

Table des matières

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE DOCTORAL	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
REMERCIEMENTS	IX
SATISFACTION CONJUGALE, STRATÉGIES D'ADAPTATION ET HYPERPHAGIE BOULIMIQUE	1
HYPERPHAGIE BOULIMIQUE	2
ÉVOLUTION	4
COMORBIDITÉ	4
DIFFICULTÉS ASSOCIÉES	5
<i>Au plan physique</i>	5
<i>Aux plans psychologique et fonctionnel (occupationnel, social et interpersonnel)</i>	6
<i>HB clinique VS HB sous-clinique</i>	7
ÉTIOLOGIE	8
STRESS, STRATÉGIES D'ADAPTATION ET HB	11
STRATÉGIES D'ADAPTATION.....	11
STRATÉGIES D'ADAPTATION, HB ET DÉSINHIBITION ALIMENTAIRE	12
INSATISFACTION CONJUGALE, STRATÉGIES D'ADAPTATION, HB ET DÉSINHIBITION ALIMENTAIRE	14
INSATISFACTION CONJUGALE	14
INSATISFACTION CONJUGALE, HB ET DÉSINHIBITION ALIMENTAIRE	15
INSATISFACTION CONJUGALE, STRATÉGIES D'ADAPTATION, HB ET DÉSINHIBITION ALIMENTAIRE	16
OBJECTIFS	17
METHODOLOGIE	18
PROCEDURE.....	18
PARTICIPANTES	19
INSTRUMENTS.....	21
<i>Entrevue portant sur la symptomatologie alimentaire</i>	22
<i>Mesures auto rapportées portant sur les données sociodémographiques</i>	22
<i>Mesures auto rapportées portant sur la symptomatologie alimentaire</i>	23
<i>Mesures auto rapportées portant sur l'insatisfaction conjugale</i>	24
<i>Mesures auto rapportées portant sur les stratégies d'adaptation</i>	26
ANALYSES STATISTIQUES.....	27
RESULTATS	28
DONNEES DESCRIPTIVES DE L'ECHANTILLON AU T1	28
<i>Symptomatologie alimentaire au T1</i>	28
<i>Insatisfaction conjugale et stratégies d'adaptation au T1</i>	30
VARIATIONS ENTRE LES DIFFERENTS TEMPS DE MESURE	31
<i>Variables de symptomatologie alimentaire</i>	31
<i>Insatisfaction conjugale et stratégies d'adaptation</i>	32
ASSOCIATIONS ENTRE LES VARIABLES A L'AIDE DES SCORES MOYENS (T1+T10).....	32
REGRESSION A L'AIDE DES SCORES MOYENS (T1+T10)	33

DISCUSSION	36
LIMITES	40
DIRECTIONS FUTURES ET IMPLICATIONS POUR LA PREVENTION ET L'INTERVENTION	42
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXE 1 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR L'HB.....	61
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	65

Liste des tableaux

Tableau 1: Motifs d'exclusion.....	20
Tableau 2: Corrélations entre les variables à l'aide des scores moyens (T1+T10)	35

Remerciements

La réalisation de mon mémoire doctoral n'aurait pu être possible sans l'appui des nombreuses personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, à mener à bien mon projet. En premier lieu, je tiens à remercier mes codirecteurs de recherche, monsieur Stéphane Sabourin et madame Catherine Bégin, pour m'avoir soutenue durant l'interminable rédaction de mon mémoire doctoral, qui devait être un marathon mais qui s'est transformée en course à obstacles. Merci aussi à la directrice de mon comité d'encadrement, madame Tamarha Pierce, pour ses judicieux conseils prodigués lors des différents séminaires de projet. Merci aussi aux conseillères statistiques du GRIP, mesdames Hélène Paradis, Nadine Forget-Dubois et Bei Feng pour m'avoir éclairée sur l'univers des statistiques. Merci à Natacha, Claudia, Mélissa et Kaïla, mes collègues de laboratoire, pour les belles années de camaraderie et de collaboration. Merci à mon excellente amie Annie M. pour son aide incalculable. En terminant, un merci tout spécial à mon conjoint François et à mes parents Alain et Josée pour leur soutien constant et leur confiance en moi malgré mes doutes.

