

Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 – ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L’ANOREXIE MENTALE.....	2
1.1 Définition de l’anorexie mentale.....	2
1.2 Distinctions entre les sous-types d’anorexie mentale.....	3
1.3 Prévalence de l’anorexie mentale.....	4
1.4 Pertinence sociale et scientifique de la recherche.....	4
CHAPITRE 2 -PROBLÉMATIQUE.....	6
2.1 La théorie de la famille « psychosomatique ».....	6
2.2 Constats plus récents sur l’étude du fonctionnement des familles d’adolescentes anorexiques.....	9
CHAPITRE 3 - RECENSION DES ÉCRITS.....	10
3.1 Méthodologie de la recension des écrits.....	10
3.2 Résultats de la recension des écrits.....	11
3.2.1 Partie 1 : fonctionnement général des familles.....	11
3.2.2 Partie 2 : dimensions spécifiques du fonctionnement familial.....	14
3.3 Limites des études.....	19
3.4 Objectifs de l’étude.....	21
CHAPITRE 4- PRESENTATION DU CADRE D’ANALYSE.....	22
4.1 Le modèle « circomplexe » d’Olson.....	22
4.2 Le modèle du fonctionnement familial de McMaster.....	24
4.3 Intégration des modèles et synthèse.....	27
4.4 Dimensions du fonctionnement familial retenues dans la présente étude.....	28
CHAPITRE 5- MÉTHODOLOGIE DE L’ÉTUDE PRINCIPALE.....	30
5.1. Devis de recherche de l’étude principale.....	30

5.1.1 Population étudiée.....	30
5.1.2 Procédure de sélection des participants	30
5.1.3 Méthode de collecte des données.....	31
CHAPITRE 6 – MÉTHODOLOGIE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE.....	32
6.1 Devis de recherche de la présente étude.....	32
6.1.1 Critères de sélection du sous-échantillon.....	32
6.1.2 Principales caractéristiques de l'échantillon.....	32
6.1.3 Description des instruments de mesure retenus.....	34
6.1.4 Analyses statistiques.....	38
6.1.5 Aspects éthiques	39
CHAPITRE 7 – RÉSULTATS	40
7.1 Résultats de l'analyse de classes latentes	40
7.2 Relation entre la sévérité du trouble et le fonctionnement familial.....	42
CHAPITRE 8 – DISCUSSION.....	44
8.1 Rappel des principaux résultats.....	44
8.2 Discussion relative aux résultats obtenus.....	44
8.2 Retombées pour la pratique et la recherche en service social	47
8.3 Forces de l'étude	48
8.4 Limites de l'étude.....	49
CONCLUSION.....	50
Références bibliographiques.....	51
Annexe A	60
Annexe B.....	77

Liste des tableaux

Tableau 1. Synthèse des dimensions du fonctionnement familial selon les modèles théoriques	28
Tableau 2. Principales caractéristiques de l'échantillon.....	33
Tableau 3. Dimensions mesurées et questionnaires utilisés.....	34
Tableau 4. Seuils cliniques aux différentes sous-échelles.....	39
Tableau 5. Classes latentes selon le point de vue des adolescentes.....	41
Tableau 6. Scores moyens des IMC selon les profils familiaux.....	42

La véritable écoute est une écoute dense tissée de silence et
d'acceptation,
prolongée par des regards,
soutenue par une respiration et une présence.
Une qualité d'écoute qui permet
justement à celui qui parle
d'entendre enfin ce qu'il dit.
Jacques Salomé

Remerciements

J'aimerais profiter de la présente pour remercier certaines personnes qui m'ont accompagnée afin de mener à bien la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, je tiens à remercier mes co-directeurs, Robert Pauzé et Johana Monthuy-Blanc. Monsieur Pauzé a fait preuve d'une grande disponibilité et d'un soutien constants qui m'ont guidé tout au long de ce travail. Il a su m'encadrer et m'éclairer dans ma réflexion grâce à sa grande expertise dans le domaine des troubles des conduites alimentaires tout en me laissant l'autonomie et la liberté nécessaires à mes apprentissages. Merci également à Madame Monthuy-Blanc, avec qui j'ai la chance de travailler depuis bientôt quatre ans. Cette rencontre est un moment clé de mon parcours, Mme Monthuy-Blanc ayant su me faire confiance et m'accorder une place dans son équipe au sein de laquelle je me sens stimulée afin de poursuivre dans ce domaine de recherche.

J'ai donc eu la chance, ces dernières années, de côtoyer Mme Monthuy-Blanc et M. Pauzé, deux chercheurs généreux, à l'écoute et disponibles. Je suis privilégiée d'avoir pu apprendre grâce à deux mentors ayant à cœur la réussite de leurs étudiants, mais surtout la transmission de leur passion pour la recherche, dans un esprit constant de collégialité et de collaboration.

Un merci tout spécial à Michel Rousseau, pour sa généreuse contribution et son temps précieux concernant les analyses statistiques de ce mémoire. Je tiens également à remercier les responsables de la Banque de données des troubles des conduites alimentaires du CHUS, du CHU Sainte-Justine et du CUSM.

Merci à Carl Héon, mon mari, qui est à mes côtés depuis bientôt 10 ans, et qui continue de m'encourager « coûte que coûte » dans ce processus long et ardu, mais ô combien passionnant que sont mes études. Ton soutien m'est indispensable et je te suis extrêmement reconnaissante pour ton ouverture et les sacrifices que tu fais pour me permettre de me réaliser professionnellement.

Enfin, j'ai une pensée pour mes parents, qui ont su m'insuffler dès mon plus jeune âge le désir d'apprendre, de chercher à comprendre et à expliquer tout ce qui m'entoure. Votre amour et votre confiance m'ont été d'un grand soutien pendant tout ce parcours. Merci à vous deux.

INTRODUCTION

Le thème général de la recherche concerne la question de la diversité des profils des familles chez les adolescentes présentant une anorexie mentale.

La présente étude s'inscrit dans le courant des études visant à identifier et décrire des profils cliniques distincts chez les enfants et adolescentes présentant une anorexie mentale afin de mieux connaître leurs besoins spécifiques, de mieux cibler les interventions et, conséquemment, de maximiser le nombre de patientes qui atteindront un rétablissement complet du trouble (Angst *et al.*, 2005 ; Wildes *et al.*, 2011). La présente étude porte plus spécifiquement sur la dimension du fonctionnement des familles dont une adolescente présente une anorexie mentale. Notre étude vise à répondre aux questions suivantes : existe-t-il des profils distincts chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale ? Si oui, quelles sont les caractéristiques des différents profils familiaux identifiés?

Ce mémoire se divise en sept chapitres. En guise de premier chapitre, l'état des connaissances sur l'anorexie mentale est présenté, suivi du chapitre deux présentant la problématique. Le chapitre trois est consacré à la recension des écrits sur le fonctionnement des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale. Le chapitre quatre vise à présenter le cadre d'analyse du fonctionnement familial. Les chapitres cinq et six s'attardent plus précisément à la méthodologie de l'étude principale et de la présente étude, et enfin, les chapitres sept et huit présentent dans l'ordre les résultats et la discussion.

CHAPITRE 1 – ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR L'ANOREXIE MENTALE

1.1 Définition de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires qui se caractérise par un engouement pour la perte de poids, un plaisir excessif à refuser la nourriture, une poursuite acharnée de la minceur, un désir envahissant de maintenir cette minceur, une négation de l'état de maigreur aboutissant généralement à une malnutrition importante (APA, 2003; Fairburn et Harrison, 2003; Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy, et Walker, 1998; Wilkins, 2012). Selon le DSM-IV-TR², les quatre critères diagnostiques permettant d'établir la présence d'une anorexie mentale sont (1) le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille, (2) la peur intense de prendre du poids alors que le poids est inférieur à la normale, (3) l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme du corps sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle et (4) chez les femmes post-pubères, aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs. On reconnaît deux sous-types d'anorexie mentale, soit (1) l'anorexie restrictive (au cours des trois derniers mois, la personne n'a pas présenté, de manière régulière, de crises de boulimie ou de comportement de purge soit des vomissements volontaires, des abus de laxatifs, de diurétiques ou de lavements ; la perte de poids survient principalement à la suite de diètes, de jeûnes, et/ou d'exercices physiques) et (2) l'anorexie avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatif (au cours des trois derniers mois, la personne a eu des crises récurrentes d'hyperphagie boulimique ou des comportements de purge soit des vomissements volontaires, des abus de laxatifs, de diurétiques, ou de lavements).

² La quatrième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, 2004) a été retenue dans le présent travail puisque la sélection des participants qui ont participé à l'étude principale dans laquelle nous nous inscrivons a été faite sur la base de cette version.

1.2 Distinctions entre les sous-types d'anorexie mentale

Au plan clinique, les chercheurs s'entendent sur l'hétérogénéité des populations d'adolescentes présentant une anorexie mentale (Thompson-Brenner et al., 2008) sur le plan de leurs caractéristiques symptomatiques. Tel que spécifié dans la définition de l'anorexie mentale, le diagnostic se compose de deux sous-types principaux, soit le sous-type restrictif (au cours des trois derniers mois, la personne n'a pas présenté, de manière régulière, de crises de boulimie ou de comportement de purge soit des vomissements volontaires, des abus de laxatifs, de diurétiques ou de lavements ; la perte de poids survient principalement à la suite de diètes, de jeûnes, et/ou d'exercices physiques (APA, 2003)) et le sous-type boulimique avec purge (au cours des trois derniers mois, la personne a eu des crises récurrentes d'hyperphagie boulimique ou des comportements de purge soit des vomissements volontaires, des abus de laxatifs, de diurétiques, ou de lavements (APA, 2003)). Les deux sous-groupes diffèrent aux plans clinique, psychologique, social et familial. C'est-à-dire que le trouble tend à se déclarer plus tôt chez les adolescentes présentant une anorexie restrictive (Eddy *et al.*, 2002 ; Salbach-Andrae *et al.*, 2008) et les symptômes alimentaires s'avèrent plus importants (Bewell-Weiss et Carter, 2010 ; Eddy *et al.*, 2002 ; Fassino *et al.*, 2009; Jaite *et al.*, 2012; Mattar *et al.*, 2012; Salbach-Andrae *et al.*, 2008; Vervaet *et al.*, 2004) comparativement aux anorexiques de type boulimique avec purge. Les anorexiques restrictives tendent à être hospitalisées plus fréquemment, notamment en raison de l'enjeu relié au faible poids (Salbach-Andrae *et al.*, 2008 ; Speranza *et al.*, 2005). Toutefois, la durée de la maladie apparaît plus courte chez les adolescentes présentant un sous-type restrictif (Krug *et al.*, 2009 ; Salbach-Andrae *et al.*, 2008 ; Vervaet *et al.*, 2004). Les deux sous-types présentent également des disparités au plan de leur personnalité et de leurs comorbidités psychiatriques (APA, 2006 ; 2013), de leurs relations interpersonnelles (Mond *et al.*, 2005) et de leurs relations familiales (Casper et Troiani, 2000 ; North *et al.*, 1995 ; Vidovic *et al.*, 2005).

1.3 Prévalence de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale touche de 0,2 % à 1 % des adolescents et des jeunes adultes (Alvin, 2001 ; APA, 2013 ; 2009 ; 2003 ; Bergh *et al.*, 2002 ; Bulik, 2002 ; Fairburn et Harrison, 2003). On estime que cette maladie concerne 490 personnes pour 100 000 personnes par année (Smink, Van Hoeken et Hoek, 2013). Cette maladie se retrouve principalement chez les adolescentes de 14 à 19 ans (Steiner *et al.*, 2003). Le ratio pour le genre est évalué à neuf à dix filles pour un garçon (Alvin, 2001 ; APA 2013 ; 2009 ; 2003 ; Black et Andreasen, 2011 ; Chambry *et al.*, 2002 ; Gilchrist *et al.*, 1998 ; Szabo, 1998).

1.4 Pertinence sociale et scientifique de la recherche

L'anorexie mentale peut entraîner des nombreuses conséquences au plan biopsychosocial. Les principales complications physiques associées à cette maladie sont l'atrophie cérébrale, l'hypothermie, l'acrocyanose (trouble de la circulation sanguine) des mains, la bradycardie, l'hypotension artérielle, l'aménorrhée, ou l'anémie, pour n'en nommer que quelques-uns (Katzman, 2005). Sur le plan psychologique, la malnutrition entraîne notamment une baisse de la concentration, l'altération de la qualité de vie et la diminution de l'estime de soi. Enfin, les adolescentes présentant une anorexie mentale tendent à s'isoler de leur réseau d'amis et à se sentir incompetentes et inefficaces dans leurs relations sociales (Pauzé *et al.*, 2008; Lacharité, 1991; Bruch, 1980). Chez les individus présentant une anorexie mentale, 35 à 40% vivent un rétablissement complet. 35 à 40% retrouvent un poids normal, mais continuent de présenter des vulnérabilités psychosociales et des symptômes importants et 20% évoluent vers la chronicisation du trouble (Jeammet, 2004). Les résultats de certaines études indiquent également, chez les individus ayant débuté une thérapie, un taux élevé d'abandon se situant entre 40 % à 46 % tout particulièrement chez les adultes (Couturier et Lock, 2006; Dare, Eisler, Russell, Treasure et Dodge, 2001 ; Halmi *et al.*, 2005). Enfin, il importe de noter que le taux de mortalité chez les individus présentant une anorexie mentale est le plus élevé parmi tous les troubles psychiatriques, se situant entre 0,1 et 21% (Fisher, 2003; Hoek, 2003). Les

décès associés à l'anorexie mentale surviennent des suites de complications médicales dans 50% des décès (Fisher, 2003), du suicide dans 20 à 30% des cas (Papadopoulos *et al.*, 2009) ou de l'abus de substances psychoactives (25% des décès selon Fisher, 2003).

Ainsi, malgré des avancées importantes au cours des dernières années concernant le traitement de l'anorexie mentale, force est de constater qu'un taux important d'individus persistent dans le trouble. Cette situation serait principalement attribuable à une approche trop globale de cette psychopathologie qui ne prend pas en compte l'hétérogénéité des profils cliniques de cette population, nuisant ainsi au développement d'interventions plus adaptées aux besoins des enfants et adolescentes anorexiques (Meilleur, 2012). Cette situation pourrait être corrigée si plus de recherches étaient consacrées à l'identification précoce de sous-groupes cliniques distincts chez les individus présentant une anorexie mentale et leur famille et si des programmes d'intervention étaient développés en tenant compte des caractéristiques de ces sous-groupes (Nicholls, 2007; Wildes *et al.*, 2011).

La réalisation d'études portant sur l'identification de profils distincts chez les adolescentes anorexiques doit donc être privilégiée dans le but de poursuivre le développement des connaissances dans ce domaine. En outre, une meilleure connaissance des différents profils cliniques chez ces individus permettrait de développer des interventions plus ciblées et davantage ajustées aux besoins spécifiques des individus de chacun des profils identifiés.

Cette question de recherche est pertinente pour le service social puisque ce sont généralement les travailleurs sociaux dans les cliniques spécialisées pour les troubles des conduites alimentaires qui sont responsables du suivi des familles. De plus, la conduite d'une évaluation du fonctionnement social est un acte réservé aux travailleurs sociaux et demande la prise en compte de l'ensemble des facteurs biopsychosociaux de façon systématique et ce, pour chaque individu, famille, groupe ou communauté rencontrée.

CHAPITRE 2 -PROBLÉMATIQUE

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire de maîtrise portera sur la question de la présence de profils distincts chez les familles des adolescentes présentant une anorexie mentale.

2.1 La théorie de la famille « psychosomatique »

La question de l'intérêt pour les profils de ces familles date de la fin des années 70. Les premières théories explicatives de l'anorexie mentale ciblent alors les facteurs familiaux et socioculturels comme responsables de cette psychopathologie (Minuchin, Rosman et Baker, 1978 ; Garner et Garfinkel, 1980). À partir d'observations systématiques, Minuchin et ses collaborateurs (1978) ont développé l'une des théories les plus connues en thérapie familiale : les caractéristiques de la « famille psychosomatique ». Par « psychosomatique », Minuchin, Rosman et Baker (1978) entendent le fait qu'une maladie au départ essentiellement somatique, telle que l'asthme ou le diabète, puisse être exacerbée par des caractéristiques psychologiques, familiales, ou environnementales. Selon les observations de ces chercheurs, ces familles se caractériseraient par *l'enchevêtrement* (une forme extrême de proximité et d'intensité interactionnelle marquée par des frontières floues et fragiles entre les sous-systèmes), *la rigidité* (la difficulté à modifier les règles de fonctionnement en fonction des stress internes ou externes auxquels la famille est confrontée), *la surprotection* (une attention excessive au bien-être de l'autre), *l'absence de résolutions des conflits* (un seuil extrêmement faible de tolérance aux conflits et une survalorisation de l'harmonie) et *la triangulation* (l'implication de l'enfant-symptôme dans le conflit parental (Minuchin, Rosman, et Baker, 1978)). Il apparaît également que certaines familles seraient organisées de façon à faciliter le développement et le maintien de troubles dits psychosomatiques, tels que l'anorexie mentale. Enfin, ces chercheurs avancent l'hypothèse que le trouble alimentaire aurait une fonction relationnelle en contribuant à maintenir l'homéostasie familiale (Minuchin, Rosman et

Baker, 1978), c'est-à-dire la capacité de la famille à s'autoréguler dans le but de maintenir son équilibre (Cook-Darzens, 2014).

La théorie de l'équipe de Minuchin tire son origine de l'intervention auprès des patients présentant un diabète et hospitalisés de façon plus fréquente que la moyenne pour une acidose diabétique (10 à 15 fois par année). Or, il appert que ce type d'hospitalisation est très rare, étant donné que la gestion des symptômes, suite à la communication d'informations adéquates, est généralement bien contrôlée par les familles. Trois adolescentes présentant des caractéristiques similaires et davantage difficiles à traiter ont été redirigées en psychiatrie. Selon les hypothèses psychiatriques avancées, ces jeunes présentaient alors des difficultés aux plans de la gestion du stress, une tendance à interioriser la colère et la présence de signes d'immatunité dans la gestion des situations difficiles. Malgré un suivi individuel systématique de ces jeunes en psychiatrie, ils continuaient à être hospitalisés à la même fréquence. L'équipe a alors convenu de retirer les adolescentes de leur milieu, pratique à l'époque désignée comme « parentectomie », c'est-à-dire l'éloignement de l'enfant de ses parents jugés toxiques pour celui-ci. Les hospitalisations ont alors cessé, amenant les soignants à identifier l'environnement familial comme étant probablement le principal responsable des difficultés vécues par les adolescentes. Comme de fait, le retour des adolescentes dans leur milieu familial a été associé à la réapparition du problème et le retour aux hospitalisations, confirmant l'hypothèse initiale (Minuchin, Rosman et Baker, 1978).

