Ici encore (comme pour les stratégies d'approche), même si les stratégies sont désignées par un même label (évitement), elles peuvent désigner des conceptions différentes. Ces différences de conception pourraient expliquer les divergences observées dans les résultats.

Globalement, les résultats indiquent que plus les filles utilisent de stratégies d'évitement (pour tous leurs problèmes) plus il y a de manifestations d'HB, conformément à ce qui a été démontré dans d'autres études. Il existe donc un lien positif chez les filles entre l'HB et les stratégies d'évitement. Ce lien positif entre « stratégies d'évitement et HB » s'observant chez les filles seulement nous ramène aux différences retrouvées dans l'emploi de ces stratégies selon le genre, comme indiqué à la première hypothèse (H1), voulant qu'il existe des différences entre les mesures du coping

d'approche et d'évitement en fonction du genre. Rappelons que les adolescentes obtiennent des valeurs significativement plus élevées que leurs homologues masculins aux sous-échelles d'extériorisation et d'intériorisation. Les explications qui ont été proposées à propos de ces différences de genre (p. ex., le choix, la nature et l'évaluation différente des stressors, des facteurs psychosociaux, des différences de socialisation, des facteurs développementaux, etc.) pourraient aussi servir à expliquer les différences observées entre les garçons et les filles au niveau des liens entre les stratégies d'évitement et l'HB.

Les prochains paragraphes discuteront les résultats obtenus par rapport aux liens entre les échelles secondaires du coping d'évitement et l'hyperphagie boulimique (extériorisation, intériorisation, distanciation).

Stratégie d'extériorisation et hyperphagie boulimique. Les résultats de la présente étude ont mis en évidence des liens significatifs positifs entre le coping d'extériorisation (p. ex., crier, s'en prendre à d'autres) et le score d'HB chez les adolescents des deux sexes. Ainsi, plus les adolescents utilisent de l'extériorisation, plus ils manifestent des comportements d'HB.

À notre connaissance, aucune étude n'a spécifiquement mis en lien ces variables auprès des adolescents. Ainsi, les résultats de la présente étude mettent en évidence un résultat inédit. Cependant, même si aucune étude n'a été recensée, l'étude de Fischer,

Anderson et Smith (2004) pourrait être considérée aux fins de comparaison. Ces chercheurs ont relevé dans leur étude que les adultes avec une HB ou avec une BN qui agissent impulsivement en situation de détresse sont plus susceptibles de se gaver. Ce constat rejoint les résultats de la présente étude indiquant que plus un adolescent utilise l'extériorisation, plus il présente de l'hyperphagie boulimique. En ce sens, la stratégie d'extériorisation pourrait s'apparenter à une façon peu modulée, voire impulsive de réguler ses émotions chez les adolescents. D'ailleurs, une facette de l'impulsivité décrite comme la difficulté à résister à de fortes impulsions dans un contexte émotionnel (négatif ou positif) est reconnue comme un facteur de risque pour les crises de boulimie (Crépin et al., 2010).

Les conclusions de l'étude de Fischer, Anderson et Smith (2004) contribuent à dégager une potentielle explication des liens entre cette stratégie et l'HB chez les adolescents. Considérant que nous retrouvons des liens positifs significatifs entre l'extériorisation et l'HB tant chez les garçons que les filles, il est raisonnable de penser que les crises d'hyperphagie pourraient survenir plus fréquemment chez les personnes qui ont tendance à s'engager dans des comportements émotionnels ou impulsifs¹⁵. En effet, il est bien reconnu qu'il existe un chevauchement entre les mesures de coping d'extériorisation (p. ex., pleurer, crier, etc.) et les comportements alimentaires problématiques (Compas et al., 2001). L'HB est elle-même définie par des crises de boulimie et par un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire

¹⁵ Rappelons que les stratégies d'extériorisation ont trait aux comportements exprimés ouvertement, comme le fait de crier, pleurer, lancer ou de frapper quelque chose.

(APA, 2013). Par ailleurs, des études ont déjà mis en évidence que l'impulsivité est liée à la suralimentation et aux crises boulimiques dans l'hyperphagie (Crépin et al., 2010). Ce constat impulsivité - crises boulimiques est aussi retrouvé chez les adultes. Selon la recension d'articles portant sur l'impulsivité et les TCA, Waxman (2009) indique que l'impulsivité serait une variable modératrice des crises boulimiques, en ce sens qu'elle influence l'expression des comportements alimentaires pathologiques.

Stratégie d'intériorisation et hyperphagie boulimique. Pour la stratégie d'intériorisation (p. ex., être en colère contre moi-même, s'inquiéter du fait que les autres vont penser du mal de moi, rumination), des relations significatives et positives qui diffèrent en taille d'effet selon le genre ont été identifiées dans la présente étude.

Les résultats de la présente étude concernant l'intériorisation vont dans le même sens que ceux obtenus par quelques études portant sur les adolescents (p. ex., Baigrie et al., 2012; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, et Bohon, 2007). Un résultat intéressant à considérer dans la présente étude est que les adolescentes montrent à la fois plus d'HB et plus intériorisation et un lien HB – intériorisation plus fort. Ceci pourrait être évoqué pour formuler l'hypothèse que ces deux variables présentent un lien étroit.

D'ailleurs, selon Nolen-Hoeksema et ses collègues (2007), la stratégie d'intériorisation serait prédictrice de l'HB à l'adolescence. Rappelons que, d'une part, l'intériorisation est fréquemment associée à de la culpabilité ou à de la honte (se blâmer)

et que, d'autre part, la crise d'hyperphagie a aussi été étroitement liée à des affects de honte et de culpabilité (Berdah, 2010), des manifestations associées au diagnostic même de l'HB. Cette association étroite de l'HB à des sentiments de culpabilité (intérieurisation) pourrait expliquer le lien positif significatif obtenu dans notre étude.

La présente étude indique que les filles ont tendance à utiliser davantage l'intérieurisation (p. ex., s'inquiéter, se culpabiliser) que leurs compères masculins et aussi que le lien HB - intérieurisation est plus fort chez elles. Comme plusieurs études ont démontré que les adolescentes sont plus sujettes à s'inquiéter, à se culpabiliser et à ruminer que les garçons (p. ex., Broderick 1998; Hampel, 2007; Piko, 2001), on peut penser que cela contribue à expliquer le lien plus important entre cette stratégie et l'HB chez les filles.

Pour expliquer le lien HB-intérieurisation, la crise d'HB pourrait, à l'instar d'autres TCA, permettre une forme immédiate d'échappatoire à un état émotionnel aversif, associé à l'intérieurisation (culpabilité, ruminations, etc.), comme l'expose le modèle échappatoire de Heatherton et Baumeister (1991). Selon ces chercheurs, lors de la crise d'hyperphagie, il y a une perte de contrôle qui s'accompagne par un faible niveau de conscience (Heatherton & Baumeister, 1991), ce qui produit momentanément une diminution du niveau de stress et des émotions négatives (Frances, Pincus & First, 1994). Toutefois, ces émotions refont surface suite à la crise et doivent être régulées (Frances et al, 1994).

À titre d'hypothèse explicative, il est possible d'avancer que, plutôt que de confronter leurs problèmes, les adolescents (surtout les adolescentes) avec HB cherchent à exercer un contrôle sur eux-mêmes (p. ex., sur leur alimentation, leur poids et leur silhouette) et sur leurs émotions. En se livrant à des crises d'hyperphagie, qui n'ont que des effets ponctuels sur le niveau de stress ressenti (une forme d'anesthésie émotionnelle ou de récompense), le comportement alimentaire pathologique se répète et se trouve renforcé par des émotions négatives. Puisque les adolescents avec HB n'ont pas recours aux stratégies compensatoires qui permettent d'accroître le degré de bien-être et de satisfaction (p. ex., user de laxatifs, se purger) et qu'ils doivent composer directement avec la charge émotive qui survient et/ou ressurgit après un épisode d'HB, on peut penser qu'ils vivent des échecs. Ces échecs soulèvent à leur tour des émotions négatives à contrôler, des crises d'hyperphagie, les entraînant ainsi dans une boucle pathologique.

Stratégie de distanciation et hyperphagie boulimique. Les résultats n'ont révélé aucune relation significative entre l'utilisation de la stratégie de distanciation (p. ex., refuser d'y penser, minimiser) et l'HB. La distanciation désigne dans la présente étude une stratégie d'évitement qui vise à réduire le stress en se distançant du problème par la diversion, le déni, etc. Les stratégies de distanciation et d'évitement impliquent des efforts de détachement afin de fuir ou d'éviter une situation (Endler & Parker, 1990). Aucune étude portant spécifiquement sur les liens entre l'hyperphagie boulimique et la distanciation chez les adolescents n'a été recensée. Toutefois, certaines études (Freeman & Gill, 2004; Koff & Sangani, 1997) ont rapporté des liens positifs entre les crises

boulimiques et une stratégie apparentée à la distanciation chez les adultes (utilisation d'une distraction). Toutefois, ces deux études ont porté sur une population de jeunes adultes, ce qui suggère que les différences de résultats pourraient découler du facteur âge. Encore ici, les résultats obtenus dans ces études sont difficiles à concilier en raison d'une forte hétérogénéité méthodologique (p. ex., les types de stratégies de coping).

Les présents résultats incitent à penser que la crise d'HB pourrait être en soi une stratégie apparentée à la distanciation, mais distincte, en ce sens que la distanciation, au sens propre, fait référence exclusivement à de l'évitement cognitif. La crise d'HB aurait une fonction analogue au plan comportemental en vue de réduire les émotions négatives, où se suralimenter serait un mécanisme de fuite en vue de procurer temporairement un soulagement par le confort et la diversion au moyen de la nourriture. Ainsi, manger devient un moment agréable, quand l'état émotionnel de la personne est plutôt négatif, moment agréable qui dégénère en un moment désagréable dû au geste qui devient incontrôlable et répétitif, à la culpabilité et à l'inconfort physique qui surgissent avec la crise. Autrement dit, la crise d'HB pourrait constituer, en soi, un mécanisme ou une stratégie visant à réguler les émotions négatives par des comportements incontrôlés de suralimentation, une forme comportementale d'évitement. Cet aspect d'évitement s'apparente à une difficulté à différer les gratifications immédiates (forme d'impulsivité) par la recherche d'un renforcement immédiat (la prise de nourriture, soulagement immédiat). Cela pourrait en partie expliquer l'absence de lien direct entre la distanciation, en tant que stratégie plus cognitive et l'HB chez les adolescents.

Les prochains paragraphes porteront brièvement sur les écrits qui supportent les liens entre l'HB et les stratégies d'évitement chez les jeunes adultes.

Comparaison avec les études portant sur les jeunes adultes. Les résultats obtenus, à l'effet qu'il existe des liens entre les stratégies de coping d'évitement et l'HB chez les adolescents, correspondent aussi à ceux retrouvés dans divers écrits portant sur des échantillons d'adultes indiquant que les stratégies centrées sur l'évitement sont associées à des comportements alimentaires problématiques tels que les crises d'hyperphagie (Fitzgibbon & Kirschenbaum, 1990; Freeman & Gil, 2004; Henderson & Huon, 2002).

Après de jeunes adultes, Sulkowski et ses collègues (2011) ont examiné la relation entre le stress, le coping et l'HB dans un échantillon de 147 étudiantes âgées de 18 à 25 ans. Ils ont rapporté une relation positive entre le stress et l'HB et les stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement. Le stress peut favoriser, chez certaines personnes, une tendance à ruminer et à se blâmer ou à blâmer les autres (stratégies apparentées respectivement à l'intériorisation et à l'extériorisation).

Explications complémentaires des résultats d'hyperphagie en lien avec les stratégies d'évitement et les modèles explicatifs. À l'instar des résultats rapportés dans les études susmentionnées, la présente étude signale essentiellement des relations entre deux stratégies d'évitement, soit l'intériorisation et l'extériorisation, et l'HB, sans établir

de lien significatif entre la stratégie de distanciation (p. ex., « *Je fais comme si rien n'était arrivé* ») et l'HB.

Ces résultats peuvent être associés au modèle de l'affect négatif¹⁶. Selon ce modèle, les stratégies d'évitement jouent un rôle entre le stress et l'HB chez les jeunes adultes, ce qui renvoie à un processus de régulation émotionnelle dysfonctionnelle pour expliquer les crises de boulimie (Deaver, Miltenberger, Smyth, & Crosby, 2003; Heatherton & Baumeister; 1991, Meyer, Waller, & Waters, 1998; Polivy & Herman, 1993). En effet, nos résultats suggèrent une contribution des émotions négatives chez les adolescents qui manifestent des comportements d'HB¹⁶. On peut considérer que l'intériorisation et l'extériorisation sont des stratégies qui visent à régulariser les émotions ressenties (centrées sur l'émotion), tandis que la distanciation désigne une stratégie d'évitement qui vise à réduire le stress en se distançant du problème par la diversion, le déni, etc. (Endler & Parker, 1990). Considérant que des relations positives entre l'HB ne sont démontrées que pour l'intériorisation et l'extériorisation, on peut penser que ce modèle de l'affect pourrait s'appliquer à la population adolescente qui présente des comportements d'HB.

En somme, les résultats indiquent que l'hypothèse (H2) est partiellement confirmée. Plus spécifiquement, les résultats ne laissent pas voir de relations entre l'HB

¹⁶ Rappelons que le coping d'évitement comprend tout ce qui vise à fuir le problème, y compris l'ensemble des stratégies centrées sur l'émotion (Holahan et al., 1996).

et les mesures obtenues aux échelles associées au coping d'approche (échelle principale et résolution de problèmes et soutien social). Des deux seules autres études sur des variables analogues et après des adolescents, une seule a associé le coping de résolution de problème à des scores d'HB plus faibles. Cependant, comme quelques études auprès de jeunes adultes vont aussi dans le sens d'une absence de relation entre ces stratégies et l'HB, il est légitime de penser que les présents résultats, indiquant une absence de lien entre des variables, peuvent servir de base pour poursuivre l'effort de recherche. L'état actuel des connaissances amène à faire l'hypothèse d'un modèle de relation plus complexe entre les variables, comportant des variables médiatrices ou modératrices.

Deux stratégies d'évitement (l'intériorisation et l'extériorisation) ont laissé voir, dans la présente étude, des relations positives avec les manifestations d'HB aussi bien chez les adolescents que chez les adolescentes, même si les résultats relatifs à l'échelle principale d'évitement ont été significatifs chez les filles seulement. Ces résultats permettent de faire l'hypothèse que la présence d'HB est étroitement associée à la régulation des émotions chez les adolescents. De plus, nous avons proposé à titre d'hypothèse que la crise d'HB pourrait être considérée comme une stratégie d'évitement comportementale.

Troisième hypothèse

La troisième hypothèse stipulait qu'il existerait une corrélation significative entre le score d'HB tel que mesuré par le *BES* et le coping émotionnel de Stanton¹⁷, tel que mesuré par l'*Emotional Approach Coping Scale (EACS)*. À la différence du coping émotionnel, décrit traditionnellement dans la plupart des écrits scientifiques, plusieurs chercheurs (p. ex., Stanton et al., 1994; 2000b; 2004) distinguent les aspects actifs et adaptatifs (p. ex., le traitement et l'expression des émotions) des aspects moins adaptés et passifs des émotions (ruminant, se blâmer, désengagement et évitement, etc.). Toutefois, rappelons que les stratégies de coping centrées sur l'émotion, impliquant des efforts pour reconnaître, comprendre et exprimer des émotions, ont été démontrées adaptatives dans la gestion du stress, du moins pour les femmes aux prises avec des stressseurs majeurs, notamment le cancer (Stanton et al., 1994; 2000a).

Les prochains paragraphes porteront sur le rappel des résultats. Considérant l'absence d'études portant sur l'HB et le coping de Stanton, des hypothèses explicatives des résultats suivront.

Rappel des résultats du coping émotionnel de Stanton en lien avec l'hyperphagie boulimique. Dans la présente étude, aucune relation significative n'est retrouvée entre le coping émotionnel de Stanton et l'HB. L'absence de liens entre le score d'HB et le coping émotionnel de Stanton est relevée tant chez les filles que chez

¹⁷ Aussi nommé coping d'approche centré sur l'émotion (Stanton, 1994).

les garçons. Or, cela infirme l'hypothèse (H3) selon laquelle le coping émotionnel est significativement associé à l'HB. Aucune étude n'a porté spécifiquement sur le coping de Stanton et l'HB chez les adolescents, ce qui souligne une fois de plus l'originalité de la présente étude. Considérant l'absence de références, des explications seront présentées pour faire la lumière sur les résultats. À l'instar des autres types de coping présentés précédemment, des analyses complémentaires ont aussi démontré des différences entre les garçons et les filles quant à l'utilisation de stratégies de coping de Stanton.

Coping émotionnel de Stanton et hyperphagie boulimique. À partir de certains écrits scientifiques portant sur les adultes souffrant de diverses pathologies (Hartman, 2008; Pressman et Cohen, 2005; Stanton, Parsa et Austenfeld, 2002), il était envisageable de penser que le coping émotionnel de Stanton puisse être négativement associé à l'HB.