SATISFACTION CONJUGALE, STRATÉGIES D'ADAPTATION ET HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

De plus en plus, les études mettent en évidence que les affects négatifs jouent un rôle important pour expliquer les variations du comportement alimentaire, notamment dans le développement et le maintien des troubles alimentaires (Barker, Williams, & Galambos, 2006 ; Stice, 2002). Les affects négatifs peuvent être soulevés par toutes sortes de situations stressantes ou insatisfaisantes, dont les relations interpersonnelles et plus spécifiquement, les relations conjugales. Le recours à des stratégies d'adaptation adaptées ou mésadaptées pour gérer ces situations pourrait donc agir à titre de médiateur entre la qualité des relations de couple et le comportement alimentaire. À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées aux enjeux conjugaux chez des femmes qui souffrent d'hyperphagie boulimique (HB), un trouble des conduites alimentaires (TCA) qui vient d'obtenir le statut de trouble spécifique dans le DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) et dont le taux de prévalence atteint aisément le double de celui des autres troubles spécifiques (jusqu'à 6% pour l'HB ; jusqu'à 3% pour la boulimie (BN) ; jusqu'à 1% pour l'anorexie (AN)). Ce taux élevé de prévalence et son inclusion récente dans le principal manuel diagnostique des troubles mentaux justifient pleinement la pertinence de réaliser une étude sur le sujet. Dans ce contexte, ce mémoire doctoral propose d'examiner les relations entre l'insatisfaction conjugale, les stratégies d'adaptation et la sévérité de la symptomatologie alimentaire de femmes souffrant d'HB.

Le présent mémoire doctoral est constitué de trois parties distinctes. La première constitue l'introduction générale décrivant l'état actuel des connaissances sur l'HB. Elle présente d'abord les études qui ont documenté la prévalence, l'étiologie, l'évolution, la comorbidité et les difficultés associées à l'HB. Puis, suit le relevé de la littérature portant plus spécifiquement sur l'état actuel des connaissances ayant trait aux liens entre les stratégies d'adaptation, la satisfaction conjugale et l'HB. Les objectifs principaux et spécifiques du mémoire doctoral sont finalement présentés. La seconde partie expose le projet mené dans le cadre du présent mémoire doctoral ; la méthodologie ainsi que les principaux résultats empiriques y sont décrits. Enfin, la dernière partie du mémoire doctoral propose une discussion générale des résultats obtenus en cours de projet, en énonce les limites et suggère des pistes d'avenues possibles pour de futures recherches dans le domaine.

Hyperphagie boulimique

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont caractérisés par des perturbations graves du comportement alimentaire. La 5^{ème} édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; American Psychiatric Association [APA], 2013) distingue désormais trois diagnostics spécifiques de TCA, soit l'anorexie mentale (AN), la boulimie nerveuse (BN) et l'hyperphagie boulimique (HB). L'AN se caractérise par une restriction volontaires des apports alimentaires et énergétiques entraînant une perte de poids excessive alors que la BN se définit par des épisodes répétés de crises de boulimie, suivis de comportements compensatoires inappropriés tels que les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques ou d'autres médicaments, le jeûne, et l'exercice physique excessif. L'AN et la BN sont les deux TCA les plus connus et ils ont reçu une attention considérable de la part de la communauté scientifique. L'HB est une pathologie qui a reçu moins d'attention du fait qu'elle était, jusqu'à tout récemment, classifiée dans la grande catégorie des TCA « non spécifiés » (EDNOS, une catégorie destinée à diverses variations de symptômes alimentaires qui ne remplissent pas tous les critères des TCA spécifiques). L'HB s'est vue reconnaître le statut spécifique de TCA lors de la publication de la 5^{ème} version du DSM. L'HB (voir critères diagnostiques en annexe 1) se caractérise par la présence d'épisodes récurrents de crises de boulimie, mais en l'absence de recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids. Les crises de boulimie se définissent par l'absorption d'une quantité inhabituellement grande de nourriture accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle, qui lui se définit par l'incapacité de résister à un ou des aliments en particulier ou l'incapacité de s'arrêter de manger malgré le sentiment de ne plus avoir faim (APA, 2013). L'HB s'accompagne de plusieurs caractéristiques (dont trois sont nécessaires pour poser le diagnostic) : ingestion très rapide de nourriture entraînant une sensation pénible de distension abdominale ; ingestion de grandes quantités de nourriture sans avoir faim ; prise d'aliments de façon solitaire en raison de la gêne causée par la quantité de nourriture absorbée ; sentiments de dégoût, de culpabilité ou de dépression après avoir trop mangé. Les attitudes, comportements et cognitions associés à l'HB entraînent une détresse significative (APA, 2013).