Compte tenu du manque de succès du suivi individuel psychiatrique, ces jeunes ont donc été dirigés vers une nouvelle équipe composée de pédiatres et de psychiatres formés à la thérapie familiale. Ainsi, Minuchin décida alors, en raison de l'hypothèse de difficultés aux plans de la gestion du stress et des conflits, d'induire la crise familiale. Cette stratégie visait à provoquer des rencontres assez explosives et intenses. Cette pratique a cependant contribué à augmenter les hospitalisations, généralement la veille des rencontres en premier lieu. Progressivement, au fil du traitement familial, ces hospitalisations ont diminué jusqu'à complètement disparaître au fur et à mesure que

l'adolescente vivait des changements au plan de son rôle occupé dans la famille. Un suivi de cette patiente pendant neuf ans a permis de constater qu'il n'y a plus jamais eu d'hospitalisation par la suite.

Minuchin s'est aussi intéressé parallèlement aux problématiques de l'asthme et de l'anorexie mentale. Ainsi, il perçut de nombreuses similitudes au plan des transactions familiales dans toutes ces familles. Quatre caractéristiques familiales, décrites en introduction de cette section, ont émergé de ses observations : l'enchevêtrement, la rigidité, la surprotection et l'absence de résolution des conflits. S'est ajoutée à ces quatre caractéristiques l'implication de l'enfant dans le conflit parental. Basé essentiellement sur des observations, et donc peu généralisable, ce modèle, quoique qu'intéressant sur le plan clinique, devait être validé au plan scientifique. Ainsi, dans une étude réunissant 45 familles, dont 13 cas de diabète, 10 cas d'asthme intractable et 25 cas d'anorexie mentale, Minuchin confirme son hypothèse initiale concernant l'existence de familles « psychosomatiques » (Pauzé et Touchette, 2009 ; Minuchin *et al.*, 1978). Deux outils d'évaluation ont été utilisés pour documenter le fonctionnement de ces familles : *la tâche familiale* (la famille devait effectuer une série de tâches interactives notamment faire un menu en famille, discuter d'un conflit, décrire ce qui leur plaît et leur déplaît à propos des autres membres de la famille, élaborer une histoire sur la base de photos de familles et mettre ensemble des formes de couleur) et *l'entrevue diagnostique*. Les résultats de ce travail de recherche ont effectivement permis de confirmer l'hypothèse élaborée concernant les caractéristiques des familles « psychosomatiques ».

Or, bien que prometteuse, la validité de cette hypothèse aurait dû être testée en reproduisant la même étude auprès d'un échantillon plus important et plus représentatif de la population clinique visée. Cela n'a été fait que plusieurs années plus tard. Entretemps, l'hypothèse de la famille « psychosomatique » a servi de référence dans de nombreux écrits en thérapie familiale (Pauzé et Touchette, 2009). Ce n'est qu'à partir des années 2000 que des recherches plus systématiques ont été réalisées afin de valider cette hypothèse. Les résultats de recherche ont plutôt permis d'identifier une grande diversité

de types et de niveaux de qualité de fonctionnement chez les familles d'adolescentes anorexiques. Ces résultats ont aussi permis de démontrer que le modèle des familles « psychosomatiques » s'applique principalement quand il s'agit de familles intactes³ et relativement saines d'adolescentes anorexiques restrictives, jeunes et dont le trouble ne s'est pas chronicisé, ce qui correspond de façon générale aux familles rencontrées par Minuchin dans le cadre de sa recherche (Cook-Darzens, 2002).

2.2 Constats plus récents sur l'étude du fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques

Des études plus récentes sur le profil des familles d'adolescentes anorexiques recensées dans une méta-analyse de Cook-Darzens (2013) tendent à démontrer (1) qu'il n'existe pas de famille anorexique typique répondant aux caractéristiques de la famille « psychosomatique », (2) que les familles présentent des niveaux de fonctionnement très variables allant souvent à l'encontre des caractéristiques identifiées par Minuchin et ses collaborateurs (1978) et (3) que la variabilité des profils familiaux des adolescentes anorexiques s'apparente à la variabilité des familles sans pathologie alimentaire, ou présentant d'autres types de pathologies. Ces quelques constats vont dans le sens de l'hypothèse de la diversité des profils familiaux chez cette population. Or, bien que la majorité des chercheurs dans le domaine conçoivent aujourd'hui qu'il y a une diversité de profils familiaux chez les adolescentes anorexiques, à notre connaissance aucune étude n'a porté sur l'identification et la description de profils familiaux distincts chez cette clientèle. Notre étude vise donc à pallier cette lacune. De façon plus spécifique, nous tenterons d'identifier à l'aide d'une approche statistique de classes latentes différents profils familiaux chez un échantillon d'environ 180 adolescentes présentant une anorexie mentale.

³ Une famille intacte consiste en une famille époux/épouse où tous les enfants sont les enfants naturels et/ou les enfants adoptés des deux membres du couple. (Statistiques Canada, 2016)

CHAPITRE 3 - RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette section, nous présentons dans l'ordre la méthodologie de la recension des écrits sur les caractéristiques des familles des adolescentes anorexiques, les résultats de cette recension, les limites des études recensées et l'objectif de l'étude.

3.1 Méthodologie de la recension des écrits

Une revue des écrits scientifiques a été réalisée dans le but de cibler les études portant sur les caractéristiques des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale. Les banques de données informatisées utilisées dans le cadre de cette recension sont *PsycNet* (plus précisément *PsycInfo* et *PsycArticles*), *MedLine*, *Eric*, *Psychology & Behavioral sciences collection* et *Social Services Abstract*. Les articles rédigés en français ou en anglais entre 1980 et 2015 revus par les pairs et ciblant précisément la période de l'adolescence ont été retenus. Dans un premier temps, une série de mots-clés relatifs au concept du fonctionnement familial ont été identifiés : *Family Functioning* OR *Family Relationships* OR *Family Dynamics* OR *Parent-child relation* OR *Family Typology* OR *Family Classification*. Les mots-clés ont été identifiés à l'aide des Thesaurus des bases de données, ainsi que des mots-clés identifiés par les auteurs. Le deuxième concept, soit l'anorexie mentale, a été défini avec les mots-clés suivants : *Anorexia Nervosa* OR *Eating Disorders*. Les mots-clés ont été inscrits dans les bases de données une à la fois afin de relever les articles pertinents jusqu'à saturation. Une recherche croisée réunissant tous les termes a finalement été effectuée afin de vérifier que tous les articles pertinents ont bien été retenus. Cette stratégie n'a pas permis d'identifier de nouveaux articles. Enfin, nous avons consulté une recension d'écrits systématique réalisée en 2014 pour s'assurer que nous n'avons pas négligé d'articles importants. Cette recherche documentaire a permis d'identifier 38 textes. Les bibliographies des articles recensés ont par la suite été consultées afin de vérifier la présence d'articles pertinents non relevés par la recension documentaire. Neuf autres textes ont été retenus.

Dans un deuxième temps, les 47 articles sélectionnés sur la base de leur titre ont été soumis à une analyse plus précise par la lecture de leur résumé. Cela nous a amenés à éliminer 14 articles. Seuls les articles présentant des résultats originaux et s'intéressant au fonctionnement familial ou à la perception de ce fonctionnement par les répondants ont été conservés. Une lecture complète des articles nous a amenée à rejeter 15 articles supplémentaires. La recension des écrits porte finalement sur 18 études présentant des résultats originaux portant sur les caractéristiques des familles des adolescentes présentant une anorexie mentale.

3.2 Résultats de la recension des écrits

Les tableaux de recension des écrits sont présentés en annexe A. Ces derniers permettent de présenter les objectifs des études, les caractéristiques des échantillons étudiés, les instruments de mesure utilisés, les résultats des études et les limites reconnues par les chercheurs.

Sont présentés dans le texte qui suit les principaux résultats des études recensées. Cette section comprend deux parties. En premier lieu, sont présentés les résultats des études concernant le fonctionnement général des familles. Seront discutés les différences observées dans les résultats selon le type d'anorexie mentale, selon les caractéristiques des répondants et selon le niveau de sévérité de la maladie. En second lieu, sont présentés les résultats des études en fonction de différentes dimensions spécifiques du fonctionnement familial.

3.2.1 Partie 1 : fonctionnement général des familles

Sur le plan du fonctionnement général des familles, il appert que les adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques (n=64) perçoivent le fonctionnement de leur famille comme étant pathologique (Fornari *et al.*, 1999) selon le *Family Assessment Device* (Epstein, Baldwin, et Bishop, 1983). L'étude de Ciao, Accurso, Fitzsimmons-Craft, Lock et Le Grange (2015) a permis d'établir que 40% des mères et près de la moitié des pères et des adolescents présentant une anorexie mentale (n= 121) perçoivent le

fonctionnement de leur famille comme étant pathologique selon le même instrument de mesure. De façon plus spécifique, on note que les mères ainsi que leur enfant (n= 23) ont rapporté vivre plus de difficultés relativement à l'accomplissement des tâches, des rôles, de la communication et de l'expression affective que les participants du groupe de comparaison (n= 12) (toujours selon *le Family Assessment Device* de Epstein *et al.*, 1983) (Garfinkel *et al.*, 1983). Les deux groupes ne diffèrent pas au plan de l'investissement affectif, du contrôle, des normes et valeurs (Garfinkel *et al.*, 1983). Toujours sur la base du même instrument de mesure, Dancyger *et al.*, (2005) observent que les participantes présentant un trouble des conduites alimentaires (n= 126) ainsi que leur père obtiennent des scores au-dessus du seuil clinique pour la majorité des sous-échelles à l'exception de l'échelle du contrôle comportemental. Chez les mères, seules les sous-échelles de réponse affective et de contrôle comportemental ne dépassent pas le seuil clinique.

3.2.1.1 Différences selon le type d'anorexie mentale

Des différences sont observées selon le type d'anorexie mentale, soit de type restrictif, ou de type boulimique avec purge. En effet, les individus présentant une anorexie mentale de type boulimique avec purge et leur mère (n= 17) ont davantage tendance à percevoir leur famille comme ayant un moins bon fonctionnement selon le *Family Assessment Device* (Epstein *et al.*, 1983) comparativement aux perceptions des adolescents sans pathologie alimentaire et aux anorexiques restrictives (Casper et Troiani, 2001). Ces mêmes auteurs observent que les individus présentant une anorexie mentale de type boulimique avec purge perçoivent leur famille comme étant moins efficace relativement à l'accomplissement des tâches, la communication et l'expression émotionnelle comparativement aux anorexiques de type restrictif et au groupe de comparaison alors que leur fratrie perçoit leur fonctionnement familial comme étant normal (Casper et Troiani, 2001). Par ailleurs, les anorexiques restrictives et leurs parents ne diffèrent pas du groupe ne présentant pas de pathologie alimentaire pour l'ensemble des sous-échelles du *Family Assessment Device* (Casper et Troiani, 2001).

3.2.1.2 Différences selon le point de vue des répondants

Des différences sont également observées selon les répondants, c'est-à-dire entre les mères, les pères, les adolescentes, ainsi que leur fratrie. Ainsi, selon les résultats obtenus au questionnaire du *Family Assessment Device* (Epstein *et al.*, 1983), les mères d'adolescentes anorexiques ont tendance à percevoir le fonctionnement familial comme étant davantage sain que leur enfant tant dans l'étude de Gowers *et al.* (1999) (n=34) que dans celle de Dancyger *et al.* (2005) (n=126). Par contre, les résultats de l'étude de Dimitropoulos *et al.* (2013) indiquent que les individus qui présentent une anorexie mentale (n= 26) ne diffèrent pas statistiquement de leur fratrie au niveau des dimensions du contrôle exercé par les parents et l'affection reçue. De même, dans l'étude de Garfinkel *et al.* (1983), il appert que contrairement aux autres membres de la famille, les pères d'anorexiques n'ont pas rapporté de différence significative aux échelles du Family Assessment Device lorsque comparés aux pères du groupe de comparaison.

3.2.1.3 Différences selon la sévérité du trouble des conduites alimentaires

Enfin, certains auteurs se sont penchés sur l'établissement d'une relation entre la sévérité du trouble et le fonctionnement familial. On note que le niveau de dysfonctionnement familial est positivement associé à la sévérité de l'anorexie mentale selon le Family Assessment Device (Epstein *et al.*, 1983) (Ciao *et al.*, 2015) (n= 121). Cette observation n'est pas confirmée par Gowers *et al.* (1999) (n=35). En effet, ces chercheurs observent à l'aide du même instrument de mesure qu'il n'y a pas de lien significatif entre le degré de dysfonctionnement familial et le degré de sévérité de l'anorexie mentale. Par ailleurs, Dimitropoulos *et al.* (2013) notent quant à eux que plus le dysfonctionnement familial est important, plus l'impact négatif de l'anorexie mentale sur la famille est important (n= 26).

3.2.1.4 Conclusions

Globalement les résultats des études recensées indiquent un dysfonctionnement familial chez bon nombre de familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale. De façon générale, il appert que les familles d'adolescentes anorexiques de type boulimique tendent à présenter un moins bon fonctionnement que celui des adolescentes restrictives et celles sans pathologie alimentaire ; la perception des adolescentes présentant une anorexie mentale ne diffère pas de celle de leur fratrie en ce qui a trait au contrôle exercé par les parents et de l'affection reçue et les mères ont tendance à percevoir leur fonctionnement familial comme davantage pathologique que les pères ainsi que leur enfant. Enfin, trois études sur quatre relèvent que le niveau de dysfonctionnement familial est positivement associé à la sévérité du trouble.

3.2.2 Partie 2 : dimensions spécifiques du fonctionnement familial

Bon nombre d'études ont été réalisées afin de documenter différentes facettes du fonctionnement des familles des adolescentes présentant une anorexie mentale. Les principales dimensions étudiées sont la cohésion et la flexibilité familiales, les relations entre les membres de la famille, l'expression de soi dans la famille, l'exercice des rôles parentaux et relations entre les parents, les réactions de la famille face aux événements stressants et les caractéristiques personnelles des parents.

3.2.2.1 Cohésion familiale

La cohésion se définit comme étant la « qualité des liens émotionnels entretenus entre les membres d'un système familial » (Olson, 2000). Selon les résultats de plusieurs études, les familles des adolescentes anorexiques sont moins cohésives que les familles d'adolescentes ne présentant pas de troubles des conduites alimentaires (Cunha *et al.*, 2009 ; Delannes *et al.*, 2006 ; Cook-Darzens *et al.*, 2005 ; Vidović *et al.*, 2005). Cette perception est partagée par les anorexiques elles-mêmes (Cook-Darzens, Doyen, Falissard et Mouren, 2005; Cunha, Relvas et Soares, 2009; Delannes, Doyen, Cook-Darzens et

Mouren, 2006; Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik et Tocilj, 2005), les membres de leur fratrie (Cook-Darzens *et al.*, 2005) et les mères (Vidović *et al.*, 2005). Une seule étude ne permet pas de distinguer les familles d'adolescentes anorexiques (n= 25) des familles d'adolescentes en santé (n= 44) sur le plan de la cohésion et de l'expression de soi dans la famille (Sim *et al.*, 2009). Les auteurs de cette dernière étude n'ont cependant pas utilisé le même instrument de mesure que dans les études précitées. Par ailleurs, on note que les participants présentant une anorexie de type boulimique avec purge et ceux présentant une boulimie perçoivent leur famille comme étant moins cohésive que les participants du groupe de comparaison (Stern *et al.*, 1989). Enfin, aucune différence n'a été observée entre les sous-types de troubles des conduites alimentaires (n= 76) en ce qui a trait à l'adaptabilité et de la cohésion familiale (Vidović *et al.*, 2005), ces deux sous-groupes percevant une moins forte cohésion et flexibilité familiale que les participants du groupe de comparaison (n= 129). Cette observation va dans le même sens que les résultats de l'étude de Fornari *et al.* (1999) qui observent que les adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques ne se distinguent pas sur le plan de leur perception concernant le fonctionnement de leur famille. Cependant, les deux sous-groupes perçoivent le fonctionnement de leur famille comme étant pathologique selon les seuils cliniques fixés par les concepteurs de l'outil.

3.2.2.2 Flexibilité familiale

La dimension de la flexibilité familiale est définie selon Olson (2009) comme « le degré de changement dans les rôles et les règles familiales ». À ce sujet, les participantes présentant un trouble des conduites alimentaires (n= 76) perçoivent leur famille comme moins flexible que les participants des groupes de comparaison (Vidović *et al.*, 2005). De même, il appert que les participantes présentant un trouble des conduites alimentaires perçoivent leur famille comme moins flexible que leurs mères (Vidović *et al.*, 2005). Par ailleurs, Cook-Darzens *et al.* (2005) n'observent pas de différence entre les familles anorexiques et les familles du groupe de comparaison sur le plan de la flexibilité familiale. Cependant, les pères de familles d'anorexiques (n= 40) perçoivent leur famille comme

plus flexible que les pères des familles de comparaison (Cook-Darzens *et al.*, 2005). Ces derniers résultats laissent donc entrevoir que les différents membres de la famille ont des perceptions différentes concernant le fonctionnement de leur famille sur cette dimension.

3.2.2.3 Relations entre les membres de la famille

On note de façon plus spécifique plusieurs insatisfactions au plan des relations entre les membres de la famille tant sur le plan de la satisfaction, de la communication, de la confiance, de la distance, de la colère, de la jalousie et des conflits. Les adolescentes anorexiques (n= 34) obtiennent des scores inférieurs aux sous-échelles « confiance » à l'égard de leur mère comparativement aux adolescentes du groupe de comparaison (n= 34) (Cunha *et al.*, 2009). De même, les adolescentes anorexiques vivent davantage de distance et de colère dans leur relation avec leur mère et leur père que les adolescentes du groupe de comparaison (Cunha *et al.*, 2009). Dans le même ordre d'idées, il apparaît que les participants présentant une anorexie mentale (n= 28) perçoivent davantage de contrôle maternel et rapportent plus d'antagonisme et de jalousie envers leurs sœurs comparativement à leurs sœurs ne présentant pas de trouble des conduites alimentaires (Murphy, Troop et Treasure, 2000). Par ailleurs, les membres de la fratrie dans les familles d'anorexiques (n= 40) rapportent vivre des relations familiales plus distantes comparativement au groupe de comparaison (n= 98) (Cook-Darzens *et al.*, 2005). Dans le même ordre d'idées, on observe que les individus présentant une anorexie mentale (n= 26) présentent des scores significativement plus élevés en ce qui a trait à la jalousie envers la fratrie (Dimitropoulos, Freeman, Bellai et Olmsted, 2013). Les mères d'adolescentes anorexiques (n= 25) perçoivent davantage de conflits dans leur famille comparativement aux mères d'adolescentes en santé (n=44) (Sim *et al.*, 2009). De plus, 45,6% de l'échantillon clinique (n= 57) dans l'étude de Ruuska ses collaborateurs (2007) rapportent vivre de l'insatisfaction par rapport aux relations avec la famille nucléaire.