Coping émotionnel de Stanton et développement des adolescents. Il s'avère possible que l'utilisation de stratégies émotionnelles de Stanton, incluant l'identification et l'expression des émotions, se développe progressivement, voir plus tardivement durant l'adolescence. D'ailleurs, il est reconnu qu'à l'adolescence, les processus de coping se modulent en fonction des expériences et sont influencés par l'émergence des capacités croissantes de régulation cognitives et comportementales (Compas et al, 2001). Selon Compas et al. (2001), les stratégies de coping émotionnel ont tendance à

augmenter en fréquence tandis que les stratégies centrées sur le problème restent stables au cours de l'adolescence. Le coping émotionnel (tel que défini par Stanton) pourrait donc ne pas être une stratégie pertinente à considérer dans des études auprès des adolescents. L'absence de résultats significatifs pourrait seulement indiquer que la variable n'est pas pertinente à cet âge.

En ce sens, il serait intéressant d'étudier si les stratégies de coping émotionnel de Stanton seraient plus utilisées, voire inversement associées aux manifestations d'HB auprès de jeunes adultes ou d'adultes puisqu'aucune étude, portant sur les liens entre l'HB et l'utilisation des stratégies de coping de Stanton, n'a été recensée.

Ainsi, la principale hypothèse pour expliquer les résultats est que les stratégies d'identification et d'expression des émotions pourraient bien ne pas faire encore partie du répertoire des apprentissages des adolescents dans la présente étude. Une telle conception du coping, développée pour des adultes, ne serait pas pertinente pour étudier les stratégies utilisées par les adolescents.

L'absence de liens entre l'HB et le coping de Stanton pourrait en partie s'expliquer par le fait que les adolescents sont plus enclins à être réactifs à l'égard de leurs émotions négatives (p. ex., en les évitant) ou à se blâmer (p. ex., ruminations) plutôt que de tenter de les traiter (les comprendre et les symboliser) et de les exprimer de manière modulée (p. ex., en les verbalisant). Certains chercheurs (Dahl & Gunnar, 2009) ont d'ailleurs

rapporté une réponse au stress accrue ainsi qu'une plus grande réactivité émotionnelle durant l'adolescence.

Coping émotionnel de Stanton et méthodologie. Une explication complémentaire, pouvant étayer l'absence de liens entre l'HB et le coping de Stanton pourrait relever de la conception et de l'instrument pour mesurer le coping émotionnel. Stanton et ses collègues (1994) ont montré que le coping émotionnel et l'instrument réfèrent à des stratégies « d'approche centrées sur l'émotion » (*emotional approach coping*). Des études (Smith et al., 2002; Stanton et al., 2000a; 2000b) ont d'ailleurs démontré que les scores de « coping d'approche » de Stanton corrélaient modérément avec d'autres stratégies d'approche telles que la résolution de problèmes et la recherche de soutien social. Ainsi, on pourrait penser qu'à l'instar des stratégies de coping d'approche traitées précédemment (H2), il est logique qu'aucune relation ne soit trouvée entre l'HB et le coping « d'approche » émotionnel de Stanton. En effet, les stratégies d'approche ne sont pas liées à l'HB ni dans la présente étude, ni dans la plupart des études portant sur les TCA et les stratégies de coping.

D'un autre côté, l'instrument pour mesurer le coping de Stanton a été développé et principalement utilisé auprès d'une population adulte. Cet instrument pourrait ne pas être adapté à la population des adolescents.

Coping émotionnel de Stanton et profils cliniques des participants. La plupart des études qui ont utilisé des mesures de coping émotionnel de Stanton portaient sur des échantillons de personnes ayant des profils cliniques différents, présentant des problèmes de santé autres que des TCA (p. ex., cancer du sein, maladies chroniques, etc.) ou présentant des problématiques diverses (p. ex., orientation sexuelle, qualité de vie, etc.). En ce sens, l'utilisation de stratégies émotionnelles de Stanton pourrait être modulée par certaines caractéristiques propres aux participants, notamment leur profil psychopathologique ou le type de problématiques vécues.

Coping émotionnel de Stanton et genre. Rappelons qu'il s'agit de la première étude portant sur l'HB et ce type de stratégie et que l'instrument n'a pas été initialement conçu pour la population adolescente. Cependant, malgré l'absence de liens entre l'HB et les stratégies de coping émotionnel de Stanton, les résultats ont mis en évidence des différences dans l'utilisation de ces stratégies en fonction du genre. Il s'agit donc de résultats à interpréter avec prudence. Ces résultats relatifs à la disparité de genre dans le traitement et l'expression des émotions vont dans le sens de ceux rapportés dans les écrits scientifiques (Stanton et al; 1994; 2000a; 2000b; Berghuis & Stanton, 2002), indiquant que les femmes traitent et expriment davantage leurs émotions que les hommes. En effet, Stanton et ses collègues ont conclu que le coping émotionnel (surtout le coping expressif) est généralement plus avantageux pour l'adaptation des femmes que des hommes. Cette tendance pourrait bien s'appliquer aussi aux adolescentes du présent échantillon. Du moins, elles utilisent davantage ces stratégies que leurs compères

masculins. Essentiellement, la plupart des hypothèses proposées pour expliquer les résultats traitant des différences de genre dans l'utilisation des stratégies de coping (H1) pourraient également s'appliquer dans la présente discussion pour expliquer les divergences de genre dans l'emploi des stratégies de coping de Stanton.

Discussion sur l'ensemble des résultats du coping de Stanton et de l'hyperphagie boulimique. En conclusion, contrairement à l'hypothèse initialement proposée, l'utilisation des stratégies de coping émotionnel de Stanton n'est pas liée aux scores d'HB. Un parallèle avec les stratégies de coping d'approche (H2) a été proposé pour expliquer l'absence de lien entre l'utilisation des stratégies de coping de Stanton et l'HB. De plus, il a aussi été avancé, comme hypothèse explicative, que cette forme de coping pourrait ne pas être une variable très appropriée pour des études auprès des adolescents. Cependant, nonobstant cette hypothèse, les résultats ont aussi laissé voir qu'il existe des différences de genre quant à l'utilisation des stratégies de coping de Stanton, notamment à l'effet que les filles identifient et traitent davantage leurs émotions que les garçons. Globalement, les adolescentes utilisent davantage les stratégies de coping de Stanton que les garçons.

Quatrième hypothèse

La quatrième hypothèse stipulait que les scores d'HB seraient différents en fonction de la satisfaction corporelle. Les prochains paragraphes porteront sur le rappel des résultats relatifs à cette hypothèse. Par la suite, les résultats seront comparés à ceux

d'autres d'études avant d'être expliqués. Après cette discussion, la disparité de genre quant à la satisfaction corporelle sera abordée.

Rappel des résultats relatifs aux scores d'HB en fonction de la satisfaction de l'image corporelle. Des différences significatives sont retrouvées au niveau des scores d'HB en fonction de la satisfaction face à l'image corporelle, indiquant que les adolescents insatisfaits de leur image corporelle ont un score significativement plus élevé d'HB que ceux qui ne le sont pas. Ce résultat confirme H4. Ces différences demeurent significatives indépendamment du genre, bien que, selon les résultats obtenus, les adolescentes sont proportionnellement plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons en plus de présenter des scores d'HB plus élevés que leurs confrères masculins.

À notre connaissance, la présente étude est la première au Canada à indiquer que le score d'HB obtenu à partir du *BES* est plus élevé chez les adolescents (gars et filles) insatisfaits de leur image corporelle.

Comparaison avec des études portant sur l'insatisfaction corporelle et l'hyperphagie boulimique. L'association entre l'insatisfaction de l'image corporelle et l'HB est conforme à ce qui a été retrouvé dans une étude scientifique effectuée auprès d'adolescentes indiquant que l'HB est liée à l'écart entre le poids actuel et idéal (Moyer, DiPietro, Berkowitz, & Stunkard, 1997). Très peu d'études ont exploré directement les

liens entre l'hyperphagie boulimique et l'insatisfaction corporelle chez les adolescents des deux genres. Quelques études ont rapporté des liens entre ces deux variables chez les adolescentes en surpoids (Sonneville, Calzo, Hortons, Haines, Austin, & Fields, 2012; Stice, Pressnell, & Spangler, 2002).

D'ailleurs, Masheb et Grilo (2000) ont constaté que les préoccupations par rapport au poids et à la silhouette chez les individus souffrant d'HB étaient comparables à celles observées dans la BN. Dans le même sens, une étude de Wilfley, Schwartz, Spurrell et Fairburn (2000) a comparé des individus en surpoids, avec ou sans HB, et a confirmé que l'importance excessive accordée au poids et à la silhouette n'est pas associée au poids, mais à l'HB. Ainsi, il semble bien que l'HB soit aussi étroitement associée à l'insatisfaction face à l'image corporelle, comme c'est le cas pour les autres TCA (Fairburn, 2008).

Malgré l'absence de critère diagnostique relié au poids et à l'image corporelle pour l'HB, il faut rappeler que plusieurs études, identifiées ci-dessous, ont démontré une association significative.

L'insatisfaction corporelle ainsi que les préoccupations excessives concernant le poids et la silhouette des individus souffrant d'HB ont été mises en relation avec une fréquence plus élevée de crises d'HB (Hrabosky, Masheb, White, & Grilo, 2007). Tel

que présenté ci-dessous, l'insatisfaction corporelle a aussi été associée à des symptômes d'HB dans quelques études portant sur des adultes.

Comparaison avec des études portant sur l'insatisfaction corporelle et l'hyperphagie boulimique chez les adultes. Ce lien entre l'insatisfaction corporelle et l'HB est également conforme à ce qui est généralement indiqué dans les écrits scientifiques portant principalement sur une population adulte. Par exemple, Milkewicz et Cash (2000; cité par Schwartz & Brownell; 2004) ont étudié trois groupes de femmes avec HB : leurs résultats suggèrent que l'insatisfaction corporelle et l'HB sont étroitement liées et ce, indépendamment du poids. L'insatisfaction corporelle a aussi été associée à des symptômes d'HB dans d'autres études portant sur des adultes (Antony, Johnson, Carr-Nangle, & Abel, 1994; Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale, & Rothschild, 2005) en plus d'être prédictive des comportements d'hyperphagie boulimique (Johnson & Wardle, 2005; Stice & Shaw, 2002).

Le fait que les scores d'HB soient plus élevés lorsque les sujets sont insatisfaits de leur apparence corporelle a aussi été retrouvée dans plusieurs études réalisées auprès d'adultes en surpoids ou souffrant d'obésité (Miller et al., 1999; Striegel-Moore et al., 1998; Wardle, Waller, & Watkins, 1999).

Explication de la relation positive entre l'insatisfaction face à son apparence corporelle et l'hyperphagie boulimique. Certaines études rapportent que les

adolescents insatisfaits de leur silhouette tendent à adopter des méthodes de contrôle du poids et des comportements alimentaires risqués pour leur santé, notamment les crises boulimiques (Rosen & Neumark-Sztainer, 1998; Neumark-Sztainer et al., 2006; Smolack & Levine, 2001; Stice, Presnell, & Spangler, 2002; Wichstrom, 1995).

Surpoids et insatisfaction corporelle. Le lien entre l'insatisfaction corporelle et l'HB pourrait bien impliquer une tierce variable, le surpoids, lui-même couramment associé à l'insatisfaction et à l'HB. Comme plusieurs individus avec HB présentent un surpoids ou de l'obésité, on peut penser que le lien établi entre l'obésité et l'insatisfaction corporelle (Friedman & Bownell, 1995) pourrait expliquer une partie du lien HB – insatisfaction corporelle. De plus, comme l'étude de Mussel et al. (1996) a démontré que les individus obèses avec HB rapportent une insatisfaction corporelle significativement plus élevée que les individus obèses sans HB, il est permis de penser que l'HB et l'insatisfaction corporelle entretiennent un lien étroit. Toutefois, l'ampleur du surpoids ou de l'obésité pourrait ne pas être un facteur déterminant si l'on considère les résultats de l'étude de Barry, Grilo, et Masheb (2003), qui a démontré que les individus avec HB rapportent une insatisfaction de leur image corporelle quelle que soit leur degré d'obésité. On pourrait même penser que l'obésité pourrait n'être que subjective et entraîner tout de même de l'insatisfaction.

Affect négatif lié à l'insatisfaction corporelle. On peut aussi faire l'hypothèse que le lien entre l'HB et l'insatisfaction corporelle découle d'affects négatifs associés à l'insatisfaction face à l'apparence (p. ex., le poids, la silhouette, etc.). Ainsi, la présence

chez les adolescents d'HB et d'insatisfaction corporelle pourrait être expliquée à partir du modèle de l'affect qui stipule que les crises de boulimie sont fréquemment induites par les affects plutôt que par la restriction alimentaire (Greeno, Wing, & Shiffman, 2000; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997). Nos résultats, indiquant que les adolescents insatisfaits présentent en moyenne une plus grande sévérité d'HB, pourraient trouver une explication en s'appuyant sur les observations réalisées par Grilo, Masheb et Wilson (2001). Ces derniers ont observé, chez un sous-groupe important de sujets souffrant d'HB, la présence d'émotions négatives ou d'affects dépressifs, signalant la présence d'une variante d'HB caractérisée par une plus grande insatisfaction corporelle.

Pressions sociales. Une autre explication possible du lien entre l'HB et l'insatisfaction corporelle fait intervenir la variable « pression sociale ». Certaines études auprès des adolescentes ont démontré que celles qui rapportent subir des pressions sociales par rapport à la minceur seraient plus à risque de développer l'HB (Sonneville et al., 2012; Stice, 2002) ainsi que ses formes subsyndromiques (p.ex., McKnight, 2003).

On peut ainsi penser que les adolescents qui subissent le plus de pressions sont aussi celles qui ressentent une plus grande insatisfaction, ce qui expliquerait le lien HB – insatisfaction corporelle. D'ailleurs, il est indiqué que l'insatisfaction corporelle est un facteur étiologique majeur du développement d'un TCA (Stice & Shaw, 2004). Non seulement l'insatisfaction corporelle est un facteur de risque, mais, selon Stice (2002), elle contribue au maintien du trouble.

À titre d'hypothèses explicatives, il est possible d'avancer que les médias engendrent une augmentation de l'insatisfaction corporelle afin de se conformer à l'idéal de beauté véhiculé. Il est aussi vraisemblable que les adolescents avec un niveau élevé d'HB soient plus sensibles aux influences (p. ex., médiatiques, de l'entourage, etc.) en raison d'une insatisfaction corporelle plus marquée.

À titre d'explications complémentaires des résultats, la prochaine section présente brièvement les principaux modèles étiologiques supportant une association positive entre les scores d'HB et l'insatisfaction corporelle.

Modèles étiologiques et insatisfaction corporelle dans l'hyperphagie. Deux principaux modèles étiologiques s'avèrent utiles pour expliquer l'association entre l'insatisfaction de l'image corporelle et l'HB.

Modèle à double voie. La présence combinée d'une plus grande sévérité d'HB et d'une insatisfaction corporelle pourrait s'expliquer par un modèle étiologique combinant les affects et la restriction alimentaire dans les crises d'hyperphagie. Le modèle à double voie proposé par Stice et Agras (1998) suggère : 1) que l'insatisfaction corporelle entraîne les diètes, conformément au modèle de la restriction alimentaire, et que cette dernière augmente les probabilités de s'adonner à des frénésies alimentaires; et 2) que, parallèlement, conformément au modèle de la régulation de l'affect, l'insatisfaction

corporelle entraîne des émotions négatives qui déclenchent la crise d'hyperphagie pour leur faire face, en procurant un réconfort et une distraction.

Modèle de l'hyperphagie boulimique. Plus récemment, le modèle proposé par Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow et Peterson (2008), et spécialement conçu pour l'hyperphagie boulimique, souligne l'importance de l'insatisfaction de l'image corporelle dans le développement et le maintien de l'HB. En effet, ce modèle soutient, par exemple, que l'obésité (incluant l'obésité subjective) conduit au maintien de l'HB par le biais de ses conséquences émotionnelles pouvant conduire à des crises boulimiques, ainsi que de par ses impacts sur l'image de soi (incluant le poids et la silhouette corporelle) et sur la détresse qui en découle. Ce modèle de l'HB s'appuie aussi sur le taux important de psychopathologie associé à l'HB (Bulik et al., 2004) et en lien avec la régulation émotionnelle des affects négatifs associés à la perception de la silhouette corporelle et du poids. Bien que plusieurs facteurs de risques de l'HB soient identifiés dans les études (p. ex., Stice, 2002; Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004), les données les plus consistantes proviennent des variables suivantes : les préoccupations liées à l'image du corps et l'insatisfaction corporelle, la pression perçue à la minceur et la poursuite de la minceur idéale, les diètes, l'affect négatif et l'usage de substances (Stice, 2002; Killen et al., 1994; 1996; Stice, Haymard, Cameron, Killen, & Taylor, 2002; Patton, Selzer, Coffe, Carline, & Wolfe, 1999).

Considérant que les résultats ont mis en évidence des différences de genre relatives à l'insatisfaction corporelle chez les adolescents, la section suivante discute de cet aspect.