Bien que ne faisant pas partie des critères diagnostiques, certaines attitudes et comportements dysfonctionnels en lien avec l'alimentation et l'apparence sont bien documentés dans la littérature sur les individus souffrant d'HB (Devlin, 1996 ; Telch & Agras, 1994 ; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 2000). Il a été démontré que ces derniers présentent des préoccupations par rapport au poids et à l'image corporelle (Elder et al., 2006 ; Striegel-Moore et al., 2001), de l'insatisfaction vis-à-vis l'image corporelle (Devlin, 2001 ; Goldfein, Devlin, & Spitzer, 2000 ; Grilo, Masheb, & Wilson, 2001), de la surévaluation de l'apparence (Allison,

Grilo, Masheb, & Stunkard, 2005 ; Wilfley, Schwartz, et al., 2000), de la désinhibition alimentaire (Sorbara & Geliebter, 2002 ; Wardle, Waller, & Rapoport, 2001) et de la restriction alimentaire (Devlin, 1996 ; Telch & Agras, 1994 ; Wilfley, Schwartz, et al., 2000). La pathologie alimentaire se maintient même en contrôlant pour l'indice de masse corporelle (IMC : kg/m^2) et les symptômes dépressifs (Fassino, Leombruni, Pierò, Abbate-Daga, & Rovera, 2003 ; Grilo et al., 2008).

La prévalence à vie de l'HB se situe entre 1% et 6% au sein de la population générale (APA, 2013 ; Gruzca, Przybeck, & Cloninger, 2007 ; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007 ; Thompson, 2004), ce qui représente un taux de prévalence plus élevé que l'AN et la BN (jusqu'à 1% et 3% respectivement dans la population générale ; APA, 2013). De plus, la prévalence de l'HB s'élève jusqu'à 10% au sein de la population d'individus obèses et se situe entre 30% et 50% chez les individus obèses inscrits à des programmes de traitement visant la perte de poids et chez les candidats à une chirurgie bariatrique (Grilo, 2002 ; Hsu et al., 2002 ; Hudson et al., 2007).

En plus d'être plus prévalente dans la population générale, plusieurs caractéristiques distinguent l'HB des autres TCA spécifiques (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). D'abord, elle affecte davantage d'hommes (ratio allant de deux femmes pour un homme à trois femmes pour deux hommes, selon les études ; APA, 2013 ; Gruzca et al., 2007 ; Hudson et al., 2007) et de personnes provenant de minorités ethniques (APA, 2013 ; Grilo, 2002 ; Striegel-Moore & Franko, 2008). De plus, jusqu'à 50% des individus atteints d'HB ont un surplus de poids ou sont obèses (Didie & Fitzgibbon, 2005), alors que dans l'AN ou la BN, les individus ont un poids corporel sous la valeur minimum normale ou un poids normal. De plus, il ressort aussi clairement que les individus atteints d'HB, qu'ils soient obèses ou non, sont plus âgés que ceux souffrant d'AN ou de BN (Barry, Grilo, & Masheb, 2003 ; Hudson et al., 2007 ; Striegel-Moore & Franko, 2003). En effet, l'HB peut survenir longtemps après l'entrée à l'âge adulte (Hudson et al., 2007 ; Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth, & Biebl, 1999a, 1999b), la survenue typique du trouble se situant autour de 25 ans (bien qu'il puisse aussi survenir à l'adolescence ou plus tard dans la vie adulte ; APA, 2013 ; Fairburn et al., 1998 ; Grilo & Masheb, 2000 ; Kessler et al., 2013). Ces distinctions entre l'HB, l'AN et la BN justifient elles aussi notre objet d'étude.

Évolution

Certaines recherches montrent que l'HB est un trouble qui s'atténue avec le temps et ce, même en l'absence de traitement, suggérant la rémission spontanée, alors que d'autres études mettent plutôt en évidence la chronicité du trouble, avec ou sans traitement (APA, 2013 ; Chavez & Insel, 2007 ; Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000 ; Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2008 ; Herzog & Delinsky, 2001 ; Hudson et al., 2007 ; Latner & Wilson, 2002). Une revue de littérature récente (Keel & Brown, 2010) révèle que le taux de rémission de l'HB se situe entre 25 et 80% pour des périodes de suivi allant d'une à 12 années (Agras, Crow, Mitchell, Halmi, & Bryson, 2009 ; Dingemans, Spinhoven, & van Furth, 2007 ; Fichter et al., 2008 ; Schlup, Munsch, Meyer, Margraf, & Wilhelm, 2009).