Dans l'étude de Vidović *et al.* (2005), les participants présentant un trouble des conduites alimentaires (n= 76) ont décrit leur communication avec leur mère comme

moins satisfaisantes que les participants des groupes de comparaison (n= 129). Dans une autre étude visant à évaluer la qualité de la relation mère-fille chez des adolescentes anorexiques (n= 20) comparativement à des dyades mère-fille dont l'adolescente présente une autre forme de psychopathologie, Lattimore et ses collaborateurs (2000) observent que les dyades incluant les adolescentes présentant une anorexie mentale utilisent davantage la communication destructive (ont exprimé davantage de désagrément, de blâme, de lecture des pensées et d'affects négatifs et moins d'affects positifs) que les dyades de comparaison. En outre, on note que chez le groupe des adolescentes anorexiques, celles-ci tendent à manifester davantage de critique, de silence, d'expression des sentiments et d'affect négatif que leur mère. De même, il ressort que chez le groupe des adolescentes anorexiques, le taux de communication destructive dans les échanges entre mère et fille est plus élevé que le taux de communication constructive. Cependant, les deux groupes ne diffèrent pas significativement en ce qui a trait à l'habileté à faire des compromis, les critiques, la capacité à clarifier sa pensée, le soutien offert et l'expression des sentiments. Enfin, il ressort que les participantes (n= 57) présentant une anorexie de type boulimique avec purge et leurs parents ont décrit leur famille comme vivant davantage de conflits que les parents des participants du groupe de comparaison (n= 57) (Stern *et al.*, 1989).

3.2.2.4 Expression de soi dans la famille

Au plan de l'expression de soi dans la famille, les participants présentant une anorexie de type boulimique avec purge (n= 13), une anorexie restrictive (n= 20) et une boulimie (n= 24) obtiennent un score inférieur aux participants du groupe de comparaison (n= 57) (Stern *et al.*, 1989).

3.2.2.5 Exercice des rôles parentaux et relations entre les parents

Sur le plan de l'exercice des rôles parentaux et des relations entre les parents, on note que les mères d'adolescentes anorexiques (n = 25) perçoivent une moins bonne alliance parentale (le sentiment de faire équipe avec son conjoint) que le groupe de

comparaison (n= 44) (Sim *et al.*, 2009). De même, il ressort que les couples ayant un enfant présentant un trouble des conduites alimentaires (n= 74) reconnaissent vivre moins de satisfaction conjugale que les couples des groupes de comparaison (n= 73) (Espina, de Alda et Ortego, 2003). Enfin, on note que les pères d'adolescentes anorexiques (de type restrictif et de type boulimique avec purge) (n= 43) tendent à être moins satisfaits de leur relation de couple que les pères d'adolescentes boulimiques (n= 31) et les pères des deux groupes de comparaison (n= 73) selon l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976, 1989).

En ce qui a trait à l'exercice des rôles parentaux, les mères d'adolescentes anorexiques (n= 25) obtiennent des scores inférieurs aux sous-échelles de sentiments d'efficacité et de satisfaction dans l'exercice du rôle parental comparativement aux mères d'adolescentes en santé (n= 44) (Sim *et al.*, 2009).

3.2.2.6 Réactions de la famille face aux événements perçus comme aversifs

Sur le plan des réactions des familles face aux événements stressants, on note que les familles d'anorexiques (n= 34) sont moins en mesure de redéfinir les événements stressants dans le but de mieux s'y adapter que les familles du groupe de comparaison (n= 34) (Cunha *et al.*, 2009). Par ailleurs, ces familles seraient plus ouvertes à recevoir de l'aide. En effet. Il ressort, selon le point de vue des adolescentes anorexiques et des adolescentes du groupe de comparaison que les familles des adolescentes anorexiques seraient davantage ouvertes à recevoir et à rechercher de l'aide et présenteraient un plus grand sens des responsabilités et d'autocritique que les familles du groupe de comparaison (Cunha *et al.*, 2009).

3.2.2.7 Caractéristiques personnelles des parents

Sur le plan des caractéristiques personnelles des parents, l'étude de Sim *et al.* (2009) indique que les mères d'anorexiques vivent davantage de symptômes dépressifs et

de sentiment d'inquiétude que les mères d'adolescentes diabétiques et les mères d'adolescentes en santé (Sim *et al.*, 2009).

3.2.2.8 Conclusions

Globalement, les résultats des études recensées indiquent que les familles d'adolescentes anorexiques sont moins cohésives et font preuve de moins de flexibilité que les familles d'adolescentes ne présentant pas de trouble des conduites alimentaires et que les adolescentes anorexiques tendent à vivre davantage de distance et de colère envers leur mère, à vivre davantage de jalousie envers leur(s) sœur(s), à percevoir davantage de contrôle maternel et à vivre davantage de conflits familiaux que les adolescentes sans pathologie alimentaire. En outre, les adolescentes présentant un trouble des conduites alimentaires décrivent leur communication avec leur mère comme moins satisfaisante que les adolescentes sans pathologie alimentaire et tendent à utiliser davantage un style de communication destructive que constructive. Les mères d'adolescentes anorexiques disent vivre des niveaux inférieurs de sentiment d'efficacité et de satisfaction dans l'exercice du rôle parental lorsque comparées aux mères d'adolescentes en santé. L'alliance parentale semble moins solide chez les familles d'adolescentes anorexiques, et les conjoints rapportent vivre moins de satisfaction conjugale lorsque comparés à des couples n'ayant pas d'enfant présentant une pathologie alimentaire. Enfin, les familles d'adolescentes anorexiques seraient moins en mesure de redéfinir les événements stressants dans le but de s'y adapter. Par contre, elles seraient plus ouvertes à rechercher et à recevoir de l'aide et présenteraient un plus grand sens de l'autocritique et des responsabilités que les familles d'un groupe de comparaison.

3.3 Limites des études

Les études recensées présentent certaines limites méthodologiques qui affectent la validité interne et externe des leurs résultats.

D'abord, il importe de souligner que la grande majorité des études recensées portent sur des échantillons d'adolescentes anorexiques relativement petits, ce qui limite la validité externe des résultats et donc leur généralisation (Casper *et al.*, 2001 ; Ciao *et al.*, 2015 ; Cook-Darzens *et al.*, 2005 ; Cunha *et al.*, 2009 ; Delannes *et al.*, 2006; Dimitropoulos *et al.*, 2013 ; Erol, *et al.*, 2007 ; Garfinkel *et al.*, 1983 ; Gowers *et al.*, 1999 ; Halvorse *et al.*, 2013 ; Lattimore *et al.*, 2000; Murphy *et al.*, 2000; Ruuska *et al.*, 2007 ; Sim *et al.*, 2009 ; Stern *et al.*, 1989).

En outre, plusieurs études portent sur un nombre limité de dimensions sur le plan du fonctionnement familial, ce qui ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble du fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques (Casper *et al.*, 2001 ; Ciao *et al.*, 2015 ; Cook-Darzens *et al.*, 2005 ; Dancyger *et al.*, 2005; Delannes *et al.*, 2006; Erol, *et al.*, 2007 ; Espina *et al.*, 2003 ; (Fornari *et al.*, 1999) ; Garfinkel *et al.*, 1983 ; Halvorse *et al.*, 2013 ; Murphy *et al.*, 2000; Ruuska *et al.*, 2007 ; Stern *et al.*, 1989).

Par ailleurs, plusieurs chercheurs utilisent un seul répondant pour rendre compte du fonctionnement des familles, ce qui peut contribuer à limiter la validité interne des études (Ciao *et al.*, 2015 ; Cunha *et al.*, 2009 ; Erol, *et al.*, 2007 ; Fornari *et al.*, 1999 ; Lattimore *et al.*, 2000; Ruuska *et al.*, 2007 ; Stern *et al.*, 1989 ; Vidović *et al.*, 2005).

Dans un autre ordre d'idées, on note que bien que certains chercheurs tiennent compte des différences généralement observées entre les anorexiques restrictives et boulimiques (Casper *et al.*, 2001 ; Stern *et al.*, 1989 ; Fornari *et al.*, 1999 ; Espina *et al.*, 2003), d'autres ne tiennent pas compte des différences entre ces deux sous-groupes cliniques lors du recrutement de leurs participants (Ciao *et al.*, 2015 ; Cook-Darzens *et al.*, 2005 ; Delannes *et al.*, 2006; Dimitropoulos *et al.*, 2013 ; Erol, *et al.*, 2007 ; Gowers *et al.*, 1999 ; Halvorse *et al.*, 2013 ; Lattimore *et al.*, 2000; Murphy *et al.*, 2000 ; Ruuska *et al.*, 2007 ; Sim *et al.*, 2009 ; Vidović *et al.*, 2005). En outre, bien que d'autres aient spécifié lors de la description de leur échantillon la présence de ces deux sous-groupes cliniques, leurs données ont été traitées sans faire d'analyses comparatives entre eux

(Cunha *et al.*, 2009 ; Dancyger *et al.*, 2005; Garfinkel *et al.*, 1983), ce qui limite la description des familles selon les sous-types cliniques d'anorexiques.

Enfin, dans la totalité des études recensées, aucun chercheur ne porte son attention sur l'identification de sous-groupes cliniques distincts à l'intérieur d'une même catégorie diagnostique.

3.4 Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude vise à identifier et à décrire différents profils chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive. À titre exploratoire, nous allons tenter d'établir s'il y a une relation entre la sévérité des profils cliniques et la sévérité du trouble tel qu'évalué par l'IMC. Cet objectif secondaire se justifie par le fait qu'il y a un certain débat dans les écrits scientifiques concernant cette question.

Les résultats de cette étude permettront 1- d'améliorer les connaissances sur le fonctionnement des familles des adolescentes anorexiques, 2- de développer des interventions différenciées selon ces profils familiaux et, 3- ultimement, d'améliorer l'impact des interventions.

CHAPITRE 4- PRESENTATION DU CADRE D'ANALYSE

Rappelons que l'objectif de notre étude vise à identifier et décrire différents profils familiaux chez les adolescentes présentant une anorexie restrictive. Dans le cadre de ce chapitre, nous présentons deux modèles d'évaluation de la famille sur lesquels nous nous appuyons pour réaliser cette étude soit le modèle circomplexe de Olson *et al.* (2006) et le modèle du fonctionnement familial de Epstein *et al.* (1983). Suivra une présentation d'un modèle intégrateur de ces deux modèles d'évaluation des familles proposé par Favez (2010). Le choix de ces deux modèles se justifie par leur importance dans le domaine du service social et de la thérapie familiale. Il s'agit des deux modèles les plus couramment cités (voir la recension des écrits).

L'information présentée dans ce chapitre servira de base dans la sélection des dimensions du fonctionnement de la famille que nous intégrerons lors du choix des variables à considérer de l'analyse de nos résultats. Tous ces modèles d'évaluation sont basés sur la théorie générale des systèmes développée par Von Bertalanffy (1957).

4.1 Le modèle « circomplexe » d'Olson

Développé par Olson et son équipe (Olson, Sprenkle et Russell, 1979), le modèle « circomplexe » de la famille comprend trois dimensions, soient la cohésion, la flexibilité et la communication. Le titre du modèle consiste en la contraction du mot circulaire (chaque dimension étant curvilinéaire, donc alliant à la fois un continuum linéaire et une circularité) et complexe (traduisant la complexité du fonctionnement familial).

Ce modèle décrit la cohésion familiale comme étant « l'attachement qui unit les membres du couple et de la famille » (Favez, 2010, p.136). Le concept de cohésion comprend cinq niveaux de fonctionnement, lesquels visent à situer la famille et le couple sur un continuum allant de la séparation à l'unité familiale. Les liens émotionnels, l'engagement familial, la relation conjugale, les relations parents-enfants, les limites internes et les limites externes de la famille (Favez, 2010) sont les variables identifiées

par Olson afin de classer la famille selon cinq degrés de cohésion. Sur un continuum allant du niveau de cohésion le plus faible au niveau le plus élevé, la famille est ainsi décrite comme « désengagée/déconnectée », « quelque peu connectée », « connectée », « très connectée », ou « enchevêtrée ». Une cohésion optimale indique qu'il y a un équilibre entre la capacité pour les membres de la famille à développer leurs propres intérêts, à fréquenter des individus en dehors du noyau familial (indépendance) d'une part et, d'autre part, à rechercher le réconfort et la proximité à l'intérieur du même noyau (dépendance). Les deux niveaux extrêmes sont considérés comme problématiques, alors que tendre vers le centre caractériserait une famille davantage en mesure de composer avec les situations stressantes et les tâches développementales auxquelles sont confrontées les familles au cours de leur évolution.

La flexibilité réfère au « degré de changement dans les rôles et les règles familiales » (Favez, 2010, p.137). Le leadership démontré par le couple parental, la discipline, les négociations, la répartition des rôles, et les règles de fonctionnement traduisent le niveau de flexibilité du système familial (Olson, 1988). Toujours selon un continuum, la flexibilité présente cinq niveaux allant de « rigidité/inflexibilité » lorsque très basse, à « quelque peu flexible », « flexible », « très flexible » et enfin « chaotique/trop flexible ». Les deux niveaux extrêmes sont aussi considérés comme problématiques, alors que les niveaux tendant vers le centre sont considérés comme « équilibrés ». Un niveau de flexibilité optimal décrit une famille en mesure de maintenir une structure, mais aussi de s'ajuster en fonction des événements de vie (Olson, 1988). Ainsi, un événement stressant pourra faire en sorte que la famille fasse preuve de davantage de rigidité dans le but de s'y adapter pour ensuite revenir à un niveau plus flexible ensuite.

Le concept de communication tient pour sa part un rôle « modérateur » ou de « facilitateur » (Favez, 2010). C'est la qualité de la communication qui permet à la famille de transiger à travers les niveaux de cohésion et de flexibilité. Une communication ouverte permet de passer plus aisément d'un niveau à un autre en fonction des événements de vie,

ou des tâches développementales du cycle de vie familiale pour ensuite revenir à un niveau « équilibré » lorsque la crise est résorbée. La communication est évaluée en mesurant les habiletés d'expression de soi, d'écoute de l'autre, d'ouverture envers l'autre, de clarté, de continuité (habileté à conserver un sujet de discussion), de respect et de considération pour l'autre (Olson, 2000).

4.2 Le modèle du fonctionnement familial de McMaster

Le modèle du fonctionnement familial de McMaster, développé par Nathan Epstein, dès les années 1950, vise à déterminer quelles dimensions du fonctionnement familial ont une incidence (favorable ou défavorable) sur la santé (émotionnelle et physique) des membres (Favez, 2010). Les principaux postulats du modèle soulignent (1) l'interdépendance des membres du système familial, (2) l'importance de s'intéresser à la fois à chacune des parties du système tout comme au système dans sa globalité, (3) le rôle de la structure et de l'organisation du système dans la détermination des comportements de ses membres et (4) l'influence des « modes transactionnels » sur le comportement individuel. Selon ce modèle, la famille occupe un rôle fonctionnel, c'est-à-dire qu'elle doit remplir et répondre à des tâches relatives à trois domaines, soient les tâches de base (instrumentales, c'est-à-dire fournir des repas, un toit et des vêtements à ses membres), les tâches développementales (étapes du cycle de vie, par exemple redéfinir les frontières familiales à l'adolescence dans le but d'accroître l'autonomie et l'indépendance de l'adolescent), et les tâches accidentelles (événements stressants imprévus, par exemple, la maladie ou les accidents). Afin de bien saisir de quelle façon la famille est en mesure de répondre à ces tâches, le modèle évalue six dimensions, soient la résolution de problèmes, la communication, la répartition des rôles, la réponse affective, l'implication affective et le contrôle du comportement.

La résolution de problèmes consiste en « la capacité de la famille à résoudre les problèmes qui lui sont posés, tout en maintenant un fonctionnement efficace » (Favez, 2010, p.194). Selon Epstein, les problèmes sont instrumentaux (tâches de base de la famille) et affectifs (gestions des émotions dans les relations familiales). La résolution des

problèmes instrumentaux est un préalable à la gestion des problèmes d'ordre affectif. Ainsi, une famille fonctionnelle peut présenter de nombreux problèmes, mais être en mesure d'y répondre et de les résoudre. Le fait de présenter des difficultés à ce niveau se traduit par le fait de « trainer » des problèmes non résolus. Il importe d'analyser comment la famille tente de répondre aux problèmes rencontrés sous l'angle du processus (stratégies utilisées et rythme) et non du contenu (le problème en soi).

La communication, à la fois verbale et non verbale, relève également de deux ordres : les sujets instrumentaux et les sujets affectifs. Une communication optimale est claire et directe, c'est-à-dire que les messages sont formulés de façon non ambiguë (par opposition à vague ou camouflé) et adressés directement à la personne concernée (par opposition à sa transmission par quelqu'un d'autre) (Favez, 2010). Une famille fonctionnelle serait donc caractérisée par une communication claire et directe, alors que les familles présentant des difficultés privilégieraient une communication masquée et indirecte, plus souvent dans le cas de sujets affectifs (Epstein, Bishop et Levin, 1978).

La répartition des rôles se définit par la façon par laquelle les membres de la famille remplissent leurs fonctions, lesquelles sont relatives à la provision des ressources (argent, nourriture, logis), au soutien émotionnel des membres, à la gratification sexuelle adulte (désir et satisfaction du couple parental au plan sexuel), au développement personnel (croissance et accomplissements des membres) et à la gestion du système familial (processus de décision, par exemple, respect et maintien des règles familiales, relations avec l'environnement extrafamilial tel que l'école). Ainsi, le modèle s'intéresse à « qui remplit ces rôles », « comment ils sont remplis », « comment ils sont distribués », et « comment la famille vérifie que les fonctions associées aux rôles sont remplis » (Favez, 2010, p.196). Dans une famille fonctionnelle, la répartition des rôles est caractérisée par la souplesse ; les personnes peuvent donc se substituer les unes aux autres dans une certaine mesure.