Différence de résultats en fonction du genre. Bien que des différences significatives soient retrouvées au niveau des scores d'HB en fonction de la satisfaction face à l'image corporelle, les résultats indiquent des différences de genre chez les adolescents quant à leur satisfaction corporelle. La prochaine section portera sur le rappel des résultats et traitera des différences de genre relatives à la satisfaction corporelle.

Rappel des résultats relatifs aux différences selon le genre de la satisfaction de l'image corporelle. Les résultats de la présente étude démontrent des différences au niveau du genre, notamment au niveau de la proportion d'adolescents satisfaits de leur image corporelle. Les adolescentes sont proportionnellement plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons en plus de présenter des scores d'HB plus élevés que leurs confrères masculins.

Chez les adolescents de sexe masculin, presque autant sont satisfaits (48 %) qu'insatisfaits (52 %) de leur image corporelle tandis que chez les adolescentes, elles sont pratiquement deux fois plus nombreuses à rapporter une insatisfaction de leur image corporelle (64 % d'insatisfaites).

Comparaison avec d'autres études portant sur les différences de genre reliées à l'insatisfaction corporelle. Les résultats de la présente étude correspondent à ceux rapportés dans la plupart des écrits scientifiques. En général, les études comparatives indiquent que les adolescentes sont plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons (Blackburn et al., 2008; Parnot et al., 2006; Rodgers, Paxton, & Chabrol, 2009). Parnot et ses collègues (2006) ont rapporté que, dans leur échantillon d'adolescents français (N = 590), 30 % des garçons et 58 % des filles sont insatisfaits de leur corps. Ces résultats sont dans l'ensemble similaires à ceux de la présente étude concernant le niveau d'insatisfaction corporelle selon le genre (52 % des gars et 64 % des filles).

Toutefois, quelques études ont laissé voir des résultats semblables chez les garçons et les filles lorsque les critères de définition de l'insatisfaction corporelle incluaient la masse musculaire pour les garçons (McCabe & Ricciardelli, 2004). Dans le même ordre d'idées, une enquête réalisée dans la région du Saguenay a indiqué que près de 40 % des adolescents masculins aspirent à une silhouette plus forte (Gaudreault et al., 2004). En général, les filles veulent perdre du poids alors que les gars veulent en gagner (Parnot et al., 2006). Cependant, il existe beaucoup moins d'études sur les particularités du développement de l'image corporelle des garçons comparativement à celle des filles, ce qui limite la possibilité d'expliquer les résultats observés.

Il faut aussi noter que des différences de genre ont aussi été rapportées dans des études portant sur l'insatisfaction de l'image corporelle auprès d'adultes. Les prochains paragraphes en présentent brièvement quelques-unes.

Différences de satisfaction de l'image corporelle en fonction du genre chez les adultes. Certaines études (Lewinsohn et al., 2002; Striegel-Moore, Wilson, Wilfrey, Elder, & Brownell, 1998; Tanofsky et al., 1997) réalisées auprès d'adultes démontrent que les femmes luttent plus que les hommes contre l'insatisfaction de leur image corporelle et l'impératif de la minceur et elles sont plus sujettes à manger en réaction à des émotions négatives. Il est notoire que l'insatisfaction concernant l'image corporelle diffère selon le genre chez les adultes. En général, les sujets féminins rapportent davantage de préoccupations liées à l'image du corps et cherchent davantage à perdre du poids que les sujets masculins (de Zwaan et al., 1994; Davison & McCrabe, 2005; 2006; Woodside et al., 2004).

Cette disparité de genre chez les adultes correspond à celle qui a été observée chez les adolescents de la présente étude.

Explication des différences d'insatisfaction corporelle en fonction du genre. Les résultats obtenus, soulignant une plus grande proportion d'insatisfaction corporelle chez les filles, pourraient s'expliquer par certaines différences associées au genre dans la culture occidentale.

Perception des changements corporels. Par exemple, Aligood-Merten et al., (1990) ont rapporté dans leur étude que les filles perçoivent les changements dans leur corps et dans leur environnement comme plus stressants et menaçants, ce qui rejoint les hypothèses explicatives proposées pour les différences de genre en ce qui a trait au coping. On peut aussi penser que plus l'image corporelle prend une place importante dans la vie des adolescentes, plus elles sont susceptibles de vivre des déceptions puisque leur corps change beaucoup au début de l'adolescence.

Pressions socioculturelles, familiales et des pairs. Plusieurs facteurs peuvent être associés au développement et au maintien de l'insatisfaction corporelle. Il est reconnu que les représentations stéréotypées qui déterminent les critères de beauté et définissent l'image du corps idéal dans les sociétés occidentales proposent des normes peu réalistes pour nombre d'adolescents. Les pressions socioculturelles pour un corps hypermince pour les filles ou un corps très musclé pour les garçons (McCreary, 2000) sont intériorisées par les adolescents et sont ainsi facilement à l'origine de l'insatisfaction ressentie. En effet, les critères proposés par les médias peuvent s'avérer inatteignables pour la plupart des individus (Scooler & Ward, 2006; Thompson et al., 1999). À cet effet, Ledoux (2002) indique que, plus une fille sera exposée à un seul modèle corporel, souvent irréaliste et éloigné de sa propre apparence, plus elle a de risques d'être préoccupée par son apparence et insatisfaite.

Chez les jeunes filles, plus l'intériorisation du message sociétal valorisant la minceur augmente, plus elles sont insatisfaites de leurs corps (Stice & Whitenton, 2002). Dans le même ordre d'idées on peut penser que les filles présentent une plus grande exposition aux messages médiatiques que les garçons, ce qui en retour se traduirait par une internalisation plus marquée de l'idéal de la minceur et des normes sociales et par conséquent, un risque accru d'insatisfaction de l'image corporelle.

Selon plusieurs chercheurs (Neumark-Sztainer et al., 1999, Van den Berg et al., 2002), la recherche de la minceur chez les adolescentes, exposées aux idéaux corporels féminins, les conduit à plus d'insatisfaction face à leur image corporelle. Les différences dans les pressions vécues par les gars et les filles pourraient certes représenter un facteur expliquant que les adolescentes de la présente étude sont plus insatisfaites de leur silhouette que les adolescents.

Quoiqu'il en soit, les garçons et les filles qui présentent un niveau d'intériorisation élevé de la minceur idéale, telle que véhiculée dans les médias, l'environnement familial et par les pairs, ont plus de risques de développer des préoccupations pour le poids et de pratiquer des régimes (Field et al., 2001).

Tendance différente à la comparaison selon le genre. D'ailleurs, des études (p. ex., Smolak, Levine, & Thompson, 2001) confirment que les filles se comparent plus aux autres pour évaluer leur apparence et leur poids que les garçons et elles se comparent

davantage aux images des médias que le font les garçons. On peut aussi penser que les adolescentes, étant davantage exposées aux pressions, ont aussi plus recours à la comparaison sociale que les garçons. Il est rapporté que c'est le degré d'adhésion aux valeurs de la minceur qui permettrait de prédire le développement d'un TCA (Stormer & Thompson, 1996).

Méthodologie et insatisfaction corporelle. Par ailleurs, la manière d'évaluer l'insatisfaction corporelle selon le genre pourrait s'avérer inadéquate. A titre de proposition pour les recherches futures, il serait judicieux d'utiliser des outils qui permettent d'évaluer les particularités de genre concernant l'image du corps des garçons et des filles (p. ex., évaluation de la masse grasseuse, de la musculature, etc.). De plus, il serait intéressant de vérifier si le lien retrouvé entre l'insatisfaction corporelle et l'HB diffère en taille d'effet selon le genre.

En conclusion des résultats relatifs aux différences de genre, la présente étude démontre que l'insatisfaction corporelle est importante à l'adolescence et que les filles sont plus touchées. Toutefois, malgré des proportions plus importantes d'insatisfaction corporelle chez les filles, les pourcentages de garçons insatisfaits sont aussi très élevés, ce qui souligne la nécessité de poursuivre la recherche pour mieux comprendre l'insatisfaction corporelle selon le genre, une variable importante en lien avec l'HB.

En somme, les résultats indiquent que l'hypothèse (H4) est confirmée. Spécifiquement à l'insatisfaction corporelle, des différences de genre ont été retrouvées, selon le genre, indiquant que les adolescentes sont proportionnellement plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons.

Synthèse de la discussion des résultats

En somme, nous pouvons dégager de la présente étude plusieurs constats. Premièrement, nous avons démontré que les manifestations d'HB étaient fréquentes dans la population adolescente de la région (Q1). Les résultats confirment des différences dans les manifestations de l'HB selon le genre; pratiquement deux fois et demie plus élevées chez les adolescentes comparativement à leurs homologues masculins. Il a aussi été possible de constater que l'évaluation des taux de prévalence de l'HB auprès des adolescents était une tâche complexe en raison du manque de balises établies quant aux critères diagnostiques adaptés à cette population ainsi que du manque d'instruments diagnostiques valides et faciles à administrer. Par conséquent, les résultats des études recensées ont laissé voir une très grande variabilité dans les taux de prévalence d'HB chez les adolescents. Dans un tel contexte, les estimations de prévalence obtenues dans la présente étude doivent être abordées avec la plus grande circonspection lorsqu'il est question d'établir la véritable prévalence du trouble d'HB chez les adolescents du Saguenay.

Deuxièmement, l'étude n'a révélé aucune différence entre les scores d'HB en fonction des variables sociodémographiques (Q2) groupe d'âge et niveau de scolarité. Par contre, les résultats ont clairement démontré des différences significatives entre les scores d'HB selon le genre. Les résultats obtenus confortent ceux de la majorité des études scientifiques portant sur l'HB et les autres TCA, démontrant que les manifestations alimentaires pathologiques de l'HB sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Il a été proposé que cette disparité de genre pouvait s'expliquer par une combinaison de facteurs, notamment développementaux, psychologiques et socioculturels, influençant différemment les garçons et les filles : croissance plus précoce chez les filles; risque accru d'obésité lié à la maturation sexuelle chez les filles; réactions différentes chez les garçons et les filles face aux changements corporels, sociaux et psychologiques qui surviennent durant l'adolescence; impacts différents des facteurs socioculturels.

Troisièmement, les résultats obtenus ont confirmé la première hypothèse (H1), indiquant que les adolescentes utilisent globalement davantage de stratégies de coping que les adolescents, tant au niveau du coping d'approche que du coping d'évitement. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ces différences de genre quant à l'utilisation des stratégies de coping : la présence de stressors différents et une évaluation différente des stressors; certains facteurs psychosociaux et développementaux, touchant différemment les adolescentes et les adolescents.

Quatrièmement, l'étude a démontré que deux stratégies d'évitement (l'intériorisation et l'extériorisation) étaient liées aux manifestations d'HB aussi bien chez les adolescents que chez les adolescentes. Plusieurs hypothèses explicatives ont été avancées, notamment que la présence d'HB était étroitement associée à la régulation des émotions chez les adolescents. De plus, il a aussi été proposé que la crise d'HB puisse être considérée comme une stratégie comportementale d'évitement en elle-même. D'un autre côté, il a été suggéré que l'absence de lien entre le coping d'approche (résolution de problèmes et soutien social) et l'HB chez les adolescents pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers pourraient ne pas avoir suffisamment développé de stratégies de résolution de problème efficaces. Nous avons suggéré que, chez les adolescents, le niveau de développement et les ressources disponibles (aux plans biologique, cognitif, social et émotif) influencent le choix d'une stratégie de coping et les efforts d'adaptation. Les adolescents avec HB pourraient utiliser moins efficacement de telles stratégies de résolution de problème, voire privilégier des stratégies d'évitement ou centrées sur l'émotion qui sont réputées avoir des effets à court terme.

Cinquièmement, l'hypothèse (H3), selon laquelle il existe un lien entre l'utilisation des stratégies de coping émotionnel de Stanton et les scores d'HB, a été infirmée. Plusieurs hypothèses explicatives ont été proposées pour comprendre l'absence de liens, notamment que cette forme de coping puisse ne pas représenter une variable appropriée pour les adolescents. Nonobstant les résultats relatifs à cette hypothèse, il a été démontré qu'il existe des différences de genre quant à l'utilisation des stratégies de coping de

Stanton, notamment que les filles identifient et traitent davantage leurs émotions que les garçons.

Sixièmement, l'étude a démontré que l'insatisfaction corporelle est importante à l'adolescence et que les filles sont proportionnellement plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons. La quatrième hypothèse (H4), stipulant un lien entre l'HB et la satisfaction de l'image corporelle a été confirmée, indiquant que les adolescents insatisfaits de leur image corporelle ont un score significativement plus élevé d'HB que ceux qui ne le sont pas. À notre connaissance, la présente étude est la première au Canada à indiquer que les manifestations hyperphagiques sont plus élevées chez les adolescents (gars et filles) insatisfaits de leur image corporelle.

Retombées de l'étude et implications théoriques et pratiques

La présente étude laisse clairement voir qu'une proportion significative de jeunes sont touchés par des manifestations d'HB. Ce constat soulève l'importance de s'intéresser à cette problématique, surtout que les comportements alimentaires pathologiques peuvent entraîner d'autres problèmes de santé physique et psychologique. Les résultats obtenus militent en faveur du développement de programmes de prévention dans les établissements scolaires en vue de sensibiliser les intervenants et les élèves à l'HB, un TCA qui affiche une prévalence importante. Considérant que l'HB est reliée à certaines stratégies de coping, il pourrait être pertinent de développer des programmes d'interventions pour faire connaître aux adolescents des stratégies de coping appropriées

et moins associées à l'HB. Il serait vraisemblablement souhaitable d'envisager d'autres cibles d'interventions, notamment celles en lien avec l'insatisfaction corporelle. En effet, cette dernière étant fortement reliée à l'HB chez les adolescents, il apparaît souhaitable de promouvoir des alternatives aux modèles de beauté et de minceur véhiculés par les médias et qui sont reconnus être inatteignables pour la majorité des jeunes. Les résultats de la présente étude sont à même de fournir aux intervenants auprès des adolescents des cibles pertinentes.

Forces et limites

Cette partie fait le bilan des forces et des limites de l'étude. Au chapitre des forces, il faut reconnaître que le sujet l'étude se démarque par sa pertinence sociale et scientifique et son caractère original et que la recherche réalisée a fait appel à une méthodologie solide, notamment au plan de l'échantillon et des instruments de mesure.

Le sujet retenu pour cette recherche cible une problématique encore peu étudiée. En effet, l'HB est un TCA nouvellement introduit dans le DSM-5 et beaucoup moins étudié que les autres TCA, notamment auprès des adolescents. À notre connaissance, il s'agit de la première étude québécoise portant sur l'hyperphagie boulimique. Ainsi, cette recherche contribue à fournir des données de base sur l'HB chez les adolescents québécois des deux genres.

En ce qui a trait à la méthodologie, on peut noter la taille importante de l'échantillon qui permet d'obtenir une grande puissance statistique. De plus, l'étude a été réalisée auprès d'un échantillon marqué par un fort taux d'inclusion (pratiquement pas de refus de participation) et ainsi une très bonne représentativité des élèves de ce milieu.

Au chapitre des instruments de mesure, il est possible de constater que tous les instruments de mesure utilisés dans la présente recherche sont reconnus pour avoir démontré des qualités métrologiques à tout le moins satisfaisantes.

La présente étude présente aussi certaines limites : il s'agit principalement de limites associées au schème de recherche adopté et à la méthodologie utilisée. Ces limites offrent des pistes à prendre en compte dans les futures recherches.

La recherche réalisée pour cet essai est une étude exploratoire adoptant un schème corrélationnel. Un tel devis ne permet en aucun cas de déterminer de relations causales entre les variables. De plus, comme il s'agissait d'une étude exploratoire, les analyses statistiques ont été limitées à des relations simples entre les variables analysées deux à la fois. Ainsi, des modèles plus complexes n'ont pas été testés.

En ce qui a trait à la méthodologie, le fait que la cueillette de données a été effectuée dans une seule école limite grandement la possibilité de généraliser les

résultats. Toutefois, dans le cas d'une étude exploratoire, les résultats peuvent constituer une base pour la poursuite de la recherche.

Comme la cueillette de données a fait appel à des instruments auto rapportés, on peut penser que certaines réponses pourraient être plus ou moins exactes chez les adolescents. En effet, il est envisageable de considérer que ces derniers ne se connaissent pas toujours bien surtout lorsqu'il est question d'apprécier leurs conduites émotionnelles et alimentaires. De plus, il est vraisemblable que la désirabilité sociale puisse représenter un facteur affectant les réponses de participants adolescents.

Plus précisément, il y a lieu de se questionner sur l'instrument utilisé (*BES*) pour évaluer l'HB. Ce dernier, utilisé auprès d'adolescents, présente certaines limites qu'il importe de considérer : 1) il n'a pas été développé pour les adolescents; 2) il s'agit d'un outil de dépistage de l'HB et non d'un outil formel de diagnostic de l'HB. Il faut donc considérer avec prudence les scores bruts qu'il génère.