Comorbidité

À la fois les études épidémiologiques et les études de traitement mettent en évidence que les individus souffrant d'HB ont des taux de comorbidité psychiatrique élevés. On note ainsi une constellation de symptômes et de diagnostics, tant sur l'axe I que sur l'axe II et ce, même en contrôlant pour l'IMC (APA, 2013 ; Grilo et al., 2008 ; Grucza et al., 2007 ; Kessler et al., 2013 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013 ; Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). Par exemple, l'obésité à elle seule ne peut expliquer la forte comorbidité associée à l'HB (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009). En effet, tel qu'observé dans une étude comparant des individus obèses présentant des crises de boulimie et des individus obèses ne faisant pas de crises de boulimie, il semble que la présence de troubles psychiatriques comorbides est associée au fait de vivre des crises de boulimie plutôt qu'au fait d'être obèse (APA, 2013 ; Marcus et al., 1990).

Sur l'axe I, les individus atteints d'HB présentent des taux de comorbidité allant de 59% à 77%, selon qu'ils proviennent de la population générale ou de populations cliniques (APA, 2013 ; Fontenelle et al., 2003 ; Striegel-Moore et al., 2001). Les troubles comorbides les plus fréquemment associés à l'HB sont ceux de la famille des troubles de l'humeur, le diagnostic le plus fréquent étant celui de dépression, avec des taux de comorbidité actuelle s'élevant jusqu'à 50% et une prévalence à vie jusqu'à 60% (Agras, 2001 ; APA, 2013 ; Grucza et al., 2007 ; Wilfley et al., 2003). Les autres troubles de l'axe I fréquemment associés à l'HB sont les troubles anxieux, avec une prévalence à vie allant jusqu'à 30% (Agras, 2001 ; APA, 2013 ; Grucza et al., 2007 ; Wilfley et al., 2003) et les troubles liés aux substances, avec une prévalence à vie allant jusqu'à 33% (Agras, 2001 ; APA, 2013 ; Grucza et al., 2007 ; Stunkard & Allison, 2003).

En ce qui concerne l'axe II, les études montrent que les individus atteints d'HB présentent plus spécifiquement des troubles de la personnalité des groupes B et C, avec des taux s'élevant entre 20% et 35% (Bulik, Sullivan, & Kendler, 2002 ; Gruzca et al., 2007 ; Telch & Stice, 1998). En fait, 37% des individus souffrant d'HB ont au moins un trouble de personnalité comorbide alors que 14% en ont deux ou plus (Wilfley, Friedman, et al., 2000). Les troubles de la personnalité les plus fréquemment rencontrés sont : évitant, obsessionnel-compulsif et limite (Cassin & von Ranson, 2005).

Difficultés associées

En plus des taux élevés de comorbidité psychiatrique, l'HB est associée à des difficultés aux plans physique, psychologique, et fonctionnel (occupationnel, social et interpersonnel ; APA ; 2013 ; Gruzca et al., 2007 ; Kessler et al., 2013 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013 ; White & Grilo, 2006 ; Wonderlich, Joiner, Keel, Williamson, & Crosby, 2007). En effet, l'HB, comme les autres TCA spécifiques, est reliée à de nombreuses difficultés qui ont un impact négatif sur la longévité et la qualité de vie ainsi que sur la capacité de fonctionner optimalement en contextes occupationnel et social (APA, 2013 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013 ; Thompson, 2004). Les complications sont nombreuses et bien documentées (Agras, 2001 ; APA, 2013 ; Pomeroy, 2001 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013).