La réponse affective correspond à la capacité de la famille de réagir émotionnellement de façon adéquate à un stimulus donné. La « palette émotionnelle » (nombres d'émotions différentes pouvant être exprimées) (Favez, 2010), ainsi que l'adéquation entre l'émotion et le stimulus sont considérés. Subséquemment, la réaction émotionnelle est-elle excessive, proportionnée, ou insuffisante ? Toutes les palettes d'émotions peuvent être ressenties (émotions « d'assistance » et émotions « d'urgence ») ; les familles fonctionnelles se distinguent par l'intensité et la durée adéquate de l'émotion par rapport à la situation.

L'implication affective renvoie quant à elle à l'intérêt que les membres de la famille démontrent les uns envers les autres. Le niveau d'implication affective se situe de l'absence d'intérêt envers les autres à l'implication symbiotique, caractérisée par la confusion entre le Soi et l'autre. Les familles fonctionnelles sont caractérisées par une implication empathique.

La dernière dimension est le contrôle du comportement. Ce dernier s'exerce dans le cas d'un danger physique, lors de l'expression de besoins physiologiques et lors de situations requérant des comportements socialement adéquats (dans la famille ou à l'extérieur de cette dernière). Le contrôle des comportements peut être rigide, flexible, « laisser-faire », ou chaotique. Les familles fonctionnelles tendent à exercer un contrôle flexible (en fonction des situations).

Enfin, le conceptualisateur du modèle considère que « les modes transactionnels de la famille sont des variables plus fortes dans la prédiction des comportements individuels que les variables intrapsychiques » (Pauzé et Petitpas, 2013, p.16). De plus, la santé mentale des enfants n'est assurée que par une relation chaleureuse et ouverte émotionnellement entre les parents. La relation entre les parents agirait à titre de modérateur afin d'atténuer les effets d'une psychopathologie chez le ou les parents sur l'enfant (Favez, 2010).

4.3 Intégration des modèles et synthèse

Les modèles du fonctionnement familial décrits précédemment s'intéressent d'une part aux processus transactionnels de la famille, et d'autre part aux aspects fonctionnels de cette dernière. La famille n'est donc pas considérée dans une dualité santé/pathologie. Elle est plutôt considérée sous un angle adaptatif. La famille est un système en constante adaptation. Il importe de plus de considérer ses différentes dimensions en les situant sur un continuum. Ainsi, la famille peut ainsi adopter des modes pouvant être considérés comme pathologiques (devenir très cohésive dans les moments de stress intense), pour ensuite revenir à un niveau plus équilibré, propice au bon fonctionnement familial, au développement de ses membres. C'est cette capacité adaptative qui caractérise la famille « fonctionnelle ». Le moment développemental dans lequel se trouve la famille doit enfin être pris en compte ; par exemple, l'anorexie mentale, survient surtout à l'adolescence, un moment de transitions et de défis développementaux tant sur le plan individuel que familial.

Dans son ouvrage répertoriant les principaux modèles du fonctionnement familial, Favez (2010) propose un modèle intégrateur de ces deux modèles d'évaluation de la famille. Ce modèle comprend cinq dimensions principales, soient la distance émotionnelle (1), la flexibilité (2), la communication (3), la bienveillance émotionnelle (4) et l'organisation temporelle (5).

La distance émotionnelle (1) (ou cohésion), située sur un continuum de distance et de proximité entre les membres, doit être équilibrée afin de favoriser à la fois l'autonomie et l'unité familiale. La flexibilité (2) doit être suffisante pour permettre l'ajustement aux demandes de l'environnement et aux demandes internes ; son niveau optimal se situe à mi-chemin entre la stabilité et le changement. À titre d'exemple, les règles familiales peuvent être claires et définies dans certains domaines tels que la scolarité des enfants, alors qu'elles peuvent être plus souples en ce qui a trait aux loisirs et au réseau d'amis. La communication (3) consiste en la « capacité de produire des réponses adaptées (...) et

d'échanger des informations claires et sans ambiguïté » (Favez, 2010, p.315). Une communication optimale permet de plus à chacun des membres du système familial de prendre position. La bienveillance émotionnelle (4) regroupe la chaleur, l'empathie et la compréhension et l'acceptation ressenties et exprimées par les membres à l'endroit les uns des autres. Enfin, l'organisation temporelle (5) traduit la chronologie, ou la succession des événements traversés par la famille et par ses membres. Les aspects transgénérationnels, de façon plus large, les événements vécus dans le cycle de vie familiale, ou les séquences interaction/comportement, observables à plus petite échelle, caractérisent cette dimension.

La relation entre les modèles de Olson, d'Epstein et celui de Favez est illustrée dans le tableau qui suit. Les principales dimensions y sont organisées selon qu'elles correspondent entre elles selon les modèles présentés précédemment.

Tableau 1
Synthèse des dimensions du fonctionnement familial selon les modèles théoriques

« Métamodèle » de Favez	Modèle circomplexe d'Olson	Modèle du fonctionnement familial de McMaster
Distance émotionnelle	Cohésion	---
Flexibilité	Adaptabilité/Flexibilité	Rôles, contrôle du comportement et résolution de problèmes
Communication	Communication	Communication
Bienveillance émotionnelle	---	Réponse affective, Implication affective
Organisation temporelle	---	---

4.4 Dimensions du fonctionnement familial retenues dans la présente étude

Les données utilisées dans le cadre de notre étude sont des données secondaires tirées de l'étude de Pauzé et ses collaborateurs (2011). Nous n'avons donc pas eu la possibilité d'inclure des instruments de mesure permettant de mesurer toutes ces facettes du fonctionnement familial. Cependant plusieurs d'entre elles seront prises en considération notamment la cohésion et la flexibilité familiales, la qualité de la

communication incluant l'expression des émotions. D'autres dimensions que celles retenues dans ce tableau seront prises en compte soit la qualité de la relation parents-jeune et la présence de conflits conjugaux. Ces deux dernières dimensions rejoignent celles incluses dans quelques-unes des études recensées (Cunha *et al.*, 2009 ; Espina *et al.*, 2003; Halvorse *et al.*, 2013; Sim *et al.*, 2009).

CHAPITRE 5- MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE

Le mémoire vise à exploiter des données secondaires anonymisées tirées d'une étude longitudinale d'envergure sous la direction de Robert Pauzé, professeur titulaire à l'École de service social de l'Université Laval. Cette étude longitudinale vise à documenter l'évolution des adolescentes bénéficiant de services pour une anorexie mentale. Elle est réalisée en collaboration avec divers centres hospitaliers universitaires œuvrant dans le domaine des troubles des conduites alimentaires soit le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de Santé McGill et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

5.1. Devis de recherche de l'étude principale

5.1.1 Population étudiée

La population à l'étude comprend les adolescentes présentant un trouble des conduites alimentaires admises dans les cliniques spécialisées précitées et leur famille entre juin 2006 et décembre 2015.

5.1.2 Procédure de sélection des participants

Les critères d'inclusion sont les suivants: 1- le patient et sa famille acceptent de recevoir des services d'une clinique de troubles des conduites alimentaires de l'un des CHU; 2- le patient présente un diagnostic de trouble des conduites alimentaires selon les critères du DSM-IV (APA, 2003); 3- le patient est âgé de moins de 18 ans au moment de l'admission dans les services des Cliniques de troubles des conduites alimentaires; 4- le patient et ses parents consentent à participer à la recherche; 5- le patient et ses parents sont capables de lire et de comprendre le français ou l'anglais; 6- le patient et ses parents acceptent de remplir l'ensemble des questionnaires d'évaluation.

5.1.3 Méthode de collecte des données

La procédure d'évaluation est invariante selon les CHU participant à la collecte de données. Dans un premier temps, un pédiatre spécialisé dans le domaine des troubles des conduites alimentaires réalise une évaluation médicale. Il pose le diagnostic de trouble des conduites alimentaires approprié en fonction des critères diagnostiques du DSM-IV-R (APA, 2003). Dans les semaines suivant la première évaluation médicale, le patient et ses parents répondent à une série de questionnaires permettant d'évaluer différentes caractéristiques psychologiques, familiales et sociales liées aux troubles des conduites alimentaires. Les questionnaires sont remplis de façon informatisée, puis les données sont anonymisées et compilées automatiquement dans le logiciel SPSS. Au total, 90 minutes sont nécessaires pour le patient et 45 minutes pour chacun des parents afin de répondre à l'ensemble des questionnaires. Ceux-ci sont remplis à nouveau par les répondants tous les 12 mois suivant l'admission pour une période de cinq ans.

CHAPITRE 6 – MÉTHODOLOGIE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

6.1 Devis de recherche de la présente étude

6.1.1 Critères de sélection du sous-échantillon

Le présent mémoire concerne uniquement les adolescents (âgés de 12 à 17 ans) présentant une anorexie restrictive. Les données sur lesquelles seront réalisées nos analyses portent uniquement sur des dimensions du fonctionnement familial selon le point de vue des adolescentes. Ce choix se justifie en raison de l'utilisation du point de vue des adolescentes dans la grande majorité des études recensées (15 des 19 études). Nos données seront donc comparables à la grande majorité des études recensées.

Seules les adolescentes présentant une anorexie restrictive ont été retenues. Ce choix se justifie par le fait que plusieurs études tendent à démontrer des différences entre les anorexiques restrictives et les anorexiques boulimiques sur plusieurs dimensions dont les dimensions du fonctionnement familial. Ces deux entités nosographiques étant considérées distinctes sur le plan des critères diagnostiques, il a été jugé pertinent de porter notre attention sur un sous-groupe clinique bien délimité.

6.1.2 Principales caractéristiques de l'échantillon

Tel que présenté dans le tableau ci-dessous, l'échantillon se compose de 181 adolescentes âgées en moyenne de 14 ans (écart-type de 2,33). L'IMC des adolescentes se situe entre 11.59 kg/m² et 22.18 kg/m², pour une moyenne de 16.15 kg/m² (écart-type= 2,17). La grande majorité des familles sont intactes (90,6%) et deux familles sur trois bénéficient d'un revenu annuel supérieur à 80,000\$. Les parents ont une scolarité post-secondaire dans une forte proportion (78,5% des mères et 68,2% des pères). Globalement,

il s'agit en bonne partie de familles dont le revenu familial moyen se situe au-delà du salaire moyen des familles québécoises⁴.

Tableau 2
Principales caractéristiques de l'échantillon

Principales caractéristiques de l'échantillon	n= 181
Âge moyen des adolescentes	14,72 (s= 2,34)
Indice de masse corporelle moyen au début du traitement ⁵	16,16 ⁶ (s= 2,17)
Types de famille	
• Intacte	90,6%
• Reconstituée	9,4%
Revenu annuel familial	
• Entre 60,000\$ et 79,999\$	18,6%
• 80,000\$ et plus	63,5%
Scolarité des mères ou figures maternelles	
• Post-secondaire	78,5%
• Secondaire	28%
Scolarité des pères ou figures paternelles	
• Post-secondaire	68,2%
• Secondaire	14,6%

⁴ Selon les données de Revenu Québec, 85,14% des familles québécoises en 2013 bénéficiaient d'un revenu annuel inférieur à 70,000\$.

⁵ L'indice de masse corporelle consiste en le rapport entre le poids et la taille et sert à établir le seuil de sévérité de l'anorexie mentale selon le DSM. Le seuil de sévérité est établi, chez les enfants et les adolescents, à partir du rang centile d'IMC. Chez l'adulte, le niveau de sévérité est établi à partir de l'échelle suivante : **Léger** : IMC \geq 17 kg/m², **Modéré** : IMC 16 – 16,99 kg/ m², **Sévère** : IMC 15 – 15,99 kg/m², **Extrême** : IMC < 15 kg/m². (APA, 2003)

6.1.3 Description des instruments de mesure retenus

Le tableau suivant donne un aperçu des dimensions familiales qui seront considérées dans notre étude ainsi que les questionnaires utilisés. Suivra la description des instruments de mesure.

Tableau 3
Dimensions mesurées et questionnaires utilisés

Dimensions évaluées	Questionnaires utilisés
Ratio de cohésion familiale	
Ration de flexibilité familiale	Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES-IV de Olson, Gorall et Tiersen, 2006)
Qualité de la communication	
Expression des émotions négatives dans la famille	Self-Expressiveness in the Family Questionnaire (SEFQ; Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke et Fox, 1995).
Expression des émotions positives dans la famille	
Qualité de la relation de la jeune avec son père et avec sa mère	Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) (Armsden et Greenberg, 1987)
Exposition à des conflits conjugaux	Children Perception of Interparental Conflict Scale (CPIC) élaboré par Grych, Seid et Fincham (1992)

6.1.3.1 Cohésion, flexibilité et communication familiales : FACES-IV

Le ratio de cohésion (combinaison des échelles de cohésion balancée/ enchevêtrement + le désengagement), le ratio de flexibilité (combinaison des échelles de flexibilité balancée/ la rigidité + le chaos) et la qualité de la communication familiales sont évaluées à l'aide du FACES-IV. Ce questionnaire est la dernière version d'un outil de mesure familiale autocomplété construit afin de mesurer la cohésion (la qualité des liens entre les membres de la famille) et la flexibilité familiale (la qualité du leadership et

de l'organisation familiale) (Olson *et al.*, 2006). L'échelle contient 42 énoncés de type Likert en cinq points comprenant des choix allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Six échelles ont été développées, dont deux échelles balancées (cohésion balancée et flexibilité balancée) et quatre non balancées (désengagement, enchevêtrement, rigidité et chaos) construites dans le but d'apprécier les extrêmes dans la cohésion (enchevêtrement et désengagement) et la flexibilité (rigidité et chaos). Deux autres échelles supplémentaires évaluent respectivement la communication familiale (10 énoncés) et la satisfaction du répondant face à diverses sphères de sa famille (10 énoncés). Dans le cadre de la présente étude, seules les sous-échelles ratio de cohésion⁷, ratio de flexibilité et communication seront utilisées.

Sur le plan des propriétés psychométriques, la cohérence interne des six échelles du fonctionnement familial varie entre 0.77 et 0.89. Au plan de la capacité de l'instrument de discriminer les familles problématiques de celles ne présentant pas de difficultés, le FACES-IV a permis d'identifier correctement entre 55% et 94% des sujets dans les deux groupes. La validité apparente a été obtenue par les cotations de thérapeutes familiaux et la validité de construit a été établie par l'analyse factorielle.

6.1.3.2 Expression des émotions

L'expression des émotions dans la famille est évaluée à l'aide du *Self-Expressiveness in the Family Questionnaire (SEFQ)*; Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke et Fox, 1995). L'instrument a été conçu pour examiner la fréquence de l'expression émotionnelle positive et négative à l'intérieur de la famille. Les 40 scénarios hypothétiques élaborés dans le questionnaire représentent un éventail d'émotions dans une variété de contextes typiques à plusieurs familles. Les répondants encerclent leur réponse parmi une échelle Likert en 9 points allant de « Jamais ou rarement » à « Souvent ou très

⁷ Le choix de l'échelle de ratio de cohésion et de ratio de flexibilité se justifie par le fait que ces dimensions sont la combinaison des trois sous-échelles de la cohésion et des trois sous-échelles de la flexibilité.

souvent ». Les auteurs ont identifié 2 facteurs principaux, soit le facteur positif (émotion à teneur affective agréable) et le facteur négatif (émotion à teneur affective désagréable).

Quatre études se sont penchées sur la fidélité et la validité de l'instrument. Celles-ci ont tout d'abord reproduit la solution à deux facteurs qui a été retenue par les auteurs. Ensuite, elles ont établi que la cohérence interne de même que la stabilité temporelle sur 8 mois et 1 an du *SEFQ* sont satisfaisantes. La validité de l'instrument semble également prometteuse. Ainsi, la forte corrélation avec l'*Anger Expression Scale* a contribué à renforcer la validité convergente. De plus, la validité discriminante a été démontrée par le manque de relation avec la désirabilité sociale et la suppression de la colère. Aussi, cinq études utilisant le *SEFQ* ont prédit et obtenu des associations significatives entre l'expressivité des parents et celle des enfants, les habiletés sociales et la popularité, suggérant que l'instrument mesure bien ce qu'il prétend évaluer (Boyum, 1991; Cassidy et Parke, 1989; Cassidy *et al.*, 1992, Halberstadt *et al.*, 1993; Stifter et Grant, 1993; Zivin, 1992).

6.1.3.3 *Qualité de la relation jeune-parents*

La qualité de la relation jeune-parents (point de vue du jeune) est évaluée à l'aide de l'*Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)* d'Armsden et Greenberg (1987). L'instrument vise à mesurer l'importance relative de l'attachement aux parents. L'*IPPA* comprend 28 énoncés pour mesurer l'attachement de l'adolescent face à chacun de ses parents. Les énoncés sont répartis en 3 sous-échelles : confiance (reflète le degré de compréhension mutuelle et de respect), communication (mesure l'étendue de la communication orale) et l'aliénation (évalue les sentiments de colère et d'isolement interpersonnel). Les énoncés sont répondus selon une échelle Likert à 5 points allant de « jamais ou presque jamais vrai » à « presque toujours vrai ». Un score global faible à ce questionnaire est un indice d'un attachement insécuré.

Au niveau des qualités psychométriques de l'*IPPA*, Armsden et Greenberg (1987) rapportent que les échelles sont hautement corrélées, avec des coefficients allant de 0.76

à -0.40. Des coefficients alpha de 0.91, 0.91 et 0.86 ont été rapportés dans les sous-échelles de Confiance, Communication et Aliénation dans le questionnaire parent. Pour ce qui est du questionnaire concernant les amis, ces scores se situent à 0.91, 0.87 et 0.72 (Armsden et Greenberg, 1987). Cependant, des recherches subséquentes ont trouvé des scores plus faibles de fidélité (Lapsley, Rice et FitzGerald, 1990). Armsden et Greenberg (1987) ont rapporté une fidélité test-retest (délai de 3 semaines) obtenant des scores de 0.93 (attachement face aux parents) et 0.86 (attachement face aux amis).

Au regard de la validité, Armsden et Greenberg (1987) ont trouvé que les scores de l'*IPPA* concernant l'attachement envers les parents étaient corrélés significativement avec les niveaux rapportés de soutien, de conflits et de cohésion familiale et avec la tendance à rechercher l'aide des parents lorsque le jeune est en besoin. Les scores à l'*IPPA* parents et amis étaient également des prédicteurs significatifs de l'estime de soi, la satisfaction face à la vie, la dépression, l'anxiété, le ressentiment et l'aliénation.