Spécifiquement, en ce qui a trait à l'insatisfaction corporelle, il faut reconnaître que l'utilisation d'un questionnaire auto-rapporté soulève certaines questions, notamment à propos de la justesse de l'évaluation de la silhouette actuelle. Toutefois, on peut reconnaître que l'insatisfaction prend surtout sa source dans la perception de soi et c'est ce qui a été mesuré.

Pistes pour les recherches futures

Après avoir complété cette étude, il est possible de dégager certaines pistes pour les recherches futures. La première piste est qu'il serait souhaitable de reprendre l'étude dans d'autres milieux, puisqu'elle a été réalisée auprès d'adolescents provenant d'une seule école secondaire, limitant ainsi la généralisation des résultats aux autres adolescents de la région. Par ailleurs, il serait intéressant d'utiliser un devis de recherche longitudinal pour mieux saisir l'évolution des différentes variables.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'HB chez les adolescents, il apparaît nécessaire de réaliser des études visant à comparer la validité de différents instruments de mesure disponibles ou à en développer de nouveaux.

Considérant le peu d'études portant sur les liens entre les stratégies de coping et l'HB chez les adolescents, il apparaît indispensable de poursuivre les recherches pour arriver à mieux comprendre ces relations. C'est vraisemblablement en introduisant d'autres variables dans les devis de recherche qu'il sera possible de mieux comprendre le coping chez les adolescents ainsi que ses liens avec l'HB. On peut penser à des variables comme des précisions sur les stressors présents, sur leur évaluation, sur l'état psychologique, etc.

Concernant l'image corporelle, une variable étroitement liée à l'HB, il serait judicieux d'utiliser plus d'un indice de mesure de satisfaction afin d'obtenir une

évaluation plus nuancée. Dans la présente étude, l'évaluation de la satisfaction de l'image corporelle a strictement été utilisée de manière à obtenir des scores dichotomiques, c'est-à-dire « satisfait » ou « insatisfait ». Il serait souhaitable dans de prochaines études d'évaluer la satisfaction de l'image corporelle sur un continuum et d'utiliser d'autres mesures (p. ex., mesures anthropométriques). Il serait aussi pertinent de trouver une façon d'évaluer les pressions subies par les participants en ce qui a trait à l'image corporelle.

De nouvelles recherches visant à vérifier la pertinence des hypothèses explicatives avancées dans cet essai permettraient de mieux comprendre les relations entre les variables étudiées.

Conclusion

L'hyperphagie boulimique est un TCA nouvellement introduit dans le DSM-5. Il s'agit d'un trouble plus fréquent que la boulimie ou l'anorexie et plus également distribué entre les sexes. Considérant l'occurrence de tels comportements alimentaires, leur dépistage serait utile pour identifier les adolescents à risque de développer une HB. En effet, l'HB représente une problématique de santé non négligeable qui est associée à une condition en croissance chez les jeunes, le problème de l'embonpoint et de l'obésité, eux-mêmes pouvant mener à des complications variées sur la santé des adolescents.

Les objectifs de l'étude exploratoire étaient, dans un premier temps, d'estimer la prévalence de l'hyperphagie boulimique auprès des adolescents, puis dans un deuxième temps de vérifier les liens entre l'HB et l'utilisation de diverses stratégies de coping ainsi que la satisfaction de l'image corporelle.

Sur le plan méthodologique, la taille importante de l'échantillon a permis d'obtenir une grande puissance statistique. Par ailleurs, l'étude a été réalisée auprès d'un échantillon marqué par un fort taux d'inclusion, ce qui indique une représentativité remarquable des élèves de ce milieu. Les instruments de mesure utilisés dans la présente recherche sont reconnus pour avoir démontré des qualités métrologiques à tout le moins satisfaisantes. La présente étude a été réalisée auprès d'un échantillon d'adolescents de secondaire III, IV et V ($n=426$) d'une école secondaire du Saguenay qui ont répondu à un questionnaire évaluant : 1) les manifestations hyperphagiques (*Binge Eating Scale*;

Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982); 2) les stratégies de coping (version française du *Self-Report Coping Style*; Causey & Dubow, 1992; et version française de *l'Emotional Approach Coping Scale*; Stanton et al., 1994) et la satisfaction corporelle (*Contour Drawing Rating Scale style*; Thompson & Gray, 1995).

Les résultats de l'étude démontrent que les manifestations d'HB sont relativement fréquentes dans la population adolescente non clinique. L'étude laisse aussi voir que les adolescentes ont recours à une plus importante diversité de stratégies de coping que leurs homologues masculins. Un troisième apport de ce travail de recherche a été d'identifier les stratégies de coping associées à l'HB chez les adolescents. L'étude a clairement vu que certaines stratégies d'évitement qui visent à régulariser les émotions ressenties (l'intériorisation et l'extériorisation) sont associées à l'HB, indépendamment du genre. Ces résultats suggèrent la contribution des affects négatifs en ce qui concerne l'HB.

De plus, les résultats ont clairement mis en évidence que les manifestations d'HB sont étroitement liées à des préoccupations de l'image corporelle, à l'instar des autres TCA.

En somme, la présente recherche, étant la première étude québécoise portant sur l'estimation de la prévalence des manifestations d'HB et sur les relations avec les stratégies de coping, le sexe et l'image corporelle, aura permis à faire avancer les connaissances dans ce domaine spécifique des troubles alimentaires. Cette étude représente une contribution significative aux connaissances sur l'HB auprès des

adolescents. De plus, elle ouvre des pistes pour des recherches futures ainsi que des interventions appropriées en milieu scolaire et clinique. Par exemple, les résultats de l'étude appuient l'importance d'interventions axées sur les perceptions reliés à l'image corporelle. Il semblerait pertinent d'approfondir, dans de prochaines études, comment l'insatisfaction corporelle renforce ou maintient l'HB. De plus, les résultats de l'étude militent en faveur de développer des interventions qui favorisent l'utilisation de stratégies de coping et de gestion des émotions mieux adaptées. Des études additionnelles sur les stratégies de coping seront nécessaires pour mieux examiner ses liens avec l'HB, les mécanismes impliqués et développer des interventions mieux adaptées auprès des adolescents.

Références

- Abbott, D. W., de Zwaan, M., Mussell, M. P., Raymond, N. C., Seims, H. C., Crow, S. J., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (1998). Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 367-374.
- Abe, J. A. A., & Izard, C. E. (1999). The developmental functions of emotions: An analysis in terms of differential emotions theory. *Cognition and Emotion*, 13, 523-549.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating among adolescents: Prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, 111, 67-74.
- Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effect of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29, 491-503.
- Aimé, A., Sabourin, S., & Ratté, C. (2006). The eating disturbed spectrum in relation with coping and interpersonal functioning. *Eating and Weight Disorders*, 11, 66-72.
- Aligood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- Alsaker, F. D. (1996). Annotation: The impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 249-258.
- Alsaker, F. D. (1992). Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *Journal of early adolescence*, 12, 396-419.
- Angold, A., & Costello, E. J. (2006). Puberty and depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 919-937.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5), 5th ed.*, Arlington, VA : American Psychiatric Publishing; 2013.
- Anderson, C. B. (2003). Gender in the genetics epidemiology of eating disorders. *Dissertation Abstract International*, 64, 6B, 2903.
- Antony, M. M., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., & Abel, J. L. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 386-392.

- Arlett, C., Elgar, F. J., & Groves, R. (2003). Stress, Coping, and Behavioral Problems among Rural and Urban Adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 574-585.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of Behavior Medical*, 15(2), 155-70.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335-1364.
- Ball, K., & Lee, C., (2002). Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 71-81.
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2003). Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder, and non-obese patients with binge eating disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 589-594.
- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., Le-Barzic, M., & Guy-Grand, B. (1995). Prevalence of binge-eating disorder in different population in French women. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 309-315.
- Beglin, S. J. (1990). Eating disorders in young adult women. Thèse de doctorat inédite. Université d'Oxford.
- Beglin S. J., Fairburn C. G. (1992). What is meant by the term binge? *American Journal of Psychiatry*, 149, 123-124.
- Ben-Zur, H. (2005). Coping, distress, and life events in a community sample. *International Journal of Stress Management*, 12, 188-196.
- Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques, *Annales médico-psychologiques*, 168, 184-190.
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433-438.
- Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating disorders examination versus eating disorders examination—questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 44-49.

- Binford, R. B., Mussel, M. P., Peterson, C. B., Crow, S. J., Mitchell, J. E. (2004). Relation of Binge Eating Age of Onset to Functional Aspects of Binge Eating in Binge Eating Disorder, *The International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 286-292.
- Bird, G. W., & Harris, R. L. (1990). A comparison of role strain and coping strategies by gender and family structure among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 10, 141-158.
- Bittinger, J. N., & Smith, J. E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating. *Eating Behaviors*, 4, 89-106.
- Blackburn, M. E., Auclair, J., Dion, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., Lapierre, R., & Perron, M. (2008). Évolution de l'estime de soi et de l'insatisfaction de son image corporelle de 14 à 18 ans. Enquête Longitudinale auprès des Élèves saguenéens et jeannois. Jonquière, Écobes, Cégep de Jonquière, 116 pages.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. Dans M. Zeidner, & N. Endler (Éds), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 452-484). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Braconnier, A. (1996). *Le sexe des émotions*, Paris, France : Odile Jacob.
- Broderick, P. C. (1998). Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distracting coping strategies. *Journal of early adolescent*, 18(2), 173-191.
- Brody, M. L., Walsh, B. T., & Devlin, M. J. (1994). Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386.
- Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365-373.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997). Initial manifestations of disordered eating behavior: Dieting versus bingeing. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 195-201.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., et al., (2005). Emotional-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.

- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30, 393-416.
- Cash, T. F., (2002). « Cognitive-behavioral perspectives on body image ». Dans T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Éds), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 38-46). New York, NY: The Guilford Press.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorder*, 31, 455-460.
- Cash, T. F., Jakatdar, T. A., & Williams, E. F. (2004). The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. *Body Image*, 1, 279-287.
- Cattanach, L., & Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 75-88.
- Cauce, A. M., Paradise, M., Ginzler, J. A., Embry, L., Morgan, C. J., Lohr, Y., & Theofelis, J. (2000). The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 230-239.
- Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 47-59.
- Celio, A. A., Wilfley, D. E., Crow, S. J., Mitchell, J., Walsh, B. T. (2004). A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 434-444.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 416-426.
- Chapman, P. L., & Mullis, R. L. (1999). Adolescent Coping Strategies and Self-Esteem,. *Child Study Journal*, 29(1), 69-75.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
- Clyne, C., & Blampied, N. M. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21, 269-281.

- Cohen, L., & Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10, 140-146.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Compas, B. E., & Wadsworth, M. E. (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12 (2), 243-274.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405-411.
- Cooper, M. J., Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1993). An experimental study of the relationship between thoughts and eating behaviour in bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (8) 749-757.
- Cortufo, P., Barretta, V., & Monteleone, P. (1997). An epidemiological study on eating disorder in two high school in Napples. *European Psychiatry*, 12, 342-344.
- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Crépin, C., Carrard, I., Golay, A., Perroud, A., & Van der Linden, M. (2010). Nutrition-obésité. Gérer l'impulsivité dans l'obésité par la résolution de problème. *Revue Medicale Suisse*, 6, 46-50.
- Crocker, P. R. E., Graham, T. R. (1995). Coping by competitive athletes with performance stress: Gender differences and relationships with affect. *The Sport Psychologist*, 9, 325-338.
- Croll, J. K., Neumark, Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risks and protective factors related to disordered eating behaviours among adolescence: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166-175.
- Curry, S. L., & Russ, S. W. (1985). Identifying coping strategies in children. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 61-69.

- Dahl, R. E., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 21, 1-6.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles*, 52, 463-475.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 15-30.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., Meidinger, A., & Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification*, 27(4), 578-599.
- Delacuwe, V., Braet, C., & Fairburn, C. G. (2002). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 78-84.
- Denisoff, E., & Endler, N. S. (2000). Life experiences, coping, and weight preoccupation in young adult women. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32, 97-103.
- Desharnais, R., & Goding, G. (1995). *Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire*. Rapport de recherche, Université Laval, Québec, QC..
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Dobrow, I. (2003): What is this thing called BED?: Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S2-S18.
- Émond, C., & Tremblay, I. (2008). Rapport d'analyses quantitatives. Document inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Engler, P. A., Crowther, J. H., Dalton, G., & Sanftner, J. L. (2006). Predicting eating disorder group membership: An examination and extension of the sociocultural model. *Behavior Therapy*, 37, 69-79.
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C. W., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28(1), 18-26.

- Fairburn, C. G. (1997). Interpersonnal psychotherapy for bulimia nervosa. Dans D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Éds), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (2e éd.) (pp. 278-294). New York, NY: Guilford.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. Dans K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, & D. Clark (Éds), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277-314). Oxford, England: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorder in young women : a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701-708.
- Field, A. E., Colditz, G. A., & Peterson, K. E. (1997). Racial differences in bulimic behaviors among high school females. *Annal of New York Academy of Sciences*, 817, 359-360.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Fischer, S., Anderson, K. G., & Smith, G. T. (2004). Coping with distress by eating or drinking: Role of trait urgency and expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 269-274.
- Fitzgibbon, M. L., & Kirschenbaum, D. S. (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese individuals seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 15, 291-295.
- Fitzgibbon, M. L., Spring, B., Avellone, M. E., Blackman, L. R., Pingitore, R., & Stolley, M. R. (1998). Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 43-52.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 571-579.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Freeman, L. M. Y, & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204-212.
- French, S. A., & Jeffery, R. W. (1994). Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychology*, 13(3), 195-212.
- French, S. A., Jeffery, R. W., Sherwood, N. E., & Neumark-Sztainer, D. (1999). Prevalence and correlate of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *International Journal of Obesity*, 23, 576-585.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next generation. *Psychological bulletin*, 117, 3-20.
- Fryer, S., Waller, G., & Stenfort Kroese, B. (1997). Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.
- Gamble, W. C. (1989). Interpersonal problem-solving: The role of interpersonal characteristics, Documents présenté at Biennial Research For child Development meeting, Kansas City, MO.
- Garcia-Grau, E., Fuste, A., Miro, A., Saldana, C., & Bados, A. (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 116-120.
- Gaudreault, M., Veillette, S., Blackburn, M. E., Laberge, L., Gagné, M., & Perron, M (2004). Perceptions de soi et de l'avenir à l'adolescence. Série enquête régionale 2002 : les jeunes du Saguenay-lac-Saint-Jean. Qui sont-ils? Que font-ils? Jonquière, Écobes, cégep de Jonquière, 127 pages et annexe.
- Gilbert, M. L. (2007). Insecure attachment, negative affectivity, alexithymia, level of emotional awareness, and body image disturbance as predictors of binge eating severity in women who binge. Thèse récupérée dans Proquests Dissertations & Theses.
- Glaser, D. R., Tanofsky-Kraff, M., Eddy, K. T., Yanovski, S. Z., Theim, K. R., Mirch, M. C., Ghorbani, S., Ranzenhofer, L. M., Haaga, D., & Yanovski, J. A. (2007). Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 95-105.

- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behavior*, 7, 47-55.
- Grabe, S., & Hyde, J. S. (2006). Ethnicity and body dissatisfaction among women in the United States: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 622-640.
- Greeno, C. G., Marcus, M. D., & Wing, R. R. (1995). Diagnosis of binge eating disorder: Discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 153-160.
- Greeno, C. G., Wing, R. R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 183-204.
- Grilo, C. M. (2012). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *International Journal of Eating Disorders*, 46, 208-211.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Burke-Martindale, C. H., & Rothschild, B. S. (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 347-351.
- Grilo, C. M. (1998). The assessment and treatment of binge eating disorder. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 191-201.
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 414-419.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T. (2001). Subtyping binge eating disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 69:1066-1072.
- Grilo, C. M., Shiffman, S., & Carter-Campbell, J. T. (1994). Binge eating antecedents in normal weight non-purging females: Is there consistency? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 239-249.

- Grilo, C. M., White, M. A. & Masheb, R.M. (2012). Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge-eating disorder in primary care settings. *Behaviour research and Therapy*, 50, 5, 298-303.
- Grilo, C. M, Hrabosky, J. I, White, M. A, Allison, K. C., Stunkard, A.J, Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of BED as a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*. 117:414-419.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. Dans J. J. Gross (Éd.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J., (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J., (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gruzca, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 124-131.
- Haiman, C., & Devlin, M. J. (1999). Binge eating before the onset of dieting: A distinct subgroup of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 151-157.
- Hampel, P. (2007). Brief report: Coping among Austrian children and adolescents, *Journal of Adolescence*, 30(5), 885-890.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83.
- Hansel, S. I., & Wittrock, D. A. (1997). Appraisal and coping strategies in stressful situations: A comparison of individuals who binge eat and controls. *The International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 89-93.
- Hartman, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping, *Pratiques Psychologiques*, 14(2), 285-299.
- Hawks, S. R., Madanat, H. N., & Christley, H. S. (2008). Behavioral and biological associations of dietary restraint: A review of the literature. *Ecology of Food and Nutrition* 47(5), 415-449.

- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviour: An Australian community based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 552-556.
- Heatherton, T. F., & Beumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heatherton, T. F., Nichols, P., Mahamedi, F., & Keel, P. (1995). Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1629.
- Hébert, M., Parent, N., & Daignault, I. V. (2007). The French-Canadian version of the Self-report Coping Scale: Estimates of the reliability, validity, and development of a short form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 2-15.
- Heffernan, K. (1994). Sexual orientation as a factor in risk for binge eating and bulimia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 335-347.
- Henderson, N. J., & Huon, G. F. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology*, 7, 77-87.
- Holahan. C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. Dans M. Zeidner, & N. S. Endler (Éds), *Handbook of coping* (pp. 24-43). New York, NY: Wiley.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biology Psychiatry*, 61, 348-358.
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175-180.
- Ivezaj, V., Saules, K. K., Hoodin, F., Alschuler, K., Angelella, N. E., Collings, A. S., Saunders-Scott, D., & Wiedemann, A. A. (2010). The relationship between binge eating and weight status on depression, anxiety, and body image among a diverse college sample: A focus on bi/multiracial women. *Eating Behaviors*, 11, 18-24.
- Janzen, B. L., Kelly, I. W., & Saklofske, D. H. (1992). Bulimic symptomatology and coping in a nonclinical sample. *Perceptual & Motor Skills*, 75, 395-399.

- John, O. P. & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. Dans J. J. Gross (Éd.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 351-372). New York, NY: Guilford Press.
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Johnson, W. G., Grieve, F. G., Adams, C. D., & Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 301-314.
- Johnson, W. G., Kirk, A. A., & Reed, A. E. (2001). Adolescent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns: Reliability and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 94-97.
- Johnson, W. G., Rohan, K. J., & Kirk, A. A. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in White and African American adolescents. *Eating Behaviors*, 3, 179-189.
- Joshi, R. & Tomar, S. (2012). Coping Strategies among subjects of different life cycle stages, *International Indexed & Referred Research Journal*, 6, 12-15.
- Katzman, M. A., & Wolchik, S. A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 423-428.
- Kavsek, M. J., & Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 666-668.
- Keski-Rahkonen, A., Bulik C. M., Neale, B. M., Rose, R. J., et al. (2005). Body dissatisfaction and drive for thinness in young adult twins. *International Journal of Eating Disorders* 37(3):188-99.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V. et al. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys, Archival reports, *Biology psychiatry*, 73, 904-914.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, K., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., et al., (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.

- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D., Haydel, K., Hammer, L., Simmonds, B., Robinson, T., Litt, I., Varady, A., & Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Kinzl, J. F., Traweiger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999a). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorder*, 25, 287-292.
- Kinzl, J. F., Traweiger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999b). Binge eating disorder in males: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 169 -174.
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J. A. & Muñoz, D. (2010). Stability and consistency of coping in adolescence: a longitudinal study. *Psicothema*, 22(3), 382-388.
- Koff, E., & Sangani, P. (1997). Effects of coping styles and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 51-56.
- Kohn, P. M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. Dans M. Zeidner, & N. S. Endler (Éds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 181-201). New York, NY: Wiley.
- Kostanski M, & Gullone E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 39, 255-262.
- Lapointe, V. (1998). Les rôles sexuels et les stratégies d'adaptation des adolescents face à la dépression, mémoire, Université du Québec à Trois Rivières, QC.
- Laud, B. (2000). Global negative self-evaluations, weight and eating concerns and depressive symptoms: A prospective study of adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 5, 7-15.
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. Dans S. Breznitz (Éd.), *The denial of stress* (pp. 1-30). New York, NY: International Universities Press.
- Lazarus, R. S., Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Ledoux, J. (2002). S'informer. *Le programme Bien dans sa tête bien dans sa peau : guide d'intervention sur le poids et l'image corporelle auprès des jeunes en milieu scolaire* (pp. 81-164). Montréal, QC: Collectif action alternative en obésité.

- Ledoux, S., Choquet, M., Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 81-90.
- Ledoux M., Mongeau L., & Rivard, M. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 - Collection la santé et le bien-être - Chapitre 14 : Poids et image corporelle*, Institut de la statistique du Québec.
- Lerner, R. M., et Jovanovic, J. (1990). The role of body image in psychosocial development across the life span : A developmental contextual perspective. Dans T. F. Cash, & T. Pruzinsky,. *Body images: Development, Deviance and Change* (p. 110-127). New York, NY: The Guilford Press,.
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481-504.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Littleton, H., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behaviour in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 51-66.
- Lynch, W. C., Everingham, A., Dubitzky, J., Hartman, M., & Kasser, T. (2000). Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(4), 298-313.
- Maisonneuve, J., & Bruchon-Schweitzer M. (1999). *Le corps et la beauté*. Paris, France: PUF « Que sais-je ? ».
- Marcus, M. D., & Kallarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S47-S57
- Marcus, M. D., Moulton, M. M., & Greeno C. G. (1995). Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 20, 747-755.
- Marcus, M., Wing, R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433-439.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10, 163-168.

- Marques, L., Alegria, M., Becker, A. E., Chen, C. N, Fang, A., Chosak, A., & Diniz, J. B. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 412-420.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159-162.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2003). The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 333-341.
- Mayhew, R., & Edelmann, R. J. (1989). Self-esteem, irrational beliefs, and coping strategies in relation to eating problems in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 10, 581-584.
- Mayne, T. J. (1999). Negative affect and health: The importance of being earnest. *Cognition and Emotion*, 13, 601-635.
- Mazzeo, S. E., Saunders, R., & Mitchell, K. S. (2006). Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eating Behaviors*, 7, 47-52.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 205-215.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive of muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304.
- McKnight, I. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 248-254.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845-863.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. Dans H. Hoek, M. Katzman, & J. Treasure (Éds), *The neurobiological basis of eating disorders* (pp. 271-289). Chichester, England: Wiley.

- Miller, P. M., Watkins, J. A., Sargent, R. G., & Rickert, E. J. (1999). Self efficacy in overweight individuals with binge eating disorder. *Obesity Research*, 7, 552-555.
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Crow, M. S., & Peterson, C. B. (2008). *Binge-Eating Disorder. Clinical Foundations and Treatment*. New York, NY. The Guilford Press.
- Morgan, C. M., Yanovski, S. Z., Nguyen, T. T., McDuffie, J., Sebring, N. G., Jorge, M. R., et al. (2002). Loss of control over eating, adiposity and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 430-441.
- Morris, K. V. (2008). *Prevalence and correlates of binge eating among normal weight and overweight adolescents*. Dissertation presented for the doctor of Philosophy Degree, University of Memphis.
- Moyer, D. M., DiPietro, L., Berkowitz, R. I., & Stunkard, A. J. (1997). Childhood sexual abuse and precursors of binge eating in an adolescent female population. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 23-30.
- Mullen, B., & Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 43-49.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 395-401.
- Nangle, D. W., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., & Engler, L. B. (1994). Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: Psychometric analysis of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 147-157.
- Napolitano, M. A., & Himes, S. (2011). Race, weight, and correlates of binge eating in female college students. *Eating Behaviors* 12, 29-36.
- Nicholls, D., Xharter, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*. 39, 244-251.

- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N., Beuhring, T., & Resnick, M. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescent engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors : Who is going what? *Préventive Medicine*, 28, 40-50.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207.
- Ogden, J. (2003). *The psychology of eating: from healthy to unhealthy behaviour*. Malden: Blackwell, Oxford.
- Organisation mondiale de la Santé. (2000). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* (OMS, Série de rapports techniques no 894), Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé (1993). *Classification Internationale des Maladies, 10e révision, CIM-10. Troubles mentaux et troubles du comportement*. Traduction française : Pull CB et al., Paris, France: Masson.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carline, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Populations based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Parnot, L., Rousseau, A., Benazet, M., Faure, B., Lenhoret, E., Sanchez, A., et al. (2006). Comparaison du vécu corporel en fonction du genre chez l'adolescent et le jeune adulte. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(2), 45-48.
- Parsons, A., Frydenberg, E., & Poole, C. (1996). Coping strategies of adolescents males, *British Journal of Educational Psychology*, 66, 109-114.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- Paulhan, I., (1994). Les stratégies d'ajustement ou « coping ». Dans M. Bruchon-Schweitzer,, & R. Dantzer (Éds), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 99-124). Paris, France: PUF.
- Paxton, S. J., & Diggins, J. (1997). Avoidance coping, binge eating, and depression: An examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 83-87.

- Piko, B. (1998). Social support and health in adolescence: a factor analytical study. *A British Journal of health Psychology*, 3, 333-334.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223-236.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. Dans C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Éds), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York, NY: Guilford Press.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 182-193.
- Pressman, S. D., & Cohen, S., (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin* 131(6), 925-971.
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.
- Rath, S. & Nanda, S. (2012). Adolescents' coping: understanding the role of gender and academic competence. *Journal of Education and Practice*, 3, 9-16.
- Reichborn-Kjennerud, T. Bulik, C. M., Kendler, K. S., Roysamb, E., Maes, H., Tambs, K., & Harris, J. R.. (2003). Gender differences in binge-eating: a population-based twin study. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 108, 196-202.
- Rinderknecht, K., & Smith, C. (2002). Body-image perceptions among urban native american youth. *Obesity Research*, 10(5), 315-327.
- Rodgers, R. F., Faure, K., & Chabrol, H. (2009). Gender differences in parental influences on adolescent body dissatisfaction and disordered eating. *Sex Roles*, 61(11-12), 837-849.
- Rodin, J., Striegel-Moore, R. H. & Silberstein, L. R. (1990). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: Risk and protective factors for bulimia nervosa. Dans Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology (Éds. J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub). New York: Cambridge University Press.
- Root, M. P. P., & Fallon, P. (1989). Treating the victimized bulimic. The functions of binge-purge behaviour. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 90-100.

- Rose, A., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132, 98-131.
- Rosen, D. S., & Neumark-Sztainer, D. (1998). Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 23(6), 354-363.
- Ross, H. E., Ivis, F. (1999). Binge eating and substance use among male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 245-260.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819.
- Rufener, C. (2008). Eating and emotions: The subjective and regulative effects of eating across mood states. Thèse récupérée dans Proquest Dissertations & Theses.
- Saarni, C. (1999). The development of emotional competence. New York, NY: Guilford.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. Dans C. R. Snyder (Éd.), *Coping: The psychology of what works* (p. 141-164). New York, NY: Oxford University Press.
- Santé Canada. *Guide alimentaire canadien*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/quantit/index_f.html] (consulté le 7 avril 2013).
- Santacana, M. F, Kirchner, T., Abad, J., & Amador, J. A. (2012). Differences between genders in coping: Different coping strategies or different stressors? *Anuario de Psicología*, 42(1), 5-18.
- Saules, K. K., Collings, A. S., Hoodin, F., Angelella, N. E., Alschuler, K., Ivezaj, V., Saunders-Scott, D., & Wiedemann, A. A. (2009). The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood, and smoking status to binge eating among college students. *Eating Behaviors*, 10, 1-9.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York, NY: International Universities Press.
- Schmidt, U., Tiller, J., Andrews, B., Blanchard, M., & Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating onset of an eating disorder? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.

- Schramek, T. E. (2009). Le stress: différences hommes-femmes, *Mammoth magazine*, 6, 1-16.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56.
- Schwarze, N. J., Oliver, J. M., & Handal, P. J. (2003). Binge eating as related to negative self-awareness, depression, and avoidance coping in undergraduates. *Journal of College Student Development*, 44, 644-652.
- Schwitzer, A. M., Rodriguez, L.E. (2002). Understanding and responding to eating disorders among college women during the first-college year. *Journal of the First Year Experience*, 14, 41-63.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescents. A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 351-377.
- Shatford, L. A., & Evans, D. R. (1986). Bulimia as a manifestation of the stress process: A LISREL causal modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 451-473.
- Siegel, J. M., Yancey, A. K., Aneshensel, C. S., & Schuler, R. (1999). Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*. 25, 155-65.
- Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2012). Exploring the relationship between coping strategies and binge eating in nonclinical adolescents. *European Eating Disorders Reviews*, 20, 63-69.
- Sierra-Baigrie, S., & Lemos-Giráldez, S., (2008). Examining the relationship between binge eating and coping strategies and the definition of binge eating in a sample of spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 172-180.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of behavioural medicine*, 20, 227-232.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here. *Body Image*, 1, 15-28.
- Smolak L, & Levine M. P (2001). Body image in children. Dans *Body image, eating disorders and obesity in youth: Assessment, prevention and treatment*, Smolak L & Thompson JK éds, publié par l'American Psychological Association, Washington DC, pp. 41-66.

- Smolak L, Levine M. P., & Thompson J. K. (2001). The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 216-23
- Sonneville, K. R., Calzo, J. P., Hortons, N. J, Haines, J., Austin, S. B., & Fields, A. E. (2012). Body satisfaction, weight gain, and binge eating among overweight adolescent girls, *International Journal of Obesity*, 36(7), 944-949.
- Sontag, L. M., & Graber, J. A. (2010). Coping with perceived peer stress: gender-specific and common pathways to symptoms of psychopathology. *Developmental Psychology*, 46(6), 1605-1620.
- Soukup, V. M., Beiler, M. E., & Terrel, F. (1990). Stress, coping styles and problems solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 592-599.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age related behavioral manifestations. *Neuroscience and Bio-behavioral Reviews*, 24, 417-463.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 11, 191-204.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Home, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Spurrell, E. B., Wilfley, D. E., Tanofsky, M. B., & Brownell, K. D. (1997). Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 21, 55-65.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M. M., Collins, C. A., Kirk, S., et al., (2000a). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.

- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000b). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1078-1092.
- Stanton, A. L., Parsa, A., & Austenfeld, J. L. (2002). The adaptive potential of coping through emotional approach. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (p. 148-158). New York, NY: Oxford University Press
- Stark, L. J., Spirito, A., Williams, C. A., & Guevremont, D. C. (1989). Common problems and coping strategies I: Findings with normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 203-212.
- Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), Guide de l'utilisateur de données, cycle 2, septembre 2012, disponibles à l'adresse www.statcan.gc.ca.
- Statistique Canada, Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011 disponibles à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca.sbiproxy.uqac.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11706-fra.pdf>.
- Statistique Canada. (Dernière mise à jour fév-20-2010). *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Récupéré le 25 février 2010 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241444-fra.pdf>.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 460-469.

- Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607.
- Stice, E., Cameron, R. P., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67(6), 967-74.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J., & Taylor, C. (2000). Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438-444.
- Stice, E., Marti, C., Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways, from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627.
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 329-340.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating-onset in adolescent girls. A two year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset of maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Stormer, S. M., & Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 193-202.
- Story, M., French, S. A., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1995). Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 173-179.

- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. Dans C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Éds), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (pp. 144-172). New York, NY: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H., Bedrosian, R., Wang, C., & Schwartz, S. (2012). Why men should be included in research on binge eating: Results from a comparison of psychosocial impairment in men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 233-240.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 29, 157-165.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S19-S29.
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A., & Brownell, K. D. (1998). Binge eating in a obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27-37.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quarterly*, 33, 284-295.
- Sulkowski, M. L., Dempsey, J., & Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 12, 188-191.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents, results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 1-10.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: a metanalytic review and an examination of relative coping. *Personality & Social Psychology Review*, 6(1), 2-29.
- Tanofsky-Kraff, M., Faden, D., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., & Yanovski, J. A. (2005). The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 112-122.
- Tanofsky-Kraff, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., & Brownell, K. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 49-54.

- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., Marmarosh, C., Morgan, C. M., & Yanovski, J. A. (2004). Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 53-61.
- Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cunnings, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., et al., (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry, 63*(8), 881.
- Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., et al., (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 24*, 31-42.
- Telch, C. F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 77-81.
- Telch C. F., Pratt E. M., & Niego S. H. (1998). Obese women with binge eating disorder define the term binge. *International Journal of Eating Disorders, 24*, 313-317.
- Tenenbaum, L. S., Varjas, K., Meyers, J., & Parris, L. (2011). Coping strategies and perceived effectiveness in fourth through eighth grade victims of bullying. *School Psychology International, 32*(2), 263-287.
- Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 23-44.
- Timmerman, G. M. (1999). Binge Eating Scale: Further assessment of validity and reliability. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 4*(1), 1-12.
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment tool. *Journal of Personality Assessment, 64*, 258-269.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantieff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence does a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 181-183.
- Thompson, J. K., Van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., & Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3):

- development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 293-304.
- Tomori, M., & Rus Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *The Journal of Adolescent Health*, 26, 361-367.
- Tremblay, L., & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating Behaviors*, 10, 75-83.
- Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-66.
- Troop, N. A., & Treasure, J. L. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to severe events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.
- Valentina, V., Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnovo, G., Cesa, G. L., & Molinari, E. (2009). Do coping strategies discriminate eating disordered individuals better than eating disorder features? An Explorative Study on Female Inpatients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 297-303.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.
- Vierhaus, M., Lohaus, A., Ball, J. (2007). Developmental changes in coping: Situational and methodological influences, *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(3), 267-282.
- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., & Fairburn, C. G. (2006). Prevalence long term course of lifetime eating disorder in an adult Australian twin cohort. *Australian and Newzealand Journal of Psychiatry*, 40, 121-128.
- Wang, Y. (2002). Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls. *Pediatrics*. 110, 903-910.
- Wardle, J., Waller, J., & Rapoport, L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obesity Research*, 9(12), 778-787.
- Waters, A., Hill, A., & Waller, G. (2001). Bulimics' responses to food cravings: Is binge eating a product of hunger or emotional state? *Behaviour Research and Therapy*, 39, 877-886.

- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. European eating disorders review: *The journal of the Eating Disorders Association*, 17(6), 408-425.
- Welch, S. L., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522.
- Westenhöfer, J. (2001). Prevalence of eating disorder and weight control practice in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 477-481.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating behaviors*, 8(2), 162-169.
- Wichstrom, L. (1995). Social, psychological and physical correlates to eating problems: a study of the general adolescent population. *Norway Psychology Medecine*, 25, 567-579.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Ross, R., First, M. B., Davis, W., et al., (1998). *DSM-IV sourcebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S96- S106.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. H., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Dounchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 641-649.
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., & Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 1-10.
- Williamson, D. A., Stewart, T. M., White, M. A., & York-Crowe, E. (2002). An information-processing perspective on body image. Dans T. F. Cash & T. Pruzinsky (Éds), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 47-54). New York, NY: Guilford Press.

- Wilson, G. T., Fairburn, C., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. Dans D. Garner, & P. Garfinkel, (Éds), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York, NY: Guilford Press.
- Wilson, G. T., Nonas, C. A., & Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25-33.
- Wilson, G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effects on gender and coping. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.
- Wing, R., Marcus, M., Epstein, L., Blair, E., & Burton, L. (1989). Binge eating in obese patients with type I1 diabetes. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 671-679.
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 755-768.
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating women. *Addictive Behaviors*, 25, 205-216.
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., & Greenway, F. L. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 217-221.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). the validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705.
- Wonderlich, S. A., & Vander Wal, J. S. (2010). The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders. *Eating Behaviors*, 11, 85-91.
- Woodside, D. B. , Bulik, C. M., Thornton, L., Klump, K. L., Tozzi, F., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Devlin, B., Bacanu, S. A., Ganjei, K., Crow, S., Mitchell, J., Totondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Berretini, W. H., & Kaye, W. H. (2004). Personality in men with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Ressources*, 57, 273-278.
- Zwaan, M. de, Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Swan, Kreimeier, L., & Crosby, R. D. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 428- 434.

Zwaan, M. de, Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R., Raymond, N., & Crosby, R. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.

Appendice A

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques sociodémographiques des adolescents

Caractéristiques des adolescents	résultats	
	<i>n</i>	%
Sexe		
Masculin	180	42,3
Féminin	246	57,7
Total	426	100
Âge par catégorie		
13 ans ou moins	1	0,2
14 ans	61	14,3
15 ans	126	29,6
16 ans	147	34,5
17 ans	79	18,5
18 ans ou plus	12	2,8
Niveau scolaire		
Secondaire 3	154	36,2
Secondaire 4	135	31,7
Secondaire 5	137	32,2
Vit actuellement		
Deux parents	301	70,9
Mère seulement	32	7,5
Mère et conjoint	31	7,3
Mère et conjointe	2	0,5
Père seulement	13	3,1
Père et conjointe	8	1,9
Père et conjoint	1	0,2
Chacun des parents	31	7,3
Tuteur	1	0,2
Famille d'accueil	4	0,9
Autre	1	0,2

Caractéristiques sociodémographiques des adolescents (suite)

	<i>n</i>	%
Revenu total des parents (12 mois)		
Moins de 15 000\$	9	2,1
Entre 15 000\$ et 30 000\$	20	4,7
Entre 30 000\$ et 45 000\$	29	6,8
Entre 45 000\$ et 60 000\$	44	10,3
Entre 60 000\$ et 75 000\$	66	15,5
Entre 75 000\$ et 100 000\$	61	14,3
100 000\$ et plus	54	12,7
NSP	133	31,2
Rendement scolaire		
Au-dessus de la moyenne	101	23,7
Dans la moyenne	299	70,2
En-dessous de la moyenne	21	4,9
Poursuite des études		
Études universitaires	222	52,1
Études collégiales (DEC)	150	35,2
Études professionnelles (DEP)	37	8,7
Études secteur général (DES)	11	2,6
Études au secteur adulte	1	0,2
Études axées sur l'emploi	1	0,2

Caractéristiques sociodémographiques des adolescents (suite)

	<i>n</i>	%
Fréquence consommation alcool (12 derniers mois)		
Pas consommé	56	13,1
À l'occasion	144	33,8
Une fois par mois environ	73	17,1
Fin de semaine ou une à deux fois semaine	111	26,1
3 fois et + par semaine pas tous les jours	38	8,9
Tous les jours	3	0,7
Nombre de consommations d'alcool pour une occasion typique		
Moins d'une	32	7,5
1 à 3	134	31,5
4 à 6	137	32,2
Plus de 6	82	19,2
Ne consomme pas	37	8,7
Nombre cigarettes 30 derniers jours		
Jamais	337	79,1
Moins d'une par semaine	39	9,2
Moins d'une par jour	10	2,3
De 1 à 5 par jour	20	4,7
De 6 à 10 par jour	13	3,1
De 11 à 20 par jour	6	1,4
Plus de 20 cigarettes par jour	1	0,2
Consommation cannabis 12 derniers mois		
Pas consommé	263	61,7
À l'occasion	86	20,2

Caractéristiques sociodémographiques des adolescents (suite)

	<i>n</i>	%
Une fois par mois environ	17	4,0
Fin de semaine ou une à deux fois par semaine	26	6,1
3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	21	4,9
Tous les jours	9	2,1
Consommation cannabis occasions spéciales		
Moins d'un joint	89	20,9
Un joint	37	8,7
2 ou 3 joints	46	10,8
4 joints ou plus	11	2,6
N'en consomme pas	239	56,1
Consommations de stimulants et hallucinogènes		
Pas consommé	364	85,4
À l'occasion	35	8,2
Une fois par mois environ	11	2,6
Fin de semaine ou une à deux fois par semaine	8	1,9
3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	4	0,9
Tous les jours	1	0,2
Consommation drogues dures		
Pas consommé	419	98,4
À l'occasion	3	0,7
Une fois par mois environ	2	0,5
Fin de semaine	1	0,2

Appendice B

Questionnaire

Mieux connaître

Les adolescents d'aujourd'hui

UN PROJET RÉALISÉ AU SAGUENAY



Dans ce questionnaire, nous cherchons à mieux comprendre ce que ça veut dire en 2010, être un adolescent et un élève au Saguenay.

Nous te poserons des questions sur ce que tu vis, sur tes relations avec tes amis, sur quelques-unes de tes habitudes de vie et sur tes comportements alimentaires.

Il est **important que tu répondes sincèrement** aux questions afin que tes réponses reflètent réellement ce que tu penses et pour que l'on puisse obtenir un portrait fiable des adolescents d'aujourd'hui.

Il n'y a pas de «bonnes» ou de «mauvaises» réponses. Ta participation est importante et très appréciée, mais elle est toujours **volontaire**. Tu peux te retirer du projet quand tu le veux.

Nous te rappelons que tes réponses sont entièrement confidentielles.
Personne à l'école ne pourra savoir qui a répondu à ce questionnaire.

Nous te remercions grandement de ton aide et de ta collaboration !

Le masculin est utilisé pour désigner les adolescents et les adolescentes.

Consignes pour l'inscription des réponses au questionnaire

Tu dois répondre au questionnaire **en cochant dans le cercle la réponse qui te convient ou en indiquant la réponse demandée.**

Tu ne peux choisir **qu'une seule réponse.**

Lis attentivement les questions et les réponses possibles. Avant de répondre, **tu dois bien lire les choix de réponses pour ne pas te tromper.**

Section 1 : IDENTIFICATION

1. Quel âge as-tu ?

13 ans
ou moins

☐ O₁

14 ans

☐ O₂

15 ans

☐ O₃

16 ans

☐ O₄

17 ans

☐ O₅

18 ans ou
plus

☐ O₆

2. De quel sexe es-tu ?

Masculin

☐ O₁

Féminin

☐ O₂

3. Le mois et l'année de ta naissance : ____/____
(mois) (année)

4. Es-tu né au Canada ? (Coche la réponse qui convient)

Oui ☐ O₁

Non ☐ O₂

Si non, dans quel pays es-tu né ? _____

Si non, depuis combien de temps es-tu au Canada ? (nombres d'années) _____

5. Es-tu d'origine autochtone ?

Oui ☐ O₁

Non ☐ O₂

3

6. Quel est ton **niveau scolaire** (si tu as des cours dans plus d'un niveau, indique celui dans lequel tu suis le plus de cours) ? (NE CHOISIS QU'UNE RÉPONSE !)

- 1. Secondaire 3 ☐
- 2. Secondaire 4 ☐
- 3. Secondaire 5 ☐
- 4. CPFP (cours préparatoire à la formation professionnelle) ☐

7. Avec qui vis-tu **actuellement**?

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Avec mes deux parents ☐
- 2. Avec ma mère seulement ☐
- 3. Avec ma mère et son conjoint..... ☐
- 4. Avec ma mère et sa conjointe ☐
- 5. Avec mon père seulement ☐
- 6. Avec mon père et sa conjointe ☐
- 7. Avec mon père et son conjoint ☐
- 8. Avec chacun de mes parents à tour de rôle..... ☐
- 9. Avec un tuteur ou une tutrice ou les deux ☐
- 10. En famille d'accueil ☐
- 11. En foyer d'accueil ☐
- 12. Autre, précisez : _____ ☐

8. Date du dernier déménagement :

- Jamais ☐
- 0 à 6 mois ☐
- 6 mois à 1 an ☐
- 1 an à 2 ans ☐
- 2 ans à 3 ans ☐
- 3 ans à 4 ans ☐
- Plus de 4 ans ☐

4

9. Combien de frères et de sœurs as-tu?

1. Nombre de frères : _____ (issus des mêmes parents)
2. Nombre de sœurs : _____ (issus des mêmes parents)
3. Nombre de demi-frères : _____ (même mère ou même père)
4. Nombre de demi-sœurs : _____ (même mère ou même père)

10. Quelle est ton estimation du revenu total de tes parents au cours des 12 derniers mois?

1. Moins de 15 000\$ ☐
2. Entre 15 000\$ et moins de 30 000\$ ☐
3. Entre 30 000\$ et moins de 45 000\$ ☐
4. Entre 45 000\$ et moins de 60 000\$ ☐
5. Entre 60 000\$ et moins de 75 000\$ ☐
6. Entre 75 000\$ et moins de 100 000\$ ☐
7. 100 000\$ et plus ☐
8. Ne sais pas ☐

11. Quel est le niveau de scolarité de ton père? (Coche 1 seul choix)

1. Aucune scolarité ☐
2. Primaire non complété ☐
3. Primaire complété ☐
4. Secondaire non complété ☐
5. Secondaire complété ☐
6. Études collégiales non complétées ☐
7. Études collégiales complétées ☐
8. Certificat universitaire complété ☐
9. Baccalauréat universitaire non complété ☐
10. Baccalauréat universitaire complété ☐
11. Maîtrise complétée ☐
12. Doctorat / Ph.D. complété ☐
13. Ne sais pas ☐

12. Quel est le niveau de scolarité de ta mère? (Coche 1 seul choix)

- 1. Aucune scolarité ☐
- 2. Primaire non complété ☐
- 3. Primaire complété ☐
- 4. Secondaire non complété ☐
- 5. Secondaire complété ☐
- 6. Études collégiales non complétées ☐
- 7. Études collégiales complétées ☐
- 8. Certificat universitaire complété ☐
- 9. Baccalauréat universitaire non complété ☐
- 10. Baccalauréat universitaire complété ☐
- 11. Maîtrise complétée ☐
- 12. Doctorat / Ph.D. complété ☐
- 13. Ne sais pas ☐

13. Quel est ton poids et ta taille?

Poids : _____ lbs ou _____ kg

Taille : ____' ____" (pieds et pouces) ou _____ cm

14. De combien d'argent disposes-tu au total, **par semaine**? Additionne toutes les sommes d'argent dont tu disposes (salaires, allocation des parents, revenus provenant de petits travaux comme le gardiennage, cadeaux des grands-parents, bourses d'études, etc.) (*Si tu n'as pas d'argent, inscris 0*)

_____ dollars par semaine

15. Pendant l'année scolaire (2009-2010), combien d'heures par semaine, **en moyenne**, as-tu occupé un emploi rémunéré (pour lequel tu as reçu un salaire)? (Tu dois inclure les heures de gardiennage ou les petits travaux d'entretien.)

a) Du lundi matin au vendredi après-midi : _____ heure(s)

b) Du vendredi soir au dimanche soir : _____ heure(s)

16. **Durant le dernier mois**, sans compter les heures de gardiennage, les petits travaux d'entretien ni les emplois de camelot, combien d'heures par semaine approximativement as-tu consacrées au travail rémunéré (pour lequel tu as reçu un salaire)? *(Si tu n'as pas travaillé, inscris 0)*

- a) Du lundi matin au vendredi après-midi : _____ heure(s)
 b) Du vendredi soir au dimanche soir : _____ heure(s)

Voici maintenant quelques phrases rapportées par des gens au sujet de leur situation alimentaire. Dis-nous si ces situations sont souvent vraies, parfois vraies ou jamais vraies dans ta famille.

17. Dans ma famille, nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en racheter.

(Cocher 1 seul choix)

1. Souvent vraie ☐ O
 2. Parfois vraie ☐ O
 3. Jamais vraie ☐ O
 4. Je ne sais pas ☐ O

18. Dans ma famille, nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture.

(Cocher 1 seul choix)

1. Souvent vraie ☐ O
 2. Parfois vraie ☐ O
 3. Jamais vraie ☐ O
 4. Je ne sais pas ☐ O

19. Dans ma famille, nous ne pouvons pas nous offrir des repas équilibrés (viande, fruits/légumes, produits laitiers, pain et céréales) parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement.

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Souvent vraie ☐
- 2. Parfois vraie ☐
- 3. Jamais vraie ☐
- 4. Je ne sais pas ☐

Section 2 : EXPÉRIENCE SCOLAIRE

1. J'évalue mon **rendement scolaire** (mes résultats) comme:

- 1. Au-dessus de la moyenne ☐
- 2. Dans la moyenne ☐
- 3. En-dessous de la moyenne ☐

2. **Si cela ne dépendait que de toi**, jusqu'où aimerais-tu poursuivre tes études?

(Cocher 1 seul choix)

- 1. J'aimerais faire des études universitaires ☐
- 2. J'aimerais faire des études collégiales
(CÉGEP) ☐
- 3. J'aimerais terminer mes études
secondaires au secteur professionnel (DEP)..... ☐
- 4. J'aimerais terminer mes études
secondaires au secteur général (DES)..... ☐
- 5. J'aimerais terminer mes études
secondaires au secteur adulte..... ☐
- 6. J'aimerais terminer un *Parcours de*
formation générale axée sur l'emploi ☐
- 7. J'aimerais abandonner avant la fin de mes
études secondaires..... ☐

→ (Passer à la question 5)

3. **Crois-tu qu'il te sera difficile d'atteindre ce niveau scolaire?**

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Cela me sera très difficile ☐
- 2. Cela me sera difficile ☐
- 3. Cela ne me sera pas tellement difficile ☐ → **(Passer à la question 5)**
- 4. Cela ne me sera pas difficile du tout ☐ → **(Passer à la question 5)**

4. Quelle est **la principale raison** pour laquelle tu crois que ce sera difficile de réaliser tes projets d'études?

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Par ennui ou par manque d'intérêt ☐
- 2. Pour des difficultés avec les travaux scolaires ... ☐
- 3. Pour des problèmes avec les enseignants ☐
- 4. Pour des problèmes de santé ☐
- 5. Pour une grossesse ou les soins de mon enfant ☐
- 6. Pour des problèmes à la maison ☐
- 7. Parce que j'ai des problèmes d'argent
ou parce que je dois travailler ☐
- 8. Parce que je veux travailler ☐
- 9. Autre ☐

5. Compte tenu de ta situation, jusqu'où **t'attends-tu** à poursuivre tes études **dans les faits?**

- 1. Je compte faire des études universitaires ☐
- 2. Je compte faire des études collégiales (CÉGEP). ☐
- 3. Je compte terminer mes études secondaires
au secteur professionnel (DEP) ☐
- 4. Je compte terminer mes études secondaires
au secteur général (DES) ☐
- 5. Je compte terminer mes études secondaires
au secteur adulte..... ☐
- 6. Je compte terminer un *Parcours de formation
générale axée sur l'emploi* ☐
- 7. Je songe à abandonner avant la fin de mes
études secondaires..... ☐

6. **Depuis le début de l'année scolaire, combien de périodes de cours as-tu manquées sans raisons valables (absence non motivée)?**

_____ périodes de cours.

7. **Depuis le début de l'année, participes-tu activement à tes cours (ex. : écoute attentive, prise de notes, participation à des travaux d'équipe, etc.)?**

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Jamais ☐
- 2. Rarement ☐
- 3. La plupart du temps..... ☐
- 4. Toujours..... ☐

10

8. **Depuis le début de l'année, en dehors des cours, fais-tu le travail demandé par l'enseignant (travaux, lecture, etc.)?**

(Cocher 1 seul choix)

1. Jamais ☐ O
2. Rarement ☐ O
3. La plupart du temps ☐ O
4. Toujours ☐ O

9. **Jusqu'à quel point l'affirmation suivante reflète ta réalité depuis le début de l'année scolaire?**

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Il faut beaucoup d'énergie à un enseignant pour discuter et négocier avec moi	O ₁	O ₂	O ₃

SECTION 3 : MES EXPÉRIENCES DE VIE

Voici quelques questions sur ta consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. N'oublie pas, seules les réponses de l'ensemble des élèves nous intéressent, tes réponses personnelles ne seront pas analysées.

1. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu consommé de l'alcool (bière, vin et fort) ?

Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

2. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris :

- a) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion? _____ fois
- b) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion? _____ fois

3. **Lors d'une occasion typique**, combien de consommations **d'alcool** bois-tu ?

Moins d'une	1 à 3	4 à 6	Plus de 6	Je ne consomme pas d'alcool
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

4. **Au cours des 30 derniers jours**, à quelle fréquence as-tu fumé **des cigarettes**?

Jamais	Moins d'une par semaine	Moins d'une par jour	De 1 à 5 par jour	De 6 à 10 par jour	De 11 à 20 par jour	Plus de 20 cigarettes par jour
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇

5. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris **du cannabis** (pot, marijuana ou haschich)?

Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

6. Lors d'une **occasion typique** de consommation **de cannabis**, combien fumes-tu de joints ?

Moins d'un joint	Un joint	2 ou 3 joints	4 joints et plus	Je ne consomme pas de cannabis
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

7. **Au cours des 12 derniers mois** combien de fois as-tu fait usage de **stimulants** (« speed », « pep pills », « ecstasy », etc.) ou d'**hallucinogènes** (LSD, STP, PCP, mescaline...)?

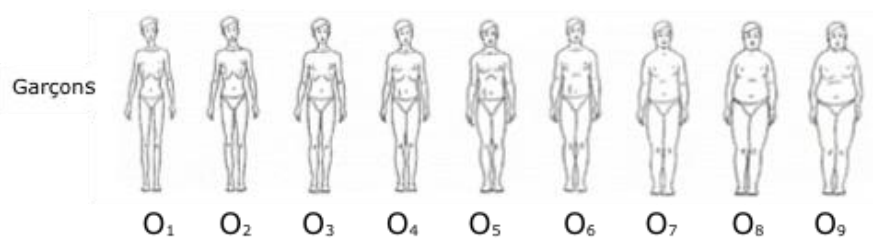
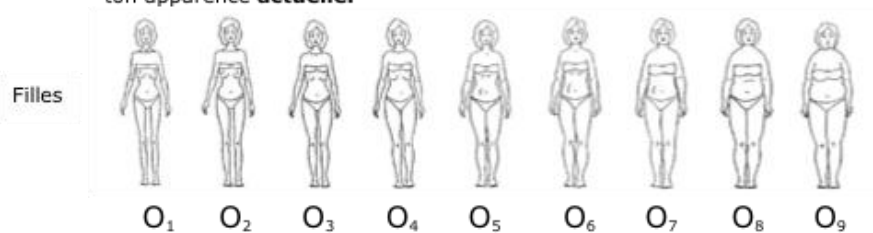
Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

8. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris des **drogues dures** (héroïne, morphine, opium, crack, cocaïne, etc.).

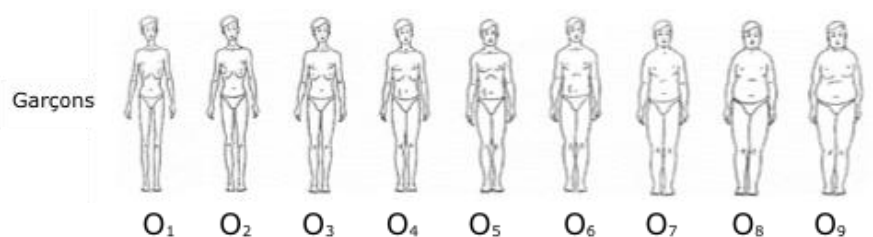
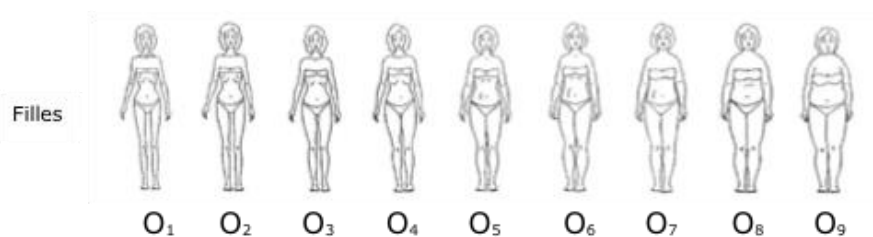
Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

Les prochaines questions portent sur la façon dont tu te perçois et sur comment tu aimerais être.

9. a) Vis-à-vis les figures suivantes, coche le cercle qui correspond le mieux à ton apparence **actuelle**.



- b) Vis-à-vis les figures suivantes, coche le cercle qui correspond le mieux à comment tu **aimerais être**.



10. **Au cours de la dernière année**, as-tu sérieusement tenté de perdre du poids ou de contrôler ton poids?

1. Oui ☐ O

2. Non ☐ O

Section 4 : MES SENTIMENTS

Réaction face au stress

Ce questionnaire porte sur ce que tu as pensé et sur comment tu t'es senti et comporté récemment. Pour chaque énoncé, coche le cercle qui indique à quel point il est vrai pour toi.

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
1.	Je me sens tendu ou crispé.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
2.	Je demande habituellement la permission de faire quelque chose.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
3.	Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
4.	J'ai peur quand mes parents s'en vont.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
5.	Je perds mon souffle facilement.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
6.	Je vois du danger partout.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
7.	L'idée d'aller dans un camp me fait peur.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
8.	Je me mets à trembler ou à avoir la frousse.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
9.	Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
10.	J'ai peur que les autres jeunes se moquent de moi.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
11.	J'essaie de rester près de ma mère ou de mon père.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
12.	Je deviens étourdi ou je sens que je vais perdre connaissance.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
13.	Je vérifie tout avant d'agir.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
14.	J'ai peur d'être interrogé en classe.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
15.	Je suis agité, nerveux.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄
16.	J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide.	☐ O ₁	☐ O ₂	☐ O ₃	☐ O ₄

14

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
17.	Je garde la lumière allumée la nuit.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.	J'ai des douleurs à la poitrine.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
19.	J'évite d'aller à des endroits sans ma famille.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
20.	Je me sens étrange, bizarre ou irréel.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
21.	J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
22.	Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
23.	J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
24.	Mon cœur bat vite ou s'arrête un moment.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
25.	J'évite les choses qui me dérangent.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
26.	Je dors à côté de quelqu'un de ma famille.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
27.	Je me sens agité et énervé.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
28.	J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possible.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
29.	J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
30.	J'ai peur quand je me promène en auto ou en autobus.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
31.	J'ai mal au ventre.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
32.	Si je deviens troublé ou effrayé, je le fais tout de suite savoir à quelqu'un.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
33.	Je deviens nerveux si je dois faire quelque chose devant un public.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
34.	Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
35.	Mes mains tremblent.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
36.	Je vérifie les choses pour être sûr qu'elles sont sans danger.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄

15

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
37.	J'ai de la difficulté à demander aux autres jeunes de faire une activité avec moi.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
38.	Mes mains sont moites (mouillées) ou froides.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
39.	Je me sens gêné (timide).	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄

GESTION DE MES ÉMOTIONS

Coche sur l'échelle suivante, dans quelle mesure chacun des énoncés décrit ce que tu fais pour faire face à tes problèmes et difficultés.

		Je ne le fais pas du tout	Je le fais un peu	Je le fais moyenne- ment	Je le fais beaucoup
		1	2	3	4
1.	Je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment.	☐	☐	☐	☐
2.	J'explore en profondeur mes sentiments afin de bien les comprendre.	☐	☐	☐	☐
3.	Je me rends compte que mes sentiments sont valables et importants.	☐	☐	☐	☐
4.	Je prends conscience de mes émotions.	☐	☐	☐	☐
5.	J'essaie de comprendre mes sentiments.	☐	☐	☐	☐
6.	J'explore mes émotions.	☐	☐	☐	☐
7.	Je trouve une façon de mieux comprendre mes émotions.	☐	☐	☐	☐
8.	J'examine attentivement les raisons de mes émotions.	☐	☐	☐	☐
9.	Je prends le temps d'exprimer mes émotions.	☐	☐	☐	☐
10.	Je laisse mes sentiments s'extérioriser librement.	☐	☐	☐	☐
11.	Je me permets d'exprimer mes émotions.	☐	☐	☐	☐

16

	Je ne le fais pas du tout	Je le fais un peu	Je le fais moyenne- ment	Je le fais beaucoup
	1	2	3	4
12. Je me sens libre d'exprimer mes émotions.	☐	☐	☐	☐
13. J'exprime les sentiments que je ressens.	☐	☐	☐	☐
14. Je trouve une façon d'exprimer mes émotions.	☐	☐	☐	☐
15. Je laisse sortir mes sentiments.	☐	☐	☐	☐
16. Je laisse sortir mes sentiments ouvertement.	☐	☐	☐	☐

Sentiments vécus

Indique à quelle fréquence **au cours de la dernière semaine**, tu t'es senti ou comporté de la façon suivante : (Cocher le cercle qui te convient le mieux).

	Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
	0	1	2	3
1. J'étais dérangé par des choses qui habituellement ne me dérangent pas.	☐	☐	☐	☐
2. Je n'avais pas envie de manger; j'avais peu d'appétit.	☐	☐	☐	☐
3. Je sentais que je ne pouvais pas me défaire de mes idées noires même avec l'aide de ma famille ou de mes amis.	☐	☐	☐	☐
4. Je me sentais aussi bon que les autres personnes.	☐	☐	☐	☐
5. J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.	☐	☐	☐	☐
6. Je me sentais déprimé.	☐	☐	☐	☐
7. Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.	☐	☐	☐	☐
8. Je me sentais plein d'espoir vis-à-vis l'avenir.	☐	☐	☐	☐

	Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellem ent ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
	0	1	2	3
9. Je sentais que ma vie était un échec.	☐	☐	☐	☐
10. Je me sentais craintif.	☐	☐	☐	☐
11. Mon sommeil était agité.	☐	☐	☐	☐
12. J'étais heureux.	☐	☐	☐	☐
13. Je parlais moins qu'à l'habitude.	☐	☐	☐	☐
14. Je me sentais seul.	☐	☐	☐	☐
15. Les gens n'étaient pas amicaux.	☐	☐	☐	☐
16. Je profitais de la vie.	☐	☐	☐	☐
17. J'avais des crises de larmes.	☐	☐	☐	☐
18. Je me sentais triste.	☐	☐	☐	☐
19. Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.	☐	☐	☐	☐
20. Je ne parvenais pas à "aller de l'avant".	☐	☐	☐	☐

Perception de soi

Indique jusqu'à quel point tu es d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux ton opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que tu penses vraiment. Ne t'attardes pas trop longtemps sur un énoncé, essaie de répondre spontanément.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	☐	☐	☐	☐
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	☐	☐	☐	☐
3. Tout compte fait, j'ai tendance à me considérer comme un raté.	☐	☐	☐	☐
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	☐	☐	☐	☐
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier.	☐	☐	☐	☐
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	☐	☐	☐	☐
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	☐	☐	☐	☐
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	☐	☐	☐	☐
9. Il m'arrive parfois de me sentir vraiment inutile.	☐	☐	☐	☐
10. Je pense parfois que je ne suis bon à rien.	☐	☐	☐	☐
11. Je me considère comme quelqu'un qui apprend facilement.	☐	☐	☐	☐
12. De façon générale, je suis déçu de mes résultats scolaires.	☐	☐	☐	☐
13. Je me considère certainement aussi intelligent que les autres.	☐	☐	☐	☐

Section 5 : HABITUDES ALIMENTAIRES

Directives. Tu trouveras ci-dessous des regroupements d'énoncés numérotés. Lis tous les énoncés de chaque groupe et coche celui qui décrit le mieux comment tu te sens au sujet de tes problèmes à contrôler tes habitudes alimentaires.

#1 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ En présence des autres, je ne suis pas gêné par mon poids et la taille de mon corps.
- ☐ Je suis préoccupé par la façon dont les autres me perçoivent, mais en général, cette perception ne me déçoit pas.
- ☐ Je suis gêné par mon apparence et mon poids, qui me déçoivent.
- ☐ Je suis très gêné par mon poids et souvent, j'éprouve envers moi-même de vifs sentiments de honte et de dégoût. Par conséquent, j'essaie d'éviter les contacts avec les autres.

#2 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je n'ai pas de difficulté à manger lentement, comme il se doit.
- ☐ Même si je semble « avaler tout rond » quand je mange, je ne finis pas par me sentir désagréablement « plein » d'avoir trop mangé.
- ☐ J'ai parfois tendance à manger trop vite et à ressentir de l'inconfort par la suite.
- ☐ J'ai l'habitude d'ingérer rapidement ma nourriture sans vraiment la mastiquer. Dans de tels cas, je me sens habituellement désagréablement plein parce que j'ai trop mangé.

#3 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je me sens capable de contrôler mes rages alimentaires lorsque je le veux.
- ☐ J'ai l'impression que je n'arrive pas à contrôler mon alimentation, plus souvent que la moyenne des gens.
- ☐ Je me sens complètement impuissant lorsqu'il s'agit de contrôler mes rages alimentaires.
- ☐ Je me sens tellement impuissant à contrôler mon alimentation que je suis prêt à tout essayer pour acquérir ce contrôle.

#4 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je n'ai pas l'habitude de manger quand je m'ennuie.
- ☐ Il m'arrive de manger quand je m'ennuie, mais je suis habituellement capable de m'occuper à faire autre chose et d'arrêter de penser à la nourriture.
- ☐ J'ai l'habitude de manger quand je m'ennuie, mais à l'occasion je peux faire autre chose pour arrêter de penser à la nourriture.
- ☐ J'ai très souvent l'habitude de manger quand je m'ennuie. Rien ne semble fonctionner pour m'en empêcher.

#5 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Habituellement, je mange quand je ressens physiquement la faim.
- ☐ Occasionnellement, je mange quelque chose par impulsion même si je n'ai pas vraiment faim.
- ☐ J'ai l'habitude de manger de la nourriture que je n'apprécie pas nécessairement pour combler un sentiment de faim, même si physiquement je n'ai pas faim.
- ☐ Même si je n'ai pas physiquement faim, j'éprouve une sensation de faim dans ma bouche. Il semble que la seule façon de satisfaire cette sensation est de manger quelque chose qui remplit ma bouche, comme un sandwich. Parfois, lorsque je mange un aliment pour satisfaire cette faim dans ma bouche, je le recrache pour ne pas prendre du poids.

#6 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne ressens aucune culpabilité et je ne me déteste pas lorsque je mange trop.
- ☐ Après avoir trop mangé, il m'arrive de temps à autre de me sentir coupable ou de me détester.
- ☐ Presque toujours après avoir trop mangé, j'éprouve un vif sentiment de culpabilité ou de haine de moi-même.

#7 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne fais jamais de diète.
- ☐ Je ne perds pas le contrôle total de mon alimentation quand je fais une diète, et ce, même après des périodes où j'ai trop mangé.
- ☐ Parfois, lorsque je mange un « aliment défendu » pendant une diète, j'ai l'impression d'avoir tout gâché et je mange encore plus.
- ☐ Lorsque je mange trop pendant une diète, j'ai souvent l'habitude de me dire « j'ai déjà gâché cette diète, pourquoi ne pas abandonner? ». Lorsque cela arrive, je mange encore plus.
- ☐ J'ai l'habitude de me soumettre à des diètes très strictes que j'abandonne en m'empiffrant. Ma vie ressemble à un « festin » ou à une « famine ».

#8 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Il m'arrive rarement de manger à un point tel que je me sens désagréablement bourré par la suite.
- ☐ Habituellement, environ une fois par mois, je mange tellement que je me sens vraiment bourré.
- ☐ Il m'arrive régulièrement, au cours du mois, de manger de très grandes quantités de nourriture (à l'heure des repas ou des collations).
- ☐ Je mange tellement que souvent, je ressens assez d'inconfort et parfois une légère nausée après avoir mangé.

#9 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne me préoccupe pas de mon apport calorique.
- ☐ La plupart du temps, mon apport calorique n'atteint pas un niveau très élevé ni très bas.
- ☐ Parfois, lorsque je mange trop, j'essaie de réduire mon apport calorique à presque rien pour compenser l'excès de calories que j'ai consommées.
- ☐ J'ai souvent l'habitude de trop manger le soir. Il semble que ma routine est de ne pas avoir faim le matin, mais de trop manger le soir.
- ☐ Il y a des semaines où je réduis mon apport calorique au point d'être affamé. Ceci survient après des périodes où j'ai mangé avec excès. Ma vie semble suivre un cycle de « festin ou de famine ».