Au plan physique

Les individus atteints d'HB apparaissent généralement en santé et consultent pour d'autres motifs indirectement reliés à leur problématique alimentaire : requête pour des conseils sur la perte de poids ou préoccupations vis-à-vis le surplus de poids ; dépression ; douleur abdominale, gonflement (Pomeroy, 2001). D'ailleurs, peu de signes physiques sont apparentés à l'HB. Même si le surplus de poids et l'obésité ne constituent pas un critère diagnostique de l'HB (Devlin, Goldfein, & Dobrow, 2003), les problématiques les plus fréquemment associées à l'HB sont le surplus de poids et l'obésité (APA, 2013 ; Brownley, Berkman, Sedway, Lohr, & Bulik, 2007 ; Gruzca et al., 2007 ; Hudson et al., 2007). De plus, les risques de morbidité sont aussi augmentés en raison de l'association entre l'HB et l'obésité plus qu'en raison de la présence d'HB seule (Agras, 2001 ; Crow & Peterson, 2003 ; Flegal, Graubard, Williamson, & Gail, 2005 ; Zipfel, Löwe, & Herzog, 2003). Ainsi, les conséquences médicales de l'HB sont surtout celles liées à l'obésité, en particulier le diabète mellitus, l'hypertension, le taux de cholestérol élevé, et les maladies cardiovasculaires (Bulik et al., 2002 ; Pi-

Sunyer, 1995). Les décès des suites de l'HB sont très rares, mais il peut arriver des fatalités, par exemple une rupture gastrique après une énorme crise de boulimie (Pomeroy, 2001).

Aux plans psychologique et fonctionnel (occupationnel, social et interpersonnel)

L'HB est régulièrement associée à une piètre qualité de vie (APA, 2013 ; Rieger, Wilfley, Stein, Marino, & Crow, 2002 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013). En comparaison avec des individus contrôles obèses, les individus obèses atteints d'HB rapportent de plus faibles degrés de qualité de vie au niveau de la santé physique et de la mobilité, du bien-être émotionnel, du travail, de la sexualité, et de l'estime personnelle (Masheb & Grilo, 2004 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013). Il semblerait également que la qualité de vie est d'autant plus affectée lorsque les individus souffrant d'HB sont également obèses (Dominy, Johnson, & Koch, 2000 ; Marchesini, et al., 2002 ; Masheb & Grilo, 2004).

Les individus atteints d'HB rapportent également de la détresse psychologique (Bulik et al., 2002 ; Greeno, Wing, & Shiffman, 2000 ; Grilo et al., 2008 ; Le Grange, Gorin, Catley, & Stone, 2001 ; Ramacciotti et al., 2008 ; Wilfley, Friedman, et al, 2000) et un historique de demandes de consultation en raison de difficultés émotionnelles (Ramacciotti et al., 2008). Comparativement aux individus contrôles obèses, les individus atteints d'HB font état de davantage d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide (Gruzca et al., 2007). Les femmes atteintes d'HB sont six fois plus enclines à songer au suicide que les femmes sans trouble psychiatrique (Johnson, Spitzer, & Williams, 2001).

De plus, l'HB est associée à une perturbation des relations interpersonnelles, ainsi qu'à un faible fonctionnement social et occupationnel/éducatif, notamment l'absentéisme et l'improductivité (Hudson et al., 2007 ; Masheb & Grilo, 2004 ; Rieger et al., 2005 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013). Plus spécifiquement, on note davantage de problèmes avec la gestion des conflits et avec l'expression des affects négatifs (Grissett & Norvell, 1992 ; Pike, 1995), des difficultés à créer et soutenir des relations intimes et interpersonnelles significatives (Grilo, Wilfley, Jones, Brownell, & Rodin, 1994), de l'isolement social et l'absence de support social (Grissett & Norvell, 1992 ; Pike, 1995). La survenue de l'HB se situant souvent au début de l'âge adulte, il n'est pas surprenant que ce trouble vienne entraver le développement scolaire ou occupationnel des individus qui sont encore en formation académique ou en début de carrière (Simon, Schmidt, & Pilling, 2005).

Enfin, il apparaît que les individus souffrant d'HB sont plus enclins à recourir aux services de santé et à demander des traitements pour des problèmes émotionnels et de santé physique que des individus contrôles, ce qui engendre un impact aux plans économique et clinique (Agras et al., 1995 ; APA, 2013 ; Hudson et al., 2007 ; Striegel-Moore et al., 2004). En somme, les difficultés associées à l'HB sont multiples et entravent le bien-être physique et psychologique de même que le fonctionnement interpersonnel et occupationnel des individus qui en souffrent (Agras et al., 1995 ; APA, 2013 ; Hudson et al., 2007 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013 ; Wilfley et al., 2003) et ce, même en contrôlant pour les troubles psychiatriques comorbides et l'obésité (Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003 ; Johnson et al., 2001).