6.1.3.4 Exposition du jeune à des conflits conjugaux

L'exposition du jeune aux conflits conjugaux est évaluée à l'aide du *Children Perception of Interparental Conflict Scale* (CPIC) élaboré par Grych, Seid et Fincham (1992). Seules les questions concernant l'intensité des conflits entre les parents ont été retenues (les énoncés retenus sont présentés dans le tableau 4) Ce questionnaire vise à évaluer la perception qu'a l'adolescent de l'intensité des conflits qui surviennent entre ses parents. Le jeune doit indiquer s'il considère que chacun des énoncés est « Vrai », « Parfois vrai » ou « Faux ». Bickham et Fiese (1997) ont observé les propriétés psychométriques du CPIC auprès d'un échantillon d'adolescents. Leur analyse factorielle confirme les trois facteurs principaux identifiés par Grych et coll. (1992), à savoir : (1) les caractéristiques des conflits (fréquence, intensité et résolution), (2) la menace perçue et (3) le sentiment de culpabilité. La cohérence interne des sous-échelles ainsi identifiées est évaluée à 0,95 pour les caractéristiques du conflit, 0,88 pour la menace perçue et à 0,85 pour le sentiment de culpabilité, tandis que la fidélité test-retest s'élève à 0,95, 0,86 et 0,81 pour les trois facteurs respectivement. Quant à la validité du CPIC, Bickham et Fiese

(1997) ont observé que la menace perçue était corrélée avec l'estime de soi, le sentiment de compétence et le sentiment d'identité chez les participants de leur échantillon. Pour leur part, Harold et coll. (1997) considèrent que le CPIC est un instrument fidèle et valide. La cohérence interne évaluée auprès des adolescents de l'échantillon FASS⁸ révèle un alpha de Cronbach de 0,79 pour la dimension « fréquence des conflits » et de 0,83 pour leur intensité. Du côté de la stabilité test-retest à intervalle d'un an, on obtient chez les 9 à 11 ans, un coefficient de 0,72 pour la fréquence et de 0,73 pour l'intensité. Chez les adolescents, ils sont respectivement de 0,74 et de 0,81.

6.1.4 Analyses statistiques

L'identification de différents profils cliniques chez les familles d'adolescentes anorexiques a été effectuée en utilisant la technique statistique d'analyse de classes latentes. Ce type d'analyse permet de déterminer s'il existe, dans un groupe donné, des sous-groupes présentant des similitudes non observables au plan clinique, mais présentes au plan statistique. L'analyse en classes latentes se distingue de l'analyse factorielle ou des modèles de régression en ce sens qu'elles impliquent des variables continues et non aléatoires. Ainsi, chaque classe regroupe les éléments homogènes d'un groupe (dans notre cas les caractéristiques du fonctionnement familial). Dans le présent projet de mémoire, les dimensions du fonctionnement familial retenues sont présentées dans le tableau suivant. Ces dimensions sont celles les plus fréquemment étudiées dans les études recensées. Dans le cadre de cette analyse, nous avons tenté d'identifier des profils sur la base de la présence ou non du problème dans les familles. Pour déterminer s'il y a présence ou non du problème dans la famille, nous avons utilisé les seuils cliniques généralement utilisés pour les instruments de mesure retenus. Ces seuils cliniques sont présentés dans le tableau suivant.

⁸ Il s'agit d'une étude réalisée par Pauzé et al. (2004) intitulée « Profil des jeunes recevant des services dans les centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps ».

Tableau 4
Seuils cliniques aux différentes sous-échelles

FACES-IV	
Sous-échelles	Seuils cliniques
Qualité de la communication	32 et moins (centile 32 et moins)
Ratio de cohésion familiale	1,5 et moins
Ratio de flexibilité familiale	1 et moins
Exposition à des conflits conjugaux	
Si le jeune dit Vrai à l'une des questions suivantes :	
3. Lorsque mes parents se disputent, ils crient beaucoup.	
4. Mes parents deviennent vrai ment enragés lorsqu'ils se disputent.	
5. Mes parents ont brisé ou lancé des choses au cours d'une dispute.	
6. Mes parents se sont poussés ou bousculés au cours d'une dispute.	
Attachement à l'égard du père et de la mère	
Confiance	21,7 et moins
Communication	20,2 et moins
Aliénation	16,2 et plus
Expression des émotions dans la famille	
Expression des émotions positives	131 et moins (ou 5,6 et moins)
Expression des émotions négatives	94 et plus (ou 5,6 et plus)

6.1.5 Aspects éthiques

La présente étude a reçu une exemption par les Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL) (Annexe B). La base de données (voir Devis de recherche de l'étude principale) regroupe des données anonymisées. L'accès à cette banque de données est restreint et les données sont confidentielles. Le projet de recherche initial dirigé par Robert Pauzé a reçu l'approbation des comités d'éthique à la recherche du Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke, du Centre Universitaire de Santé McGill et du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine. Initialement, les parents ont signé un formulaire de consentement et l'approbation de l'adolescent a été obtenue. Il importe de spécifier que le fait de refuser de participer au projet de recherche n'a aucun impact sur la qualité de soins reçus pour la famille. La possibilité de se retirer de la recherche à tout moment a de plus été exposée aux participants.

CHAPITRE 7 – RÉSULTATS

Dans cette section, nous présenterons dans l'ordre les résultats des analyses de classes latentes menées afin d'identifier différents profils chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale restrictive et les résultats des analyses visant à établir s'il y a une relation entre l'indice de la masse corporelle des adolescentes au début du traitement (un des indices servant à déterminer la sévérité du trouble alimentaire) et les différents profils familiaux identifiés.

7.1 Résultats de l'analyse de classes latentes

L'application de la technique statistique de classes latentes a permis d'identifier deux solutions possibles : une première proposant une formule à trois sous-groupes et une seconde à quatre sous-groupes. À la lecture des résultats, nous avons choisi de privilégier la version à trois sous-types, puisque cette forme de regroupement permettant d'augmenter la puissance statistique de chacun des sous-groupes sans affecter la composition de ces derniers. Les résultats de cette analyse de classes latentes sont présentés dans le tableau 5. Les pourcentages présentés dans le tableau indiquent la proportion de familles à l'intérieur du sous-groupe qui présentent un problème au niveau de la dimension mentionnée, c'est-à-dire qui se situe au-dessus du seuil clinique retenu. Rappelons que les analyses ont été faites en se basant sur le point de vue des adolescentes.

7.1.1.1 Sous-groupe 1. Des relations familiales détériorées

La lecture du tableau 5 permet de constater que le premier sous-groupe, qui compte pour 6,1% de l'échantillon, se caractérise par une faible cohésion familiale (100%) et une faible communication entre les membres de la famille (100%). En outre, on note que dans 72,1% des familles de ce sous-groupe, les membres expriment peu leurs émotions positives et que dans 73,4% des familles, les membres expriment davantage leurs émotions négatives. Par ailleurs, on observe que les adolescentes de ce sous-groupe reconnaissent vivre des difficultés importantes dans leur relation avec leur mère (faible

confiance : 51,7% ; faible communication : 90,1% ; aliénation : 84,2%). La relation avec le père semble également problématique (faible confiance : 56,7% ; aliénation : 100%). Enfin, il appert que dans une famille sur trois (32,7%), l'adolescente serait exposée à des conflits conjugaux. Globalement, ces familles se caractériseraient par des problèmes concernant l'engagement relationnel et la qualité de la communication entre les membres de la famille et des relations jeunes-parents difficiles.

Tableau 5
Classes latentes selon le point de vue des adolescentes

Dimensions	1	2	3
Proportion par classe	6,1%	27,6%	66,3%
Satisfaction de la communication	100%	55,8%	0,3%
Ratio de cohésion	100%	69,7%	4,6%
Ratio de flexibilité	29,6%	24,9%	0%
Émotions positives	72,1%	31,9%	6,9%
Émotions négatives	73,4%	40,6%	3,9%
Confiance envers la mère	51,7%	2,3%	0%
Communication envers la mère	90,1%	9,7%	2,3%
Aliénation envers la mère	84,2%	87,1%	32,8%
Confiance envers le père	56,7%	0%	0%
Communication envers le père	37,8%	0%	0%
Aliénation envers le père	100%	87,5%	18,2%
Exposition à des conflits conjugaux	32,7%	30,8%	6,4%

7.1.1.2 Sous-groupe 2. Un faible engagement relationnel dans la famille

Le profil clinique du deuxième sous-groupe, qui représente 27,6% de l'échantillon, se caractérise principalement par l'aliénation entre les adolescentes et leur mère (87,1%)

et leur père (87,55), une faible cohésion familiale chez deux familles sur trois (69,7%) et une moins bonne qualité de la communication entre les membres de la famille chez un peu plus d'une famille sur deux (55,8%). Globalement, ces familles semblent se caractériser par une distance et un faible engagement relationnel dans la famille.

7.1.1.3 Sous-groupe 3. Un fonctionnement familial non dysfonctionnel

Le dernier sous-groupe, représentant deux familles sur trois (66,3%), se caractérise par un fonctionnement familial majoritairement sain relativement aux échelles sélectionnées. Bien que 32,8% des adolescentes rapportent vivre de l'aliénation dans leurs relations avec leur mère, ce sous-groupe ne présente aucun problème notable.

7.2 Relation entre la sévérité du trouble et le fonctionnement familial

Tel que documenté par les auteurs consultés (Ciao *et al.*, 2015; Dimitropoulos *et al.*, 2013; Gowers *et al.*, 1999), et en raison d'une certaine controverse entre les chercheurs concernant la relation entre la sévérité des profils cliniques des familles et le degré de sévérité de l'anorexie mentale restrictive chez les adolescentes, nous avons tenté d'établir s'il y a une relation entre la sévérité du trouble des conduites alimentaires telle que mesurée par l'Indice de la masse corporelle (IMC) et les différents profils familiaux, les sous-groupes présentant des niveaux de sévérité distincts sur le plan du fonctionnement familial. Les données sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6
Scores moyens des IMC selon les profils familiaux

Classes	M	ÉT
1 (n= 11)	16.60	1.78
2 (n= 50)	16.18	1.95
3 (n= 120)	16.10	2.29
Total (n=181)	16.15	2.17

Les résultats de l'analyse de variance indiquent qu'il n'y a pas de différences entre les patientes des trois sous-groupes concernant leur IMC une année après leur entrée dans les services ($F= 0,28$, $p= 0,755$). Ainsi, nous pouvons affirmer qu'il n'existe pas de relation entre le degré de sévérité du trouble des conduites alimentaires (sur la base de l'IMC) et la sévérité des profils cliniques des familles.

CHAPITRE 8 – DISCUSSION

Rappelons que l'objectif de notre étude visait à identifier et à décrire différents profils chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale de type restrictif. L'étude visait également, à titre exploratoire, à tester la présence d'une relation entre la sévérité des profils cliniques du fonctionnement familial et la sévérité du trouble des conduites alimentaires tel qu'évalué par l'IMC.

8.1 Rappel des principaux résultats

Globalement, notre étude nous a permis d'identifier trois sous-groupes de familles. Le premier sous-groupe se caractérise par des problèmes concernant l'engagement relationnel et la qualité de la communication entre les membres de la famille et des relations jeunes-parents difficiles. Il est à noter que ce sous-groupe ne représente que 6,1% de l'échantillon. Le second sous-groupe se caractérise quant à lui par une distance relationnelle entre les membres de la famille, et ce, de façon marquée entre les adolescentes et leurs parents. Ce sous-groupe représente 27,6% de l'échantillon. Enfin, le troisième sous-groupe de familles semble présenter un fonctionnement normal selon les résultats aux questionnaires utilisés. Ce sous-groupe représente deux familles sur trois (66,3%). Enfin, il ne semble pas y avoir de relation entre la sévérité des profils cliniques des familles et la sévérité du trouble des conduites alimentaires telle que mesurée par l'indice de masse corporelle.

8.2 Discussion relative aux résultats obtenus

Le premier constat qui se dégage de ces analyses est que la population des familles des adolescentes anorexiques ne constitue pas un groupe homogène. Cette observation va dans le sens des études de Casper et Troiani (2001), Fornari *et al.*, (1999) ainsi que de Vidovic *et al.*, (2005) qui observent des différences de fonctionnement familial en fonction des sous-types d'anorexie mentale, soit l'anorexie restrictive et l'anorexie de type boulimique avec purge. Ce résultat va aussi dans le sens des études de Gowers *et al.*

(1999), ainsi que de Dancyger *et al.*, (2005) qui notent des différences de profils familiaux selon le point de vue des répondants. Les travaux de Cook-Darzens (2013 ; 2014) soulignent spécifiquement que les familles d'adolescentes présentant une anorexie présentent « des types et des niveaux de qualité de fonctionnement très variables, parfois proches d'un fonctionnement non pathologique (Cook-Darzens, 2013; p.42)». Les résultats de notre étude ne vont pas nécessairement dans le sens des études de Dimitropoulos *et al.* (2013) et de Ciao *et al.* (2015) qui observent la présence de profils distincts de familles selon le niveau de sévérité de l'anorexie mentale.

Les autres études recensées ont traité le groupe des adolescentes présentant une anorexie mentale comme homogène en le comparant à des groupes sans pathologie alimentaire ou présentant une autre condition de santé (Cook-Darzens *et al.*, 2005 ; Cunha *et al.*, 2009; Delannes *et al.*, 2006; Erol *et al.*, 2007; Espina, de Alda et Ortego, 2003; Halvorsen *et al.*, 2013; Lattimore *et al.*, 2000; Ruuska *et al.*, 2007; Sim *et al.*, 2009; Stern *et al.*, 1989). Ces divergences peuvent être expliquées en raison du fait que justement, ces études précitées ont traité le groupe des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale comme homogène en le comparant à des familles ne présentant pas de pathologie alimentaire. Ainsi, bien qu'il soit possible que les niveaux de fonctionnement soient plus problématiques chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale que dans les familles d'adolescentes sans pathologie alimentaire, ces niveaux de fonctionnement ne sont pas nécessairement au-dessus du seuil clinique. Nous savons désormais que le sous-groupe des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale est lui-même très hétérogène. Ainsi, réunir dans un même sous-groupe des familles présentant des relations très détériorées (dans une proportion de 6,1%) et des familles présentant des relations familiales sans problématique particulière (dans une proportion de 66,3%) tend à biaiser le portrait général de ce groupe. C'est d'ailleurs une des limites des analyses statistiques qui comparent les sous-groupes sur la base de moyennes de groupe. Cela contribue à englober tous les cas de figure possibles.

Le deuxième constat qui se dégage est qu'une majorité de familles ne semble pas présenter de difficultés significatives. Ce résultat va à l'encontre des résultats de l'étude de Minuchin qui a permis d'identifier cinq caractéristiques décrivant les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale, soit *l'enchevêtrement*, la *rigidité*, la *surprotection*, *l'absence de résolution de conflits* et la *triangulation*. Rappelons que cette étude est basée sur l'observation d'un nombre limité de cas d'anorexie (n= 25) suivis en milieu hospitalier. Ces jeunes étaient hospitalisés au moment de la collecte des données. Il est donc possible que l'échantillon ait été composé de situations cliniques plus sévères que dans notre propre échantillon, pour notre part principalement composé de jeunes suivis en clinique externe. De plus, contrairement aux études recensées dans lesquelles les répondants sont les adolescentes ou leurs parents, ce sont les thérapeutes qui analysaient le fonctionnement de ces familles dans un contexte contrôlé dans l'étude de Minuchin *et al.* (1978). Ainsi, peut-être que l'écart entre l'étude de Minuchin et ses collaborateurs (1978) et la nôtre s'explique par l'identité du répondant, les chercheurs ayant une vision possiblement plus négative du fonctionnement des familles que les membres des familles eux-mêmes. D'ailleurs, les différences entre les répondants ont été mises en évidence dans deux études que nous avons recensées (Dancyger *et al.*, 2005; Gowers *et al.*, 1999).

L'étude de Minuchin *et al.* (1978) émettait par ailleurs une hypothèse relative à la fonction relationnelle de l'anorexie mentale chez ces familles. Nos résultats vont quant à eux dans le sens des études qui montrent que les familles des adolescentes anorexiques ne se caractérisent pas par des problèmes particuliers (Casper et Troiani, 2001 ; Cook-Darzens; 2013 ; 2014; Cook-Darzens *et al.*, 2002 ; 2005 ; Sim *et al.*, 2009), et que, lorsque des problématiques sont présentes, elles ne vont pas nécessairement dans le sens des observations de Minuchin et ses collaborateurs (1978) (cf. Recension des écrits et Résultats de l'analyse de classes latentes). Globalement, les résultats de notre étude ne vont donc pas dans le sens de l'hypothèse qui stipule que les familles des adolescentes constituent généralement un facteur de risque déterminant associé à l'apparition de l'anorexie mentale.

8.2 Retombées pour la pratique et la recherche en service social

Bien que les approches les plus répandues pour le traitement de l'anorexie mentale soient les thérapies familiales (Couturier et Lock, 2006; Dare, Eisler, Russell, Treasure et Dodge, 2001 ; Halmi *et al.*, 2005), les résultats de notre étude suggèrent que les difficultés des familles ne devrait pas constituer l'objet principal de l'intervention, et ce, dans la majorité des cas. Les familles devraient davantage être perçues et sollicitées comme des facteurs de soutien à l'intervention. En effet, 66,3% de ces familles ne présentent pas de problématique particulière. Les principaux enjeux se situent spécifiquement au plan de la distance relationnelle envers le père et la mère.

Par ailleurs, pour les familles vivant des difficultés, les interventions devraient se situer davantage sur la qualité des relations (cohésion, communication et qualité de la relation entre les adolescentes et leurs parents) que sur l'organisation familiale (flexibilité familiale). Ainsi, l'implication et le soutien de la famille comme partenaire de traitement (à l'instar de la New-Maudsley Approach; Treasure *et al.*, 2007) apparaît souhaitable. Des interventions en ce sens permettraient notamment d'augmenter l'empathie des proches à l'égard de la personne malade, de réduire l'hostilité, ou le sentiment d'impuissance ainsi que la honte et la culpabilité des proches et de l'individu (Cook-Darzens, 2014; Robinson *et al.*, 2015; Treasure *et al.*, 2007).