#10 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je suis habituellement capable d'arrêter de manger quand je le veux. Je sais reconnaître quand « assez c'est assez ».
- ☐ Il m'arrive parfois de ressentir une forte envie de manger que je n'arrive pas à contrôler.
- ☐ Il m'arrive souvent de ressentir des rages alimentaires que je n'arrive pas à contrôler, mais il y a des moments où j'arrive à les contrôler.
- ☐ Je me sens incapable de contrôler mes rages alimentaires. J'ai peur de ne pas pouvoir volontairement m'arrêter de manger.

#11 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je n'ai aucun problème à arrêter de manger lorsque je suis rassasié.
- ☐ Je suis habituellement capable d'arrêter de manger lorsque je suis rassasié, mais il m'arrive parfois de trop manger et de ressentir de l'inconfort.
- ☐ J'ai de la difficulté à cesser de manger une fois que j'ai commencé et je me sens souvent bourré (inconfort) après un repas.
- ☐ Étant donné que je n'arrive pas à arrêter de manger quand je le veux, je dois parfois me faire vomir pour soulager la sensation d'être trop plein.

#12 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Il semble que je mange autant quand je suis avec d'autres (famille, amis) que quand je suis seul.
- ☐ Parfois, lorsque je suis en présence d'autres personnes, je mange moins que je ne le voudrais parce que je suis embarrassé par mes comportements alimentaires.
- ☐ Il m'arrive fréquemment de ne manger qu'une petite quantité de nourriture lorsque je suis en présence d'autres personnes parce que je suis très embarrassé par mes comportements alimentaires.
- ☐ J'ai tellement honte de trop manger que je choisis de manger à l'excès dans des moments où je sais que personne ne me verra. J'ai l'impression de manger « en cachette ».

#13 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je mange trois repas par jour avec, à l'occasion seulement, une collation entre les repas.
- ☐ Je mange trois repas par jour et je mange régulièrement des collations entre les repas.
- ☐ Lorsque je mange de grosses collations, j'ai l'habitude de sauter un repas régulier.
- ☐ Il y a régulièrement des périodes où j'ai l'impression de manger continuellement, sans repas planifiés.

#14 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne pense pas beaucoup à contrôler mes rages alimentaires non désirées.
- ☐ Ne serait-ce que de temps en temps, mes pensées sont occupées par l'idée de contrôler mes rages alimentaires.
- ☐ J'ai l'impression que je passe souvent beaucoup de temps à penser à la grande quantité de nourriture que j'ai mangée ou à essayer de ne plus manger.
- ☐ J'ai l'impression que la plupart de mon temps éveillé est occupé à penser à manger ou à ne pas manger. Je sens que je lutte toujours pour ne pas manger.

#15 En cochant la case appropriée, indique jusqu'à quel point tes comportements alimentaires ressemblent à la description suivante :

*Au moins **une fois par semaine durant les 3 derniers mois**, j'ai mangé en une période de temps limitée une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient. Pendant ces périodes, j'avais l'impression de perdre le contrôle et après j'éprouvais de la culpabilité, de la honte ou une certaine détresse.*

Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	Tout à fait
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Section 6 : TES STRATÉGIES POUR FAIRE FACE AUX PROBLÈMES ET DIFFICULTÉS QUE TU RENCONTRES

Je vais te poser une série de questions visant à savoir quelles sont les stratégies que tu prends lorsque tu rencontres des problèmes ou difficultés. Coche une réponse pour chacun des énoncés. « **Quand je rencontre un problème ou une difficulté...** »

	Jamais	Presque jamais	Quelque -fois	La plupart du temps	Tou- jours
	1	2	3	4	5
1. J'essaie de penser aux différentes façons de régler le problème.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je fais comme si rien n'était arrivé.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens triste ou fâché.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je décide d'une façon de régler le problème et je la mets en application.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je m'en fais trop avec ça.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je demande conseil à un ami.	☐	☐	☐	☐	☐
7. J'essaie de faire quelque chose pour que ça aille mieux.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je me dis que ce qui est arrivé n'est pas important.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je pleure à cause de ça.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je demande conseil à un membre de ma famille.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je sais qu'il y a des choses que je peux faire pour que ça aille mieux.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je refuse d'y penser.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je crie pour me défouler.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je demande à quelqu'un qui connaît le problème qu'est-ce qu'il ferait.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je m'inquiète que les autres pensent du mal de moi.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je sacre tout haut.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Je dis que ça ne me dérange pas.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je me fâche et je lance ou frappe quelque chose.	☐	☐	☐	☐	☐

25

« Quand je rencontre un problème ou une difficulté... »

		Jamais	Presque jamais	Quelque- fois	La plupart du temps	Tou- jours
		1	2	3	4	5
19.	Je demande l'aide d'un membre de ma famille.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Je me fâche contre moi-même d'avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Lorsque tu te disputes avec un ami dans quelle mesure sens-tu que tu peux faire quelque chose pour changer la situation?	☐	☐	☐	☐	☐

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Si tu as des commentaires, tu peux les écrire ici.

Lorsque le questionnaire est complété, l'insérer dans l'enveloppe et la cacheter !

Appendice C

Certificat d'éthique de la recherche de l'UQAC

APPROBATION ÉTHIQUE

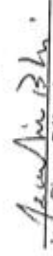
Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 16 août 2007 au 16 août 2010

Pour le projet de recherche intitulé : *Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (Hb) (Binge-eating disorder) chez les adolescents dans une école secondaire de la région du Saguenay.*

Chercheur responsable du projet de recherche : *Marie Bellemare*

Fait à Ville de Saguenay, le 16 août 2007


Jean-Pierre Bédard
Vice-président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains



Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

**DEMANDE DE MODIFICATION
D'UN PROJET DE RECHERCHE**

Numéro de dossier attribué par le CER : 602.156.01

Renseignements généraux

Titre du projet :	Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB) (<i>Binge-eating disorder</i>) chez les adolescents dans une école secondaire de la région du Saguenay.
Responsable du projet : Indiquez vos coordonnées (inclure téléphone et courriel, s'il y a lieu) Étudiant : OUI ☒ NON ☐	Marie Bellemare 657 rue des Roselins Chicoutimi (Québec) G7H-6E7 Tel. 418-693-1562 courriel : Marie_bellemare@uqac.ca
Département (ou autre) : Si étudiant, précisez le programme, sa date de début et de fin présumée et le nom du directeur de recherche.	Sciences de l'éducation et de psychologie Programme : Doctorat en psychologie profil intervention. Début : septembre 2004 Fin : août 2007 Directeur de recherche : M. Gilles Lalande, Ph.D.
Objectifs initiaux du projet :	L'objectif de l'étude est d'évaluer la prévalence de l'HB ainsi que la présence de facteurs associés, auprès d'une population d'adolescents du Saguenay.
État actuel de la recherche :	Le projet de recherche est complété. La cueillette de données est prévue pour l'automne 2008.
Date d'échéance du certificat d'éthique actuel :	16 août 2010

Modification

Motifs de la demande (élaborez) : 1) Changer le nom du responsable du projet : remplacer Marie Bellemare étudiante par trois professeurs : Gilles Lalande (responsable administratif),	Cette étude était réalisée dans le cadre de l'essai doctoral de Marie Bellemare. Cette étudiante a choisi de ne pas poursuivre ses études doctorales en psychologie (voir le courriel de l'étudiante adressé à la directrice du programme et au directeur de recherche, annexé à la présente). Le directeur de recherche et deux autres professeurs de
--	--

Jacinthe Dion et Claudie Émond (coresponsables du projet)		psychologie veulent poursuivre cette recherche et effectuer la cueillette de données.
Veuillez préciser les modifications apportées aux différentes rubriques de la description de votre projet de recherche initiale (demande de certification éthique).		
1	Renseignements généraux Responsable du projet :	Gilles Lalande (responsable administratif), professeur DSEP. Jacinthe Dion et Claudie Émond (coresponsables du projet), professeurs DSEP.
2	Sujets humains impliqués	
3	Modalités de la recherche Ajout d'un instrument de mesure (pour évaluer le coping émotionnel) au point 3.1	5) La version française de l' <i>Emotional Approach Coping Scale</i> , connue sous le nom d'Échelle de coping émotionnel permet d'évaluer comment les adolescents utilisent leurs émotions pour faire face aux situations. 6) Un questionnaire sociodémographique
4	Information colligée Ajouter à la suite du texte au point 4.2 le texte présenté ci-contre	Les données seront détruites cinq ans après les dernières publications. Les données pourront être utilisées dans le cadre d'autres projets de recherche.
5	Diffusion des résultats	
6	Autres renseignements - Inclure les modifications de personnel et les formulaires, si modifiés	Les déclarations d'honneur de Gilles Lalande, Jacinthe Dion et de Claudie Émond sont jointes à la présente demande de modification.
Nouvelle date d'échéance du projet de recherche (le cas échéant) :		

Date
26 mai 2008


Signature du responsable du projet
(S'il-vous-plait, signez en noir)

Il est important de répondre de façon précise à toutes les questions (S.V.P. Dactylographiez)

2

UQAC

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

856, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) CANADA G7H 2B1

Vice-rectorat aux affaires étudiantes
et secrétariat général

Comité d'éthique de la recherche

Le 18 juin 2008

Madame Marie Bellemard
657, rue des Roselins
Saguenay, arr. de Chicoutimi (Québec)
G7H 6E7

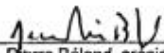
OBJET : Décision – Demande de modification
Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB)
(Binge-eating disorder) chez les adolescents dans une école secondaire
de la région du Saguenay.
N/Dossier : 602.156.01

Madame,

Suite à la réception de votre demande de modification concernant le projet de recherche ci-haut mentionné, la présente vise à vous informer que nous vous autorisons la modification demandée.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir un certificat d'éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.


Jean-Pierre Béland, président

/mjd

c.c. : M. Gilles La Roche

Comité d'éthique de la recherche

Le 31 octobre 2011

Monsieur Gilles Lalande
Professeur
Département des sciences de la santé

N/Réf. : 602.156.01

OBJET : Décision – Modification et prolongation d'une approbation éthique

Monsieur,

Le Comité restreint d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a étudié votre demande de modification ainsi que votre demande de prolongation pour le projet de recherche intitulé « *Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB) (Binge eating disorder) chez les adolescents dans une école secondaire de la région du Saguenay* ».

Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que la modification et la prolongation demandées pour votre projet de recherche ont été approuvées à l'unanimité par le Comité.

La prolongation est valide pour la période du 31 octobre 2011 au 30 août 2016.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :

<http://www.uqac.ca/recherche/ce/index.php>

En vous souhaitant le meilleur succès dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.



François Guérard, président
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

Appendice D

Lettres aux parents

La Baie, le 31 mars

Chers parents,

La présente est pour vous informer que l'École secondaire des Grandes-Marées a accepté de participer à une étude sur la santé, le vécu et les comportements alimentaires des adolescents. Les élèves de secondaire 3, 4 et 5 ont été sollicités pour participer à cette étude. La participation consistait à compléter, sur une base volontaire et anonyme, un questionnaire d'une durée d'environ 30 minutes. Les résultats obtenus permettront de mieux comprendre les comportements alimentaires des jeunes, leur santé, leurs habitudes de vie, leur ressenti et ce qui les aide à traverser leurs difficultés. Pour les remercier de participer à cette étude, trois bons d'achat de 50\$ (au magasin du choix de l'élève) seront tirés au hasard parmi les participants.

Si vous souhaitez avoir plus d'information au sujet de cette étude, vous pouvez contacter le chercheur responsable de l'étude, Gilles Lalande, professeur au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant : 418-545-5011, poste 5373, ou à l'adresse suivante : gilles_lalande@uqac.ca.

Nous vous remercions de votre collaboration,

Luc Quenneville, directeur

c.c. Gilles Lalande
Claudie Émond
Jacinthe Dion

Appendice E

Déclaration de consentement des élèves



Déclaration de consentement

Recherche sur la santé, le vécu et les comportements alimentaires des adolescents

C'EST QUOI CE PROJET? : Nous voulons mieux comprendre les comportements alimentaires des jeunes, leur santé ainsi que leur façon de vivre et s'adapter. Pour ce faire, nous aimerions que de jeunes de la région du Saguenay nous donnent leurs avis sur leurs comportements, leurs habitudes de vie, leur ressenti et sur ce qui les aide à traverser leurs difficultés.

QU'EST-CE QUE J'AI A FAIRE ? : Tu auras à compléter le questionnaire que nous venons de te remettre. Cela devrait te prendre environ 25 à 45 minutes. Tu n'es pas obligé de répondre à toutes les questions. Si tu choisis de répondre à ce questionnaire, cela pourrait nous aider à améliorer nos connaissances sur ce que vivent les jeunes et ce qui les aide à se sentir bien, afin de pouvoir mieux les aider par la suite. Les assistants de recherche sont aussi disponibles pour répondre à tes questions et t'aider à compléter le questionnaire.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES RISQUES DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ? : Les avantages associés à ta participation sont de te permettre de réfléchir et de faire le point sur ta situation actuelle. Il n'y a aucun risque connu à répondre à ce questionnaire. Toutefois, il peut être embarrassant de répondre à des questions personnelles au sujet de sa vie privée. Si le fait de répondre à l'une ou l'autre de ces questions t'a bouleversé(e), ou si tu as éprouvé du stress ou de la gêne, des personnes ressources sont disponibles à l'école et à l'extérieur de l'école. Tu peux t'adresser à:

- l'intervenant rattaché à ton groupe classe à ton école ;
- Tel-Aide Saguenay, (418) 695-2433 ;
- Tel-jeunes, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine : 1-800-263-2266 ou teljeunes.com
- les chercheurs responsables de ce projet pour obtenir d'autres noms et numéros de téléphone pouvant t'être utiles (Gilles Lalande, 418-545-5011, poste 5373, Jacinthe Dion, 418-545-5011, poste 5663, Claudie Émond, 418-545-5011, poste 5357) ;

Pour vous remercier de participer à cette étude, trois bons d'achat (au magasin de ton choix) de 50\$ seront tirés au hasard parmi les participants.

QUE FAITES-VOUS AVEC MON QUESTIONNAIRE ET MES REPONSES ? : Nous allons présenter l'ensemble des résultats de l'étude, incluant les résultats de tous les questionnaires de tous les jeunes qui auront participé, les tiens aussi, à des intervenants, des psychologues et dans des articles ou des présentations scientifiques. Nous leur dirons ce que les jeunes de ton âge vivent et ce qui peut les aider à se sentir mieux. Ceci leur permettra de mieux vous connaître et de mieux vous aider par la suite. Nous ne présenterons donc aucun résultat individuel, mais seulement les résultats de groupes.

EST-CE QUE MES REPONSES SONT PRIVEES ? : OUI ! Toutes tes réponses sont **totale**ment anonymes et confidentielles. Ton nom n'apparaît nulle part sur les questionnaires. Ton questionnaire aura un numéro d'identification que tu es le seul à connaître. Il est impossible de savoir que c'est toi qui as complété un questionnaire. Seuls les membres de l'équipe de

recherche pourront voir tes réponses aux questions, mais ils ne sauront pas que c'est toi qui as répondu.

EST-CE QUE JE SUIS OBLIGÉ DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ? : Non ! Tu peux décider de ne pas répondre au questionnaire. Personne ne sera fâché ou déçu que tu ne participes pas. Si tu ne veux pas participer, mets simplement de côté le questionnaire. Si cela te gêne de répondre à l'une ou l'autre des questions, tu peux cesser de remplir le questionnaire en tout temps ou passer à la question suivante.

A QUI JE PEUX PARLER SI J'AI DES QUESTIONS SUR L'ÉTUDE ?

Tu peux nous contacter :

- Gilles Lalande, professeur au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant 418-545-5011, poste 5373, ou à l'adresse suivante gilles_lalande@uqac.ca.
- Jacinthe Dion, professeure au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant 418-545-5011, poste 5663, ou à l'adresse suivante jacinthe_dion@uqac.ca.
- Claudie Émond, professeure au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant 418-545-5011, poste 5357, ou à l'adresse suivante claudie_emonde@uqac.ca.

Si tu as des questions ou des commentaires concernant l'éthique de la recherche à l'Université, tu peux contacter le président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, M. Jean-Pierre Béland, au 545-5011 poste 5219.

En tant que chercheurs principaux de l'étude, nous vous avons expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude par ce formulaire et nous demeurons disponibles pour répondre à toute éventuelle question.

Merci une fois de plus de ton aide !

Gilles Lalande, Jacinthe Dion, Claudie Émond
Chercheurs responsables du projet

ES-TU PRÊT ?

Tu peux commencer à compléter le questionnaire si tu :

- ❖ Comprends pourquoi nous faisons cette étude
- ❖ Aimerais participer
- ❖ Sais que tu n'es pas obligé de répondre aux questions
- ❖ Sais que nous sommes là pour t'aider si tu as des questions

N'oublie pas que tes réponses sont anonymes, ton nom n'apparaîtra nulle part et personne ne saura que c'est toi qui as répondu au questionnaire.

Oui ! J'accepte de participer ☐

Signature