HB clinique VS HB sous-clinique

Les chercheurs qui se sont intéressés à l'HB ont aussi procédé à une analyse des déterminants et des conséquences des variantes sous-cliniques de l'HB. L'HB est considérée de sévérité sous-clinique si la quantité de nourriture absorbée n'est pas inhabituellement grande, si l'occurrence des crises de boulimie se situe en-deçà de la fréquence requise, si le trouble s'accompagne de moins de trois des cinq caractéristiques requises, ou si les symptômes alimentaires ne génèrent pas une détresse significative. L'HB sous-clinique s'avère d'ailleurs plus fréquente que l'HB, avec des taux multipliés par cinq (Danciger & Garfinkel, 1995 ; Pike & Striegel-Moore, 1997).

Dans les faits, aucune étude empirique ne vient démontrer la pertinence du critère de fréquence des crises de boulimie qui distingue l'HB clinique de ses variations sous-cliniques (Wonderlich et al., 2007). Le critère de fréquence a d'ailleurs été revu à la baisse dans la 5^e édition du DSM (le DSM-IV-TR exigeait deux occasions hebdomadaires). De plus, il ressort que les individus accordent plus d'importance à la notion de perte de contrôle et à la violation de règles alimentaires auto-imposées qu'à la quantité d'aliments ingérés lors d'une crise de boulimie (Colles, Dixon, & O'Brien, 2008 ; Johnson, Boutelle, Torgrud, Davig, & Turner, 2000 ; Telch, Pratt, & Niego, 1998). D'ailleurs, les individus dont la perte de contrôle est ressentie de manière plus marquée rapportent davantage de détresse psychologique, de symptômes dépressifs et une qualité de vie moindre (Colles et al., 2008). Ainsi, lorsque les individus sont questionnés quant à la fréquence de leurs crises de boulimie, les réponses font plutôt référence aux occasions où il y a eu perte de contrôle, ce qui inclut à la fois les crises de boulimie objectives et subjectives (Beglin & Fairburn, 1992). En effet, il a été démontré que l'absorption de petites quantités de nourriture peut aussi s'accompagner d'un sentiment de perte de contrôle (Latner, Vallance, & Buckett, 2008).

Certaines des études citées précédemment indiquent que les individus qui souffrent d'HB sous-clinique ne diffèrent pas significativement des individus qui souffrent d'HB clinique. En effet, ils présentent des degrés similaires d'obésité, de détresse psychologique, un historique de demandes de consultation, une faible estime personnelle, des difficultés interpersonnelles, et des préoccupations par rapport au poids et à l'image corporelle (Crow, Agras, Halmi, Mitchell, & Kraemer 2002 ; Elder et al., 2006 ; Striegel-Moore, et al., 2000). Ainsi, les crises de boulimie subjectives sont aussi associées à la pathologie alimentaire, au dysfonctionnement, ainsi qu'à la psychopathologie que les crises de boulimie objectives (Latner, Hildebrandt, Rosewall, Chisholm, & Hayashi, 2007). En conséquence, les individus souffrant d'HB sous-clinique, quel que soit le critère non atteint (quantité de nourriture ou fréquence des crises de boulimie), demeurent à risque élevé de présenter des perturbations graves (Colles et al., 2008).

Étiologie

L'étiologie de l'HB est encore méconnue (APA, 2013). L'hétérogénéité de la population d'individus atteints d'HB (ratio hommes-femmes élevé, diversité ethnique, obésité comorbide, symptomatologie diversifiée) engendre un profil varié qui vient complexifier l'examen de son étiologie (Manwaring et al., 2006 ; Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, & Fairburn, 2001 ; Striegel-Moore & Franko, 2003). Les résultats des quelques études qui se sont attardées à l'étiologie de l'HB convergent vers une explication multifactorielle (Pull, 2004 ; Striegel-Moore & Bulik, 2007 ; Striegel-Moore & Cachelin, 2001 ; Zipfel et al., 2003), même si la nature de l'interaction entre ces divers facteurs n'est pas encore clairement comprise (Garner, 1997).