L'implication de la famille comme partenaire de traitement suggère par ailleurs un angle d'intervention visant à favoriser le développement de facteurs de protection contrairement à une approche visant à éradiquer les facteurs de risque. Cet angle d'intervention concevant la famille comme un facteur de protection et de prévention de la rechute suggère le développement d'interventions participatives, la mise en exergue des forces de la famille et une diminution du sentiment de culpabilité des proches (Cook-Darzens, 2014; Treasure *et al.*, 2007; Robinson *et al.*, 2015). Ces résultats impliquent donc de nouvelles pistes afin de guider l'intervention des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux dans le domaine. Ces interventions vont dans le sens des recommandations de l'Académie des TCA (Academy of Eating Disorders), soulignant que

les interventions devraient se dissocier de toute position visant à situer la famille comme principal facteur étiologique de l'anorexie mentale (LeGrange *et al.*, 2010).

Ces résultats invitent par ailleurs les chercheurs et les intervenants à explorer d'autres catégories de facteurs afin d'expliquer l'émergence de l'anorexie mentale, notamment les difficultés à faire face aux *tâches développementales de l'adolescence* (Bradley et Pauzé, 2009 ; Levine et Smolak dans Crowther, Hobfoll, Stephens et Tennenbaum, 2013 ; Root *et al.*, 1986), les difficultés *d'insertion sociale* (Thibault, 2015; Black et Andreasen, 2011; Davies, 2004; Bruch, 1979) et certaines *vulnérabilités personnelles* (p.ex. une faible estime de soi (Cervera *et al.*, 2003; Gilbert et Meyer, 2005; Striegel-Moore et Cachelin 1999; de Zwaan *et al.*, 1994; Telch et Agras, 1994; Jacobi, 2000), la distorsion de l'image corporelle (APA, 2013), les croyances liées à la minceur (Fairchild et Cooper, 2010; Woolrich, Cooper et Turner, 2006) et les difficultés dans la reconnaissance, l'identification et la gestion des émotions (Cowdrey et Park, 2012 ; Baer, Huss et Fischer, 2005 ; Alberts, Thewissen et Raes, 2012; Godsey, 2013)).

8.3 Forces de l'étude

Notre étude, réalisée auprès de 181 adolescentes présentant une anorexie restrictive, représente un échantillon important lorsque nous nous référons aux études recensées s'étant intéressées au fonctionnement des familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive. La taille de notre échantillon contribue à accroître la validité externe de notre étude, soit la capacité de généraliser les résultats obtenus à notre population de référence, soit les familles d'adolescentes présentant une anorexie restrictive et traitée en milieu hospitalier.

Le choix des instruments de mesure constitue également une force de l'étude, considérant la qualité des propriétés psychométriques de ces derniers.

8.4 Limites de l'étude

Notons à titre de limites de la présente étude le nombre limité de dimensions familiales ayant été considérées. D'autres dimensions telles que la capacité de résolution des problèmes, le fonctionnement conjugal, la qualité du soutien dont bénéficie la famille, la qualité des relations de la famille avec les familles d'origine des parents, etc., pourraient faire l'objet d'investigation afin d'avoir une idée plus globale du fonctionnement familial (Pauzé et Petitpas, 2013). De plus, seul le point de vue des adolescentes a été pris en considération, ce qui limite notre compréhension globale du fonctionnement familial considérant que certaines études ont relevé des différences entre le point de vue des adolescentes et le point de vue de leur parents (Dimitropoulos *et al.*, 2013 ; Dancyger *et al.*, 2005; Gowers *et al.*, 1999).

Enfin, l'utilisation d'un devis transversal nous éclairant sur le fonctionnement des familles lors de leur admission dans une clinique de traitement spécialisé suggère que ces dernières sont déjà affectées et pourraient s'être organisées en fonction du trouble. Or, les modèles du fonctionnement familial précités dans la présente étude (Olson, 2000; Epstein *et al.*, 1983) soulignent que les familles peuvent s'adapter et adopter des modes de fonctionnement particuliers lors d'événements stressants.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'identifier et de décrire différents profils chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale restrictive. De plus, à titre exploratoire l'étude visait à tester la présence ou non d'une relation entre le niveau de sévérité du trouble et la sévérité des profils familiaux tel qu'évalué par l'IMC.

La présente étude a permis de faire ressortir trois profils familiaux. Le premier profil, représenté dans une proportion de 6,3%, se caractérise par des relations familiales très détériorées. Le deuxième profil, représentant 27,6% de la population étudiée, se caractérise par un faible engagement relationnel entre les membres de la famille. Enfin, le troisième profil, représenté à 66,3%, se caractérise par un fonctionnement familial non dysfonctionnel et l'absence de problématiques particulière en ce qui a trait aux dimensions étudiées. Ces résultats vont à l'encontre de la théorie de la famille « psychosomatique » suggérant que les familles d'adolescentes présentant une anorexie sont caractérisées par l'enchevêtrement, la surprotection, la rigidité, la triangulation et l'évitement des conflits. Les résultats ne permettent pas de se prononcer sur la présence ou non d'un lien entre la sévérité du trouble et la sévérité des profils familiaux.

Ces résultats suggèrent que les interventions auprès des familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale ne devraient pas, dans la majorité des cas, se concentrer sur le traitement de la famille proprement dit. Les interventions devraient davantage être consacrées au soutien de la famille et à l'implication de cette dernière comme partenaire de traitement (co-thérapeute) via des interventions participatives et la mise en exergue des forces et ressources de ces dernières.

Références bibliographiques

- Alberts, H. J. E. M., Mulkens, S. Smeets, M. et Thewissen, R. (2010). Coping with food craving. Investigating the potential of mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55, 160-163.
- Alvin, P. (2001). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Rueil-Malmaison : Doin
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V* (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2009). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR* (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric, A. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. et Cassano, G. (2005). The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7 (4), 4-12.
- Armsden, G. C. et Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological wellbeing in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5). 427-454.
- Baer, R. A., Huss, D. B., et Fischer, S. (2005) Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (4), 281-300.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G., et Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(14), 9486-9491.
- Bewell-Weiss, C. V. et Carter, J. C. (2010). Predictors of excessive exercise in anorexia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 566-571.
- Bickham, N. L., et Fiese, B. H. (1997). Extension of the Children's Perceptions of Interparental Conflict Scale for use with late adolescents. *Journal of Family Psychology*, 11(2), 246.
- Black, D. W. et Andreasen, N. C. (2011). *Introductory Textbook of Psychiatry – Fifth Edition*. Washington, DC : American Psychiatric Association
- Boyum, L. (1991). Family emotional expressiveness: A possible antecedent of children's social competence. In *Poster presented at the Biennial Meeting for the Society for Research in Child Development, Seattle, WA*.

- Bradley, M. F., et Pauzé, R. (2008). Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie familiale*, 29(3), 335-353.
- Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *The American Journal of Psychoanalysis*.
- Bruch, H. (1979). L'énigme de l'anorexie: La cage dorée. (Trad. par A. Rivière) Paris: Presses Universitaires de France (1ère éd. 1979).
- Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Casper, R. C., et Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338-342. doi:10.1002/eat.1093
- Cassidy, J., Parke, R. D., Butkovsky, L., et Braungart, J. M. (1992). Family-peer connections: the roles of emotional expressiveness within the family and children's understanding of emotions. *Child development*, 63(3), 603-618.
- Cassidy, J., et Parke, R. D. (1989). Family expressiveness and children's social competence. In *biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO*.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D., et Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280.
- Chambry, J., Corcos, M., Guilbaud O. et Jeammet, P. (2002). L'anorexie mentale masculine: réalités et perspectives. *Annales de médecine interne*, 153(3), 61-67.
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent: acquis, défis et nouvelles perspectives.. *Thérapie Familiale: Revue Internationale en Approche Systémique*, 34(1), 39-67. doi:10.3917/tf.131.0039
- Cook-Darzens, S. (2014). *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent*: Eres.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique: approche systémique intégrée*. Dunod.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., et Mouren, M.-C. (2005). Self-perceived Family Functioning in 40 French Families of Anorexic Adolescents: Implications for Therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236. doi:10.1002/erv.628

- Couturier, J., et Lock, J. (2006). What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 175-183.
- Cowdrey, F. A., et Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100-105.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., et Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., et Dodge, L. I. Z. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216-221.
- Davies, S. (2004). A group-work approach to addressing friendship issues in the treatment of adolescents with eating disorders. *Clinical child psychology and psychiatry*, 9(4), 519-531.
- Delannes, S., Doyen, C., Cook-Darzens, S., et Mouren, M. C. (2006). Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. [Transmission of attachment and family functioning in female adolescents with anorexia nervosa.]. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(7), 565-572. doi:10.1016/j.amp.2004.11.016
- Dépelteau, F. (2010). *La démarche d'une recherche en sciences humaines: De la question de départ à la communication des résultats*: De Boeck Supérieur.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Seim, H.C., Specker, S.M., Pyle, R.L., Raymond, N.C., et Crosby, R.B. (1994). Eating-related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., et Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: Non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 284-293. doi:10.1002/erv.2230
- Doba, K., Nandrino, J. L., Dodin, V., et Antoine, P. (2014). Is there a family profile of addictive behaviors? Family functioning in anorexia nervosa and drug dependence disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 107-117. doi:10.1002/jclp.21977
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., et Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*.

- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., et Bishop, D. S. (1983). THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. doi:10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., et Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31.
- Espina, A., de Alda, I. O., et Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 349-362. doi:10.1002/erv.530
- Fairburn, C. G., et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fairchild, H., et Cooper, M. (2010). A multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: preliminary development and validation. *Eating Behaviors*, 11(4), 239-46.
- Fassino, S. Amianto, F. et Abbate-Daga, G. (2009). The Dynamic Relationship of Parental Personality Traits With the Personality and Psychopathology Traits of Anorectic and Bulimic Daughters. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 232-239.
- Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille: Modèles et instruments d'évaluation: Mardaga*.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and adolescents: A review. *Adolescent Medicine*, 14(1), 149-158.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. S., et Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40(6), 434-441. doi:10.1016/S0010-440X(99)90087-1
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., et Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13(4), 821-828. doi:10.1017/S0033291700051539
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Lancet*, 341(8861), 1631- 1635.
- Garner, D. M., et Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 10(04), 647-656.
- Gilbert, N., et Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 307-312.
- Gilchrist, P. N., Ben-Tovim, D. I., Hay, P. J., Kalucy, R. S., et Walker, M. K. (1998). Eating disorders revisited. I: Anorexia nervosa. *Med J Aust*, 169(8), 438-441.

- Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 430-439.
- Grych, J. H., Seid, M., et Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The Children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child development*, 63(3), 558-572.
- Halberstadt, A. G., Cassidy, J., Stifter, C. A., Parke, R. D., et Fox, N. A. (1995). Self-expressiveness within the family context: Psychometric support for a new measure. *Psychological assessment*, 7(1), 93.
- Halberstadt, A. G., Fox, N. A., et Jones, N. A. (1993). Do expressive mothers have expressive children? The role of socialization in children's affect expression. *Social Development*, 2(1), 48-65.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., et Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776-781.
- Halvorsen, I., Rø, Ø., et Heyerdahl, S. (2013). Nine-Year Follow-up of girls with Anorexia Nervosa and their Siblings: Retrospective Perceptions of Parental Bonding and the Influence of Illness on their Everyday Life. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 20-27.
- Harold, G. T., Osborne, L. N., et Conger, R. D. (1997). Mom and dad are at it again: Adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. *Developmental Psychology*, 33(2), 333.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, J.D., Ftores, T.F., Ekeblad, E.R., Richards, A., Biais, M.A. et Keller, M.B. (2000). Mortality in eating disorders : A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28. 20-26.
- Hoek, H. W., et Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hoek, H. W., van Hoeken, D., et Katzman, M. A. (2003). Epidemiology and cultural aspects of eating disorders. *Eating Disorders, Volume 6*, 75-138.
- Holtom-Viesel, A., et Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29-43. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.005
- Jacobi, C. (2000). Self-concept disturbances in patients with eating disorders. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie-Forschung Und Praxis*, 29(2), 75-96.

- Jaite, C., Schneider, N., Hilbert, A., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. et Salbach-Andrae, H. (2012). Etiological Role of Childhood Emotional Trauma and Neglect in Adolescent Anorexia Nervosa : A Cross-Sectional Questionnaire Analysis. *Psychopathology*, 45, 61-66.
- Jeamment, P. (2004). *Anorexie Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence*. Saint-Armand-Montrand : Éditions Hachette.
- Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S52-S59.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., et Penelo, E. (2009). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. *British journal of nutrition*, 101(06), 909-918.
- Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Micali, N., Anderluh, M., Fernandez-Aranda, F., Tchanturia, K., Treasure, J.. (2013). The correlates of diagnostic instability in eating disorders: the role of psychopathology, environmental risk factors, personality and gene. *Journal of eating disorders*, 1 (suppl. 1), O43.
- Lacharité, D. (1991). Les changements survenus dans la vie d'anorexiques primaires au cours de l'année qui précède le début de leur diète. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Lamoureux, A., (2000). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*. Montréal, Canada: Éditions Beauchemin Chenelière Éducation.
- Lapsley, D. K., Rice, K. G., et FitzGerald, D. P. (1990). the Continuity of Adaptation Hypothesis.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., et Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Levine et Smolak dans Crowther, J. H., Hobfoll, S. E., Stephens, M. A., et Tennenbaum, D. L. (Eds.). (2013). *The Etiology Of Bulimia Nervosa: The Individual And Familial Context: Material Arising From The Second Annual Kent Psychology Forum, Kent, October 1990*. Taylor & Francis.
- Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W.M. et White, D.R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls : The rôle of peer modeling, social reinforcement and body-related teasing. *Eating Behaviors*, 2. 215-236.
- Mattar, L., Huas, C. et Godard, N. (2012). Relationship between Affective Symptoms and Malnutrition Severity in Severe Anorexia Nervosa. *PLoS ONE*, 7 (11), 1-6.

- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M. C. et Turcotte, D. (2000) *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Canada. Gaëtan Morin éditeur.
- Meilleur, D. (2012). Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans: où en sommes-nous?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(6), 419-428.
- Meyer, T. (2005). Validité externe et méthode expérimentale. *Questions de communication*, (7), 209-222.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., et Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford, England: Harvard U Press.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., et Lee, W. Y. (2007). *Assessing families and couples: From symptom to system*. Pearson/Allyn and Bacon.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C. et Beumont, P.J.V. (2005). Assessing Quality of Life in Eating Disorder Patients. *Quality of Life Research*, 14, 171–178.
- Murphy, F., Troop, N. A., et Treasure, J. L. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 193-203. doi:10.1348/014466500163211
- Nicholls, D. (2007). Aetiology. *Eating disorders in childhood and adolescence*, 51-74.
- Nilsson, K. et Hågglof, B. (2006): Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 14. 305-311.
- North, C., Gowers, S. et Byram, V. (1995). Family Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 673-678.
- Olson. (1988). Circumplex Model of family systems: VIII. Family assessment and intervention. *Journal of Psychotherapy et the Family*, 4(1-2), 7-49.
- Olson. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, Gorall, et Tiersen. (2006). Faces IV and the circumplex model. *Minneapolis, MN: Life Innovations*.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., et Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process*, 18(1), 3-28.
- Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., et Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 194(1), 10-17. doi:10.1192/bjp.bp.108.054742

- Pauzé, R., Couture, J., Lavoie, É., Pesant, C., Beauregard, C., Mailloux, S., et Mercier, M. (2008). L'intervention auprès du réseau d'amies et d'amis des adolescentes anorexiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 131-151.
- Pauzé, R., et Petitpas, J. (2013). Evaluation du fonctionnement familial: état des connaissances. *Thérapie familiale*, 34(1), 11-37.
- Pauzé, R., & Touchette, L. (2009). Le développement de la recherche chez les cliniciens: d'abord questionner la pratique clinique. *Thérapie familiale*, 30(2), 133-146.
- Riopel, M. (2005). Épistémologie et enseignement des sciences. Université du Québec à Chicoutimi. Collection "Les classiques des sciences sociales". Récupéré le 7 avril 2016 du site de l'UQAC: http://www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales/
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., et Greenberg, L. (2015). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 75-82. doi:10.1002/cpp.1861
- Salbach-Andrae, H., Lenz K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U. et Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric Comorbidities Among Female Adolescents with Anorexia Nervosa. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 261–272.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M., et Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539. doi:10.1002/eat.20654
- Smink, F. R., van Hoeken, D., et Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., et Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European child et adolescent psychiatry*, 12(1), i38-i46.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., , Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J. L., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M. et Jeammet, P. (2005). Depressive Personality Dimensions and Alexithymia in Eating Disorders. *Psychiatry Research*, 135, 153–163.
- Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., et Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 25-31. doi:10.1002/1098-108X(198901)

- Stifter, C. A., et Grant, W. (1993). Infant responses to frustration: Individual differences in the expression of negative affect. *Journal of Nonverbal Behavior*, 17(3), 187-204.
- Striegel-Moore, R. H., et Cachelin, F. M. (1999). Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors.
- Szabo, C. P. (1998). Eating Disorders and adolescence. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 117-125.
- Telch, C.F., et Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53–61.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., et Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 170-180.
- Treasure, J., Smith, G., et Crane, A. (2007). *Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method*: Routledge.
- Vervaet, M., Van Heeringen, C. et Audenaert, K. (2004). Personality-Related Characteristics in Restricting Versus Binging and Purging Eating Disordered Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (1), 37-43.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., et Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. doi:10.1002/erv.615
- Von Bertalanffy, L. (1971). General theory of systems: Application to psychology. *Essays in semiotics*, 4, 191.
- Wilkins, J. (2012). *Adolescentes anorexiques; plaidoyer pour une approche clinique humaine*. Les Presses de l'Université de Montréal Ed. Montréal.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Crosby, R. D., Ringham, R. M., Dapelo, M. M., Gaskill, J. A., et Forbush, K. T. (2011). The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 665.
- Woolrich, R. A., Cooper, M. J., et Turner, H. M. (2006). A Preliminary Study of Negative Self-Beliefs in Anorexia Nervosa: A Detailed Exploration of Their Content, Origins and Functional Links to “Not Eating Enough” and Other Characteristic Behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 735–748. <http://doi.org/10.1007/s10608-006-9024-y>