Parmi les facteurs proposés sur le plan biologique, on retrouve la contribution génétique et le dérèglement de certains neurotransmetteurs qui contrôlent l'appétit, la faim, et la digestion (APA, 2013 ; National Eating Disorders Association [NEDA], 2005). Les quelques études de jumeaux qui portent sur l'influence des facteurs génétiques ont mis de l'avant la nature héritable du recours aux crises de boulimie et de l'obésité (Bulik, Sullivan, & Kendler, 2003 ; Sullivan, Bulik, Fear, & Pickering, 1998 ; Tanofsky-Kraff et al., 2009). Des études effectuées auprès de populations adultes montrent que l'hérabilité de l'HB atteint environ 50% (Mathes, Brownley, Mo, & Bulik, 2009 ; Tanofsky-Kraff et al., 2013). Enfin, l'IMC peut s'avérer un facteur de risque pour le développement de l'HB en ce sens que bon nombre d'individus atteints d'HB présentent un surplus de poids avant de recourir aux diètes puis aux crises de boulimie (McKnight Investigators, 2003 ; Reas & Grilo, 2007 ; Stice, 2002).

Parmi les facteurs socioculturels relevés, on retrouve la pression de la minceur et la promotion du corps parfait, la définition restrictive de la beauté en lien avec un poids et une silhouette spécifiques, les normes culturelles qui évaluent les individus selon leur apparence plutôt que selon leurs qualités, et la publicité véhiculant l'idée qu'il est toujours possible de s'améliorer (Holston & Cashwell, 2000 ; McKnight Investigators, 2003 ; Moradi, Dirks, & Matteson, 2005 ; Stice, 2002). Au plan interpersonnel, on retrouve les relations personnelles dysfonctionnelles, la difficulté à exprimer ses émotions et sentiments, le faible soutien social (isolement) et les antécédents d'abus physique, émotionnel ou sexuel (NEDA, 2005).

Quant aux facteurs psychologiques proposés dans la littérature pour expliquer le développement de l'HB, les spécialistes citent la faible estime personnelle, la perception négative de soi, le sentiment d'inefficacité (ne pas se sentir à la hauteur), le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa vie (impuissance), l'impulsivité, la recherche de sensations, l'insatisfaction et les distorsions de l'image corporelle, ainsi que les préoccupations à l'égard du poids, de la silhouette et de l'alimentation (Bulik et al., 2002 ; Grilo et al., 2008 ; McKnight Investigators, 2003 ; Ramacciotti et al., 2008 ; Stice, 2002).

La présence et la difficulté de régulation des affects négatifs (anxiété, tristesse, colère, culpabilité) font aussi partie des difficultés et ont été amplement étudiées (APA, 2013 ; Selby, Anestis, & Joiner, 2008 ; Smyth et al., 2007 ; Stice, 2002). L'importance des affects dans le processus des crises de boulimie est notée depuis l'apparition des premiers travaux menés par Fairburn, Cooper et Cooper (1986). Une revue de littérature (Stice, 2002) a mis de l'avant que les affects négatifs constituent un facteur de risque de développer une pathologie alimentaire, et un facteur causal de maintien des crises de boulimie chez les individus atteints de TCA (Barker, Williams, & Galambos, 2006). En effet, les émotions négatives ont été associées aux crises de boulimie dans le cadre d'études de laboratoire auprès d'individus atteints d'HB (Agras & Telch, 1998 ; Telch & Agras, 1996). Il est établi que chez les individus atteints d'HB, les crises de boulimie sont souvent déclenchées par des états dysphoriques (émotions modérément à fortement négatives), notamment la dépression et l'anxiété, ou à tout le moins en présence de sensations de tension (APA, 2013). Chez des étudiantes universitaires qui font des crises de boulimie, les affects négatifs sont plus intenses lors des journées de crises de boulimie que lors des journées sans crise (Barker et al., 2006 ; Wegner et al., 2002 ; Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrock, 2000). Ces crises de boulimie ne sont toutefois pas immédiatement précédées par un pic d'affects négatifs (Wegner et al., 2002).

De plus, il semblerait que les individus qui font des crises de boulimie sont plus sensibles au stress et rapportent davantage de stress. Par exemple, des étudiantes universitaires qui font des crises de boulimie rapportent davantage d'évènements stressants en comparaison à celles qui n'en font pas (Wolff et al., 2000). Dans une autre étude, les étudiantes collégiales qui font des crises de boulimie perçoivent certaines tâches et interactions comme étant plus stressantes que celles d'un groupe contrôle (Hansel & Wittrock, 1997). Également, des femmes qui font des crises de boulimie perçoivent les tracas du quotidien comme étant plus stressants et plus dérangeants (et consomment plus de calories les journées de tracas) que celles d'un groupe contrôle et ce, même si la fréquence des tracas quotidiens est similaire pour les deux groupes (Crowther, Snafner, Bonifazi, & Shepherd, 2001). Chez des étudiantes du collégial complétant un journal quotidien pendant 30 jours, le stress quotidien est associé aux crises de boulimie plus tard au cours de la même journée et ce, même en contrôlant pour les symptômes dépressifs (Freeman & Gil, 2004).