Annexe A

Tableaux de recension des écrits

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Casper & Troiani, 2001) États-Unis	Cette étude vise à explorer le fonctionnement familial chez des adolescents présentant une anorexie de type restrictif et de type boulimique avec purge.	<p>-Échantillon clinique : 51 parents ainsi que leurs enfants, dont 17 présentant une anorexie et 34 ne présentant pas de pathologie alimentaire.</p> <p>Les sujets ont été sélectionnés sur la base de leur référence dans une unité de traitement des troubles alimentaires. Les sujets étaient hospitalisés au moment de l'étude.</p> <p>L'âge moyen des participants présentant une anorexie restrictive, tout comme celui des anorexiques de type boulimique avec purge est de 16.7 ans.</p> <p>L'âge moyen des adolescents du groupe de comparaison est de 15.8 ans.</p> <p>-Groupe de comparaison 47 adolescents sélectionnés dans une école secondaire et testés afin d'éliminer la présence de diagnostic psychiatrique.</p> <p>Tous les sujets étaient d'ethnie caucasienne.</p>	-Étude comparative	-Le family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) est un questionnaire auto-apporté de 60 items permettant de documenter six dimensions du fonctionnement familial, telles que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement global.	<p>-Les patients présentant une anorexie mentale de type boulimique avec purge et leur mère ont davantage tendance à percevoir leur famille comme ayant un moins bon fonctionnement comparativement aux perceptions des adolescents sans pathologie alimentaire et aux anorexiques restrictives selon le Family Assessment Device.</p> <p>-Les anorexiques restrictives et leurs parents ne diffèrent pas du groupe ne présentant pas de pathologie alimentaire pour l'ensemble des sous-échelles du Family Assessment Device.</p> <p>-Les patients présentant une anorexie de type boulimique avec purge perçoivent leur famille comme moins efficace au niveau de l'accomplissement de tâches, la communication et l'expression émotionnelle comparativement aux anorexiques de type restrictif et au groupe de comparaison selon le Family Assessment Device, alors que leur fratrie perçoit leur fonctionnement familial comme normal.</p>	-hétérogénéité de l'échantillon

Auteurs	But de l'étude	Echantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Cook-Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005) France	Cette étude vise à déterminer si un schéma spécifique du fonctionnement familial est associé à l'anorexie mentale chez des adolescentes.	<p>-Échantillon clinique : L'échantillon est composé de familles de 40 patients anorexiques non chronicisées (37 filles et trois garçons) âgés entre 12 et 19 ans traitées entre novembre 1998 et janvier 2000 au Département de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence d'un hôpital de Paris et remplissant les critères diagnostiques de l'anorexie du DSM-IV. Au total, 39 mères, 40 pères et 31 membres de la fratrie vivant au domicile familial et étant âgés entre 12 et 19 ans (16 frères et 15 sœurs) ont participé à l'étude.</p> <p>-Groupe de comparaison : Le groupe de comparaison est composé des 98 familles (les deux parents ainsi que leur adolescent) ayant servi à établir les normes du questionnaire FACES-III et incluant une ou un adolescent. L'âge moyen des adolescents est de 16,2 ans et 58% d'entre eux sont de sexe féminin.</p>	Étude comparative	<p>-FACES-III (Olson, 1986) Ce questionnaire auto-rapporté permet de documenter trois dimensions du fonctionnement familial, soit la cohésion, l'adaptabilité et la satisfaction concernant le fonctionnement familial.</p>	<p>-Les familles des adolescentes anorexiques (c'est-à-dire le score moyen des membres de la famille ayant participé à l'étude) présentent des scores significativement plus bas sur le plan de la cohésion que les répondants du groupe de comparaison selon le FACES-III.</p> <p>-Les membres des fratries dans les familles d'anorexiques rapportent vivre des relations plus distantes comparativement au groupe de comparaison selon le FACES-III.</p> <p>-Seuls les pères de familles d'anorexiques perçoivent leur famille comme plus flexible selon le FACES-III que les pères du groupe de comparaison</p> <p>-Les adolescent(e)s anorexiques et leur fratrie perçoivent leur famille comme moins cohésives que leurs parents selon le FACES-III.</p>	-Combinaison des scores des membres de la famille aux questionnaires afin de générer un score familial

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Cunha, Relvas, & Soares, 2009) Portugal	Cette étude vise à explorer les différences dans la perception du fonctionnement familial entre des adolescentes présentant une anorexie mentale et des adolescentes d'un groupe de comparaison ne présentant pas de pathologie alimentaire.	<p>Échantillon clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -34 adolescentes présentant une anorexie mentale selon les critères diagnostiques du DSM-IV. -Ces adolescentes bénéficient d'un traitement dans un des quatre hôpitaux publics du Portugal -28 d'entre elles présentaient une anorexie de type restrictif -6 d'entre elles présentaient une anorexie de type boulimique -L'âge moyen des sujets est de 17,26 ans. <p>Groupe de comparaison</p> <ul style="list-style-type: none"> -34 adolescentes recrutées dans des écoles -Ces adolescentes ne présentent pas de trouble alimentaire selon l'Eating Disorder Inventory de Garner (1991) -L'âge moyen de ces sujets est de 17,18 ans <p>*Dans les deux groupes, la majorité des adolescentes vivaient toujours avec leur famille nucléaire</p>	Étude transversale	<ul style="list-style-type: none"> -FACES-II (Olson, Portner & Lowce, 1985) Ce questionnaire permet d'évaluer la cohésion et l'adaptabilité familiale. Il comprend 30 items. -F-COPES (Family crisis oriented personal evaluation scale) (McCubbin, Olson & Larsen, 1981). Ce questionnaire permet d'évaluer la résolution des problèmes et les stratégies d'adaptation utilisées en situation de difficultés. Il comprend 29 items. -IPPA (Inventory of Parent and Peer Attachment) (Armsden & Greenberg, 1987). Ce questionnaire permet d'évaluer la perception du répondant concernant la confiance, la communication et la distance relationnelle à l'égard de sa mère, de son père et de ses pairs. Il comprend 25 items -QCF (Family Beliefs Questionnaire) (Cunha, 2003) Ce questionnaire permet d'évaluer la rigidité familiale et les croyances implicites de la famille (croyances dont nous n'avons pas nécessairement conscience, mais qui influencent les comportements). Il comprend 20 items. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les résultats obtenus au FACES-II indiquent que les adolescentes présentant une anorexie perçoivent leur famille comme étant moins cohésives que les adolescentes du groupe de comparaison. -Selon les résultats obtenus au F-COPES, les familles d'anorexiques sont moins en mesure de redéfinir les événements stressants dans le but de mieux s'y adapter que les familles du groupe de comparaison. -Par ailleurs, les adolescentes anorexiques perçoivent leur famille comme davantage ouverte à recevoir et à rechercher de l'aide et présentent un plus grand sens des responsabilités et d'autocritique selon le QCF que les adolescentes du groupe de comparaison. -Selon les résultats à l'IPPA, les adolescentes anorexiques obtiennent des scores inférieurs aux sous-échelles « confiance à l'égard de leur mère et de leurs pairs » et « qualité de la communication avec leurs pairs » comparativement aux adolescentes du groupe de comparaison. - Toujours selon l'IPPA, les adolescentes anorexiques vivent davantage de distance et de colère dans leur relation avec leur mère, leur père, et leurs pairs que les adolescentes du groupe de comparaison. 	<ul style="list-style-type: none"> -Petit échantillon (34 sujets) -Seul le point de vue des adolescentes est considéré.

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005) États-Unis	L'étude vise à comparer la perception du fonctionnement familial chez des filles présentant un trouble de la conduite alimentaire et leurs parents.	Échantillon clinique : 126 participantes âgées entre 13 et 34 ans (âge moyen=18,3 ans) ainsi que leurs parents ont été recrutés dans un programme de traitement des troubles de la conduite alimentaire d'un hôpital universitaire. 118 mères et 96 pères ont participé à l'étude. Les participantes présentaient soit une anorexie restrictive (n=24), une anorexie de type boulimique avec purge (n=23), une boulimie (n=41), ou un trouble de la conduite alimentaire non spécifié (n=38)	Étude transversale	-Le family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) est un questionnaire auto-apporté de 60 items permettant de documenter six dimensions du fonctionnement familial, telles que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement global.	-Les mères ainsi que leur fille diffèrent significativement au niveau de toutes les sous-échelles, excepté pour les rôles. Ainsi, elles tendent à percevoir le fonctionnement familial de façon plus positive que leur fille. -La perception du fonctionnement familial des pères ainsi que de leur fille ne diffère pas de façon significative selon le Family Assessment Device. -Chez les participantes présentant un trouble de la conduite alimentaire ainsi que chez leur père, toutes les sous-échelles se situent au-delà du seuil limite, à l'exception de l'échelle du contrôle comportemental. Chez les mères, seules les sous-échelles de réponse affective et de contrôle comportemental ne se trouvent pas au-dessus du seuil limite selon le Family Assessment Device.	

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Delannes, Doyen, Cook-Darzens, & Mouren, 2006) France	Cette étude vise à étudier les liens entre les stratégies d'attachement, leur transmission et la structure du fonctionnement familial chez des patientes anorexiques.	<p>-Échantillon clinique : Échantillon composé de 10 patientes anorexiques de type restrictif âgées de 14 à 17 ans et de leurs deux parents. Le recrutement s'est fait au sein de la clinique des troubles des conduites alimentaires l'hôpital Robert-Debré à Paris.</p> <p>Les critères d'inclusions étaient de présenter une anorexie mentale selon le DSM-III, avec ou sans trouble comorbide sur l'axe I, de présenter la maladie depuis au moins deux ans avec ou sans amélioration et ayant nécessité au moins une hospitalisation, et que la famille complète vive dans le même domicile.</p> <p>-Groupe de comparaison : Le groupe de comparaison est composé des 98 familles (les deux parents ainsi que leur adolescent) ayant servi à établir les normes du questionnaire FACES-III et incluant une ou un adolescent. L'âge moyen des adolescents est de 16,2 ans et 58% d'entre eux sont de sexe féminin.</p>	Les auteurs ont utilisé un groupe de comparaison seulement au niveau des résultats du FACES-III	-Le FACES-III (Olson, 1986) est un questionnaire auto-rapporté permettant de documenter trois dimensions du fonctionnement familial, soit la cohésion, l'adaptabilité et la satisfaction concernant le fonctionnement familial.	-Selon les résultats au FACES-III on note une cohésion plus faible chez les familles d'anorexiques comparativement aux familles du groupe de comparaison.	-Petit échantillon -Pas de groupe de comparaison au niveau de l'analyse du type d'attachement

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Erol, Yazici, & Toprak, 2007) Turquie	Cette étude vise à comparer le fonctionnement familial chez les individus présentant une boulimie, une anorexie mentale et ceux présentant un trouble obsessionnel-compulsif.	- Échantillons cliniques : L'échantillon est composé de 15 participantes anorexiques admises au département de psychiatrie d'un hôpital universitaire (âge moyen=23.53 ans), de 13 participantes boulimiques (âge moyen= 19.23) recrutées parmi des étudiants universitaires et de 17 participantes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (âge moyen=21.65) admises au département de psychiatrie d'un hôpital. Les participantes devaient résider avec au moins un des deux parents biologiques. Les trois groupes sont homogènes au niveau de l'âge, du niveau d'éducation et de la taille.	Étude comparative	-Le Family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) est un questionnaire auto-rapporté de 60 items permettant d'évaluer six dimensions du fonctionnement familial, telles que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement global.	-Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences entre les trois sous-groupes sur l'ensemble des sous-échelles documentées à l'aide du Family Assessment Device	-L'étude n'inclut pas de groupe de comparaison

Auteurs	But de l'étude	Echantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Espina, de Alda, & Ortego, 2003) Espagne	Cette étude vise à documenter l'ajustement dyadique chez les parents d'adolescentes présentant un trouble de la conduite alimentaire	<p>Echantillon clinique : 74 couples ayant un enfant présentant un trouble de la conduite alimentaire (20 présentant une anorexie restrictive, 23 présentant une anorexie de type boulimique avec purge et 31 présentant une boulimie) ont été recrutés à travers une association de services de santé publique.</p> <p>Groupe de comparaison : 73 couples recrutés dans la population générale et appariés au niveau de l'âge, du sexe, du niveau socioéconomique et de l'emploi ont aussi participé à l'étude. Le groupe a été subdivisé en deux groupes, soit un groupe de comparaison dont l'enfant ne présente aucune pathologie (n=41), et un groupe de comparaison dont l'enfant présente une pathologie (n=32)</p>	Etude comparative	-L'échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976, 1989) est un questionnaire de 32 items utilisé afin de mesurer l'ajustement relationnel et la satisfaction chez les couples. Le questionnaire est composé de 4 sous-échelles, soit la cohésion, le degré de consensus, la satisfaction relationnelle générale et l'expression de l'affection.	<p>-Il appert que les couples ayant un enfant présentant un trouble de la conduite alimentaire obtiennent un score inférieur au questionnaire d'ajustement dyadique, que les couples des deux groupes de comparaison.</p> <p>-Cette même observation a été faite chez les mères des deux sous-groupes.</p> <p>-Les pères d'adolescentes anorexiques (de type restrictif et de type boulimique avec purge) tendent à être moins satisfaits de leur relation de couple que les pères d'adolescentes boulimiques et les pères des deux groupes de comparaison selon l'échelle d'ajustement dyadique.</p>	

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Fornari et al., 1999) États-Unis	Cette étude vise à documenter la perception du fonctionnement familial et les symptômes dépressifs chez les individus présentant un trouble de la conduite alimentaire.	<p>-Échantillon clinique : L'échantillon clinique est composé de 106 individus âgés entre 9 et 29 ans admis et évalués à la clinique externe du programme des troubles de la conduite alimentaire d'un Hôpital universitaire (37 présentaient une anorexie restrictive, 27 présentaient une anorexie de type boulimique avec purge, 26 présentaient une boulimie et 15 présentaient un trouble de la conduite alimentaire non spécifié).</p> <p>Cette étude ne comprend pas de groupe de comparaison.</p>	Étude transversale	-Le family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) est un questionnaire auto-complété de 60 items permettant de documenter six dimensions du fonctionnement familial, telles que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement global.	-Les patientes anorexiques restrictives et boulimiques ne se distinguent pas sur le plan de leur perception concernant le fonctionnement de leur famille. Cependant, les deux sous-groupes perçoivent le fonctionnement de leur famille comme étant pathologique selon les seuils cliniques fixés par les concepteurs de l'outil.	-Absence de groupe de comparaison

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Garfinkel et al., 1983), Canada	L'étude vise à comparer des familles d'adolescentes anorexiques avec des familles d'adolescentes ne présentant pas de pathologie alimentaire.	<p>-L'échantillon clinique est composé de 23 familles canadiennes et de 19 familles irlandaises (16 pères canadiens et 17 pères irlandais ont complété tous les questionnaires). Des 23 enfants, 14 présentaient une anorexie de type boulimique avec purge et 9 présentaient une anorexie restrictive (âge moyen=18.5).</p> <p>-Le groupe de comparaison, a été recruté à l'aide d'une publicité dans un journal local (n=12). L'échantillon était composé des deux parents biologiques et de leur enfant ne présentant pas d'historique de problématique alimentaire. 12 familles supplémentaires (les deux parents biologiques ainsi que leur enfant) ont été recrutées à l'aide d'une annonce dans un journal de Dublin (âge moyen=16.4).</p>	<p>Étude comparative</p> <p>Les groupes canadiens et irlandais ont été comparés afin de vérifier qu'ils étaient homogènes.</p>	<p>-Le Family Assessment Measure (Skinner et al., 1983) est un questionnaire auto-rapporté permettant de documenter 8 dimensions (l'accomplissement des tâches, les rôles, la communication, l'expression affective, l'investissement affectif, le contrôle, la désirabilité sociale et les normes et valeurs).</p>	<p>-Selon le Family Assessment Measure, les mères ainsi que leur enfant présentant une anorexie (score combiné des échantillons canadien et irlandais) ont rapporté vivre plus de difficultés au niveau de l'accomplissement des tâches, des rôles, de la communication et de l'expression affective que les participants du groupe de comparaison.</p> <p>-Les mères d'adolescents anorexiques et leur enfant ont de plus obtenu des scores plus bas au niveau de l'échelle de désirabilité sociale, ce qui, selon les auteurs, peut être attribuable au fait que la famille a effectué elle-même une démarche de recherche d'aide, l'amenant à se présenter telle qu'elle est.</p> <p>-Les pères d'anorexiques n'ont pas rapporté de différence significative au niveau des échelles du Family Assessment Measure lorsque comparés aux pères du groupe de comparaison.</p> <p>-Les deux groupes ne diffèrent pas au niveau de l'investissement affectif, du contrôle, des normes et valeurs selon le Family Assessment Measure.</p>	<p>-Les pères n'ont pas tous complété les questionnaires</p> <p>-Devant l'absence de relations significatives dans la première analyse des résultats, les auteurs ont fait la moyenne des scores des familles Canadiennes et Irlandaises de façon indifférenciée</p> <p>-Les participants de l'échantillon clinique présentaient la maladie depuis en moyenne 3 ans.</p>

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Gowers & North, 1999) Angleterre	L'étude vise à documenter la relation entre la sévérité de l'anorexie mentale et les difficultés au niveau du fonctionnement familial.	-Échantillon clinique : 35 adolescents (31 filles et 4 garçons) présentant une anorexie mentale et leur mère ont participé à l'étude. Les participantes ont été recrutées dans le cadre d'un programme de traitement des troubles de la conduite alimentaire. L'âge moyen des participants est de 14,9 ans et la durée moyenne de la maladie est de 14 mois.	Les chercheurs ont comparé la perception du fonctionnement familial chez l'adolescent (FAD), sa mère (FAD) et l'évaluateur (McSIFF).	<p>-Le Family Assessment Device (FAD) (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) est un questionnaire autorapporté de 60 items permettant de documenter six dimensions du fonctionnement familial, telles que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'expression affective, investissement affectif, le contrôle des comportements et le fonctionnement global.</p> <p>-Le McMaster's structured interview of family functioning (McSIFF) est un entretien semi-structuré créé pour évaluer le fonctionnement familial en fonction du modèle du fonctionnement familial de McMaster. Six sections composent l'entrevue, couvrant la résolution de problèmes, la communication, les rôles, la réponse affective et le contrôle comportemental.</p> <p>-Morgan-Russell Schedule</p> <p>-Le Questionnaire Morgan-Russell (Morgan & Hayward, 1988) permet d'évaluer cinq facettes de l'état du patient : l'alimentation, le statut menstruel, l'état mentale, l'état psychosexuel et l'état socioéconomique.</p>	<p>-Les résultats montrent que les mères et leur enfant ont des visions divergentes du fonctionnement familial. Les mères ont tendance à percevoir le fonctionnement familial comme davantage sain que leur enfant.</p> <p>-Les cliniciens se sont avérés plus sévères dans l'évaluation du fonctionnement familial que les participants (adolescents et mères).</p> <p>-Des 35 adolescents, 17 considèrent que le fonctionnement de leur famille présente des difficultés dans quatre des six échelles de mesure, comparativement à 7 des 35 mères.</p> <p>-Les auteurs ne relèvent aucun lien significatif entre le degré de dysfonctionnement familial et le degré de sévérité de l'anorexie (selon le score global du questionnaire Morgan-Russell).</p>	

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Halvorsen, Ro, & Heyerdahl, 2013) Norvège	L'étude vise à explorer si, de façon rétrospective, les adolescents présentant une anorexie percevaient leurs parents comme moins attentionnés et plus contrôlants que leur fratrie.	-L'échantillon clinique est composé de 55 filles présentant une anorexie mentale traitées au département de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence d'un hôpital universitaire. Ces dernières ont été suivies sur une durée de 9 ans (45 d'entre elles ont répondu aux questionnaires administrés à la mesure de suivi). Les participantes étaient toutes âgées de moins de 18 ans au début de l'étude (âge moyen au début de l'étude=14,9 ans). Le frère ou la sœur du participant le plus près au niveau l'âge a été recruté afin de participer à l'étude. 21 membres de la fratrie ont participé à l'étude (14 femmes et 7 hommes).	Étude transversale	-Le Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling & Brown, 1979) est un questionnaire autorapporté de 25 items permettant d'évaluer la perception du répondant concernant les « soins » (chaleur, empathie, support émotionnel) et la « protection » (intrusion, contrôle et surprotection) de leurs parents à leur égard alors qu'ils étaient enfants. -Les chercheurs ont créé un outil de 21 items afin d'évaluer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne des familles.	-À la mesure de suivi, les anciennes patientes anorexiques ne différaient de leur fratrie au niveau de la perception de leurs parents selon le Parental Bonding Instrument -Toujours selon le Parental Bonding Instrument, lorsque comparés avec les anciennes patientes dont la fratrie n'a pas participé à l'étude, celles dont la fratrie a participé à l'étude ont présenté des scores plus faibles au niveau de la surprotection maternelle et des scores plus élevés au niveau des soins prodigués de la part de la mère. -À la mesure de suivi, les anciennes patientes ainsi que leur fratrie ont noté que les membres de la famille avaient été très préoccupés par la maladie. La moitié des anciennes patientes et leur fratrie a noté que la maladie avait favorisé à la fois une solidarité familiale, mais avait aussi généré des conflits.	-Étude rétrospective

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Lattimore, Wagner, & Gowers, 2000) Royaume-Uni	L'étude vise à documenter les habiletés de communication chez les dyades mère-fille présentant une anorexie mentale comparativement aux dyades mère-fille d'un groupe de comparaison présentant une psychopathologie autre.	<p>-Échantillon clinique : 20 adolescents (âge moyen= 15,7 ans) présentant une anorexie mentale traités au moment de l'étude dans une clinique psychiatrique ainsi que leur mère respectives.</p> <p>-Groupe de comparaison : 14 adolescents présentant une psychopathologie (âge moyen=15,2 ans) (troubles émotionnels et développementaux de l'enfance) traités au moment de l'étude dans une clinique psychiatrique ainsi que leur mère respectives.</p>	Étude comparative	<p>-Le EAT-26 (Eating attitudes test) (Garner & Garfinkel, 1979) a été administré afin d'écarter la présence de problématique alimentaire chez le groupe de comparaison.</p> <p>-Deux entretiens semi-structurés sur le sujet de la communication ont été réalisés avec les participants (rencontres mère-fille). Une tâche de faible conflit (sujet neutre) et une tâche de conflit ont été proposées aux participants. Les aspects abordés pendant la tâche de conflit concernent la nourriture et le poids, l'apparence, les relations sexuelles et les relations avec les parents et la fratrie. Chaque membre de la dyade est amené ensuite à discuter pourquoi ce sujet est conflictuel pour lui-même. L'examineur observe ensuite comment la dyade mère-fille résout les différences d'opinion à l'aide de la grille d'évaluation PACES (Parent-Adolescent Conflict Evaluation Scheme). Cette grille d'évaluation permet de documenter la communication constructive (l'accord, le soutien, la compréhension, la clarification de sa pensée, l'expression des sentiments) et la communication destructive (le désagrément, la critique, le blâme, le fait de lire dans les pensées ou de demeurer silencieux). Ce questionnaire a été construit pour les fins de l'étude.</p>	<p>-Les dyades incluant les adolescentes présentant une anorexie mentale ont exprimé davantage de désagrément, de blâme, de lecture des pensées et d'affect négatif, et moins d'affect positif que les dyades de comparaison.</p> <p>-Les deux groupes ne diffèrent pas significativement au niveau de l'habileté à faire des compromis, des critiques, de la capacité à clarifier sa pensée, du soutien offert et de l'expression des sentiments.</p> <p>-Les dyades du groupe de comparaison présentent des niveaux de communication destructrice similaires dans la tâche de faible conflit et de conflit, contrairement aux dyades d'anorexiques qui présentent des taux de communication destructrice significativement plus élevés dans la tâche de conflit.</p> <p>-Chez le groupe d'adolescentes anorexiques, les adolescentes tendent à manifester davantage de critique, de silence, d'expression des sentiments et d'affect négatif que leur mère.</p> <p>-Chez le groupe d'anorexiques, le taux de communication destructrice est plus élevé que le taux de communication constructive.</p>	-Fiabilité interne de la grille d'évaluation PACES n'a pas été évaluée

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Murphy, Troop, & Treasure, 2000) Royaume-Uni	Cette étude vise à explorer le point de vue de patientes anorexiques et de leurs frères et sœurs sur le plan du fonctionnement de leur famille.	Échantillon clinique : -Participants recrutés à l'intérieur d'une étude sur la densité osseuse et l'ostéoporose chez les personnes présentant une anorexie mentale. -Tous les participants prenant part à l'étude et ceux s'étant proposés initialement ont été contactés. -28 jeunes adultes anorexiques (incluant des sujets adolescentes) et leurs sœurs ne présentant pas de troubles alimentaires ont été invitées à participer à cette étude. L'âge moyen des répondants est de 24.9 ans (16 à 42 ans) -L'indice de masse corporelle moyen des patientes anorexiques est de 17.9 (12.6-20.8)	Étude transversale	-Le SIDE (Sibling Inventory of Differential Experience) (Daniels & Plomin, 1981) permet d'évaluer (1) les influences environnementales non partagées entre les membres de la fratrie, (2) les variations dans le traitement reçu par les parents, (3) les différences entre les caractéristiques des pairs respectifs et (4) les événements spécifiques vécus par les répondants.	-Les sujets présentant une anorexie mentale perçoivent davantage de contrôle maternel et rapportent plus d'antagonisme et de jalousie envers leurs sœurs comparativement aux sœurs ne présentant pas de trouble alimentaire selon le SIDE .	-Utilisation de questionnaires rétrospectifs. -Échantillon limité

Auteurs	But de l'étude	Echantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Ruuska, Koivisto, Rantanen, & Kaltiala-Heino, 2007) Finlande	Cette étude vise à évaluer le fonctionnement psychosocial en début de la maladie chez les adolescents présentant une anorexie et ceux présentant une boulimie.	<p>-Echantillon clinique : L'échantillon clinique est composé de 57 adolescentes présentant un trouble de la conduite alimentaire admises à la clinique de psychiatrie de l'adolescence de l'Université de Tampere (34 présentant une anorexie mentale et 23 présentant une boulimie). L'âge moyen des participantes présentant une anorexie était de 16,2 ans, alors qu'il était de 17,9 ans pour les boulimiques.</p>	Etude transversale	<p>-Le Questionnaire Morgan-Russell (Morgan & Hayward, 1988) permet d'évaluer cinq facettes de l'état du patient : l'alimentation, le statut menstruel, l'état mentale, l'état psychosexuel et l'état socioéconomique. L'échelle d'état socioéconomique permet de documenter les relations dans la famille nucléaire, l'émancipation par rapport à la famille, les contacts sociaux en dehors de la famille, les activités sociales et la situation au travail ou à l'école.</p>	<p>-Selon l'échelle de l'état socioéconomique du Morgan-Russell questionnaire, 45,6% de l'échantillon clinique rapportent vivre de l'insatisfaction par rapport aux relations avec la famille nucléaire. 73,7% d'entre elles rapportent vivre des difficultés par rapport à leur émancipation en dehors de la famille.</p> <p>-Les patientes présentant une boulimie rapportent vivre davantage d'insatisfaction par rapport à leurs relations avec la famille nucléaire que les patientes présentant une anorexie selon le Morgan-Russell Questionnaire.</p> <p>-Les patientes anorexiques rapportent vivre davantage de difficultés quant à leur émancipation en dehors de leur famille comparativement aux patientes boulimiques selon le Morgan-Russell Questionnaire.</p> <p>-Les patientes anorexiques tendent à avoir moins de contacts sociaux en dehors de la famille que les patientes boulimiques selon le Morgan-Russell Questionnaire.</p>	-Absence de groupe de comparaison

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Sim et al., 2009) États-Unis	Cette étude vise à examiner l'influence de la présence d'une condition médicale chronique sur les relations familiales. L'étude a pour but de comparer les relations familiales et la détresse maternelle chez les adolescents présentant une anorexie mentale à celles présentant un diabète insulino-dépendant, et à celles sans diagnostic psychiatrique ou condition médicale. Les auteurs s'intéressent au fonctionnement familial (cohésion, expression de soi, conflits, alliance parentale).	<p>-Échantillon clinique :</p> <p>1) Le sous-groupe des adolescentes anorexiques comprend 25 filles âgées en moyenne de 15 ans et 9 mois et leur mère. Celles-ci ont été recrutées lors de leur évaluation en externe d'une clinique pédiatrique des troubles de l'alimentation. 80% des participantes vivaient dans une famille « intacte ». L'IMC moyen des participantes était de 15,7. La maladie était présente en moyenne depuis 1 ans et 4 mois.</p> <p>-Groupes de comparaison :</p> <p>1) Le sous-groupe des adolescentes diabétiques insulino-dépendants était composé de 24 filles âgées en moyenne de 15 ans et 8 mois. Elles ont été recrutées avec leur mère dans une clinique multidisciplinaire du diabète. 80% d'entre elles vivaient dans une famille « intacte ». La durée moyenne de la maladie était de 7 ans.</p> <p>2) Le sous-groupe sans problème physique était composé de 44 filles âgées en moyenne de 16 ans et leur mère. Elles ont été recrutées dans une clinique pédiatrique où elles se sont présentées pour un examen médical de routine. 88,6% d'entre elles vivaient dans une famille « intacte ».</p>	<p>-Le Family Environment Scale (FES) (Moos & Moos, 1981) est un questionnaire autocomplété de 90 items utilisé pour évaluer la perception des relations familiales. Les auteurs ont retenu pour l'étude les échelles de cohésion, d'expression de soi et la présence de conflits dans la famille.</p> <p>-Parenting Sense of Competence Scale (Gibaud-Wallston & Wandeman, 1978) permet d'évaluer l'estime de soi parentale et le sentiment de compétence par rapport aux problèmes de l'enfant.</p> <p>- Le Parenting Alliance Inventory (PAI) (Abidin & Brunner, 1995) est un questionnaire autocomplété de 20 items utilisé pour documenter certains aspects de la relation conjugale tels que l'engagement et la coopération entre les conjoints en ce qui a trait aux soins de l'enfant.</p> <p>-Le BDI short-form (BDI-SF) (Beck & Beck, 1972) est un questionnaire autocomplété de 13 items permettant de documenter les symptômes dépressifs chez les mères.</p>	<p>-Lorsque comparées aux mères d'adolescentes « en santé », les mères d'adolescentes anorexiques perçoivent davantage de conflits dans leur famille (selon le FES), obtiennent des scores inférieurs aux sous-échelles sentiments d'efficacité et de satisfaction dans l'exercice du rôle parental (selon le Parenting Sense of Competence Scale). De plus, il apparaît que les mères d'adolescentes anorexiques perçoivent une moins bonne alliance parentale (le sentiment de faire équipe avec son conjoint) que le groupe de comparaison selon le Parenting Alliance Inventory.</p> <p>-Les mères d'anorexiques vivent davantage de symptômes dépressifs et de sentiment d'inquiétude que les mères de diabétiques et les mères d'adolescentes « en santé » (selon le BDI-SF)</p> <p>-Enfin, les groupes ne diffèrent pas au niveau de la cohésion et de l'expression de soi dans la famille selon le FES.</p>	

Auteurs	But de l'étude	Echantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Stern et al., 1989), États-Unis	Cette étude vise à explorer le fonctionnement familial chez les jeunes femmes anorexiques et boulimiques.	<p>-Échantillon clinique : L'échantillon clinique est composé de 57 jeunes femmes âgées entre 10 et 40 ans présentant une anorexie restrictive (n=20), une anorexie de type boulimique avec purge (n=13) ou une boulimie (n=24). L'âge moyen des participantes se situe entre 19,4 ans (anorexie restrictive) et 24,4 ans (boulimie). Cette étude a été retenue puisqu'une partie de l'échantillon est composée d'adolescentes.</p> <p>-Groupe de comparaison : Le groupe de comparaison est composé de 57 participantes correspondant aux mêmes caractéristiques de l'échantillon clinique sur les plans du sexe, de l'âge et de la race. Les participantes du groupe de comparaison ont été recrutées à l'aide de brochures affichées dans une université et de publicités dans le journal local. L'âge moyen des participantes est de 21,9 ans.</p>	Étude comparative	<p>-Le Family Environment Scale (Moos & Moos, 1981) est un questionnaire de 90 items. Ce questionnaire comprend 9 sous-échelles soit la cohésion, l'expression, les conflits, l'indépendance, l'orientation vers l'accomplissement, l'orientation vers les activités culturelles et intellectuelles, l'orientation vers les activités récréatives, les valeurs morales et religieuses, l'organisation et le contrôle.</p> <p>Les participantes de l'échantillon clinique et du groupe de comparaison ont chacune rempli le Family Environment Scale. Un de leurs parents devait aussi remplir ce questionnaire. Les auteurs ont calculé la moyenne des deux scores afin d'obtenir un score moyen pour chacune des échelles.</p>	<p>-Les sujets présentant une anorexie de type boulimique avec purge et ceux présentant une boulimie perçoivent leur famille comme étant moins cohésive que les sujets du groupe de comparaison.</p> <p>-Les sujets présentant une anorexie de type boulimique avec purge, une anorexie restrictive et une boulimie obtiennent un score inférieur aux sujets du groupe de comparaison sur le plan de l'expression de soi.</p> <p>-Les parents des sujets présentant une anorexie de type boulimique avec purge ont décrit leur famille comme vivant davantage de conflits que les parents des sujets du groupe de comparaison.</p> <p>-Les sujets présentant une anorexie de type boulimique avec purge perçoivent davantage de conflits dans leur famille que les sujets du groupe de comparaison.</p> <p>-Les sujets présentant une anorexie restrictive obtiennent des scores plus faibles à l'échelle orientation vers les activités récréatives que les sujets du groupe de comparaison.</p>	<p>-Les groupes clinique et de comparaison sont hétérogènes au niveau de l'âge des répondantes</p> <p>-Étude rétrospective</p>

Auteurs	But de l'étude	Échantillon	Méthode	Outils de mesure	Résultats	Limites
(Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005) Croatie	Cette étude vise à documenter la cohésion familiale, la flexibilité et la communication chez les familles de patientes présentant un trouble de la conduite alimentaire.	<p>-Échantillon clinique : L'échantillon clinique se compose de 76 patientes âgées en moyenne de 20,2 ans présentant un trouble de la conduite alimentaire suivies en clinique externe. Les patientes présentent un diagnostic de trouble alimentaire selon les critères diagnostiques du DSM-IV. 29 mères ont été sélectionnées parmi celles ayant participé aux consultations familiales après l'admission de leur fille en psychothérapie.</p> <p>-Groupes de comparaison : (1) 50 participantes appariées âgées en moyenne de 21,8 ans ne présentant pas de pathologie alimentaire ainsi que leur mère (n=50) ont été recrutées par leur médecin généraliste dans une clinique de médecine de l'adolescence et de jeune adulte. (2) 79 étudiantes en médecine âgées en moyenne de 20,8 ans ont aussi été recrutées afin de former un deuxième groupe de comparaison. L'échantillon ne contient pas d'adolescentes.</p>	Étude comparative	<p>-Le Family Adaptability and Cohesion scales (FACES-III) (Olson et al., 1992) est un questionnaire de 30 items de type likert utilisé permettant d'évaluer la perception que les membres de la famille ont de la cohésion et l'adaptabilité familiales. Le questionnaire a été administré aux sujets ainsi qu'à leur mère dans les deux groupes.</p> <p>-Le formulaire de communication parent-adolescent (Dare & Eissler, 1997) a également été administré aux participants. Ce questionnaire comprend 20 items de type likert regroupés en deux sous-échelles (ouverture de la communication familiale et problèmes au niveau de la communication familiale).</p>	<p>-Les participantes présentant un trouble de la conduite alimentaire perçoivent leur famille comme moins cohésive et moins flexible que les sujets des groupes de comparaison selon le FACES-III.</p> <p>-Les mères des sujets présentant un trouble de la conduite alimentaire perçoivent leur famille comme moins cohésive comparativement aux mères du groupe de comparaison selon le FACES-III.</p> <p>-Les participantes présentant un trouble de la conduite alimentaire perçoivent leur famille comme moins flexible et moins cohésive que leurs mères selon le FACES-III.</p> <p>-Selon le Parent-Adolescent Communication Scale, les sujets présentant un trouble de la conduite alimentaire ont décrit leur communication avec leur mère comme moins satisfaisantes que les sujets des groupes de comparaison.</p> <p>-Aucune différence n'a été observée entre les sous-types de troubles de la conduite alimentaire au niveau de l'adaptabilité et la cohésion familiale.</p>	

Annexe B

Exemption du projet de recherche

Comité d'éthique - Confirmation de l'exemption de votre projet de recherche

Brigitte Poitras

jeu. 14/04/2016 13:42

À : Christina Blier

Cc : Robert Pauzé

Bonjour Madame Blier,

Le présent courriel a pour but de vous confirmer l'exemption, par le CÉRUL, du projet de recherche intitulé :

Identification et description de différents profils chez les familles d'adolescentes présentant une anorexie mentale
réalisé dans le cadre de votre **maîtrise** en **service social**

Donc, pour ce qui est de l'éthique de la recherche, votre dossier est en règle.

Je vous souhaite une bonne journée.

Brigitte Poitras



Secrétaire de gestion

Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé

Comité d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation

Maison Michael-John-Brophy

2241, chemin Sainte-Foy, local 106

Québec (Québec) G1V 0A6

Tél. : (418) 656-2131 poste 13162