Les affects négatifs accompagnent souvent les expériences stressantes (Lazarus, 1999). En ce sens, de nombreuses études ont aussi mis en évidence une association entre le stress, les affects négatifs qui en découlent et la désinhibition alimentaire (Crowther et al., 2001 ; Freeman & Gil, 2004 ; Wolff et al., 2000).

Ainsi, il apparaît que le stress et les affects négatifs covarient positivement avec la désinhibition alimentaire chez une même personne et lors d'une même journée. La régulation émotionnelle pourrait donc être un médiateur intéressant dans l'explication de l'HB (Connan & Stanley, 2003). De façon plus spécifique, la régulation émotionnelle réfère aux stratégies utilisées par un individu pour réguler les affects négatifs qui découlent de situations stressantes. Documenter les stratégies d'adaptation utilisées par les individus souffrant d'HB pourrait nous permettre d'en apprendre davantage sur le lien entre le stress, les affects négatifs qui en découlent et l'HB. Qui plus est, il semble que ce soient les stressseurs relationnels (tels que des situations de rejet, d'opposition ou de conflit) qui affecteraient le plus la consommation alimentaire lorsque comparés à des stressseurs touchant la valeur personnelle d'un individu (« *ego-related stress* »), tels que l'anticipation de prendre la parole devant un groupe et l'incapacité à résoudre un problème impossible, ou à des stressseurs physiologiques (Tanofsky-Kraff, Wifley, & Spurrell, 2000). Donc, l'examen du lien entre le stress, les stratégies d'adaptation et la désinhibition dans un contexte relationnel, voire conjugal, pourrait être fort intéressant.

Stress, stratégies d'adaptation et HB

Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation jouent un rôle important dans la gestion des événements de vie stressants (Endler & Parker, 1994 ; McWilliams, Cox, & Enns, 2003). Les stratégies d'adaptation sont des comportements et des pensées utilisés dans le but de réduire ou de gérer les situations stressantes et les émotions négatives qui en découlent (Lazarus & Folkman, 1984). L'adaptation est un effort conscient pour gérer les demandes stressantes et négatives (internes ou externes) qui surpassent les ressources d'un individu (Endler & Parker, 1990 ; Lazarus, 1993 ; McCrae, 1984). L'adaptation est un concept multidimensionnel, composé de diverses stratégies indépendantes les unes des autres : centrées sur la tâche (gérer ou modifier le problème à l'origine de la détresse, approche active de résolution de problème), centrées sur les émotions (réguler la réponse émotionnelle engendrée par le problème, ruminer, devenir émotif, se blâmer, s'inquiéter) et centrées sur l'évitement (éviter la situation via la distraction en substituant une autre tâche, ou en se divertissant socialement en recherchant la compagnie d'autrui ; Cohan, Jang, & Stein, 2006 ; Endler & Parker, 1994).

Ces stratégies peuvent soit faciliter la gestion des situations stressantes et les émotions qui en découlent, soit nuire à la santé mentale et physique (Blechman, 1998 ; Endler & Parker, 1990, 1994 ; Parker & Endler, 1992 ; Somerfield & McCrae, 2000). Plusieurs études mettent en relief des associations significatives entre les stratégies d'adaptation et la détresse (Flett, Blankstein, & Obertynski, 1996 ; McWilliams et al., 2003). Par exemple, les stratégies centrées sur la tâche (ex : résolution de problème, recherche d'alternatives) seraient des stratégies plus adaptatives puisqu'elles sont négativement liées (ou non reliées) à la psychopathologie et à la détresse psychologique (Endler, Parker, & Butcher, 1993 ; Flett et al., 1996 ; Koff & Sangani, 1997). En général, les stratégies centrées sur la tâche s'avèrent les plus efficaces, à moins qu'il s'agisse d'une situation impossible à changer (Kelly, Tyrka, Price, & Carpenter, 2008). Par contre, les stratégies centrées sur les émotions (ex : ruminer, se blâmer) seraient des stratégies moins adaptatives puisqu'elles sont positivement liées à de hauts degrés de psychopathologie et de détresse psychologique, notamment la dépression, l'anxiété, une guérison incomplète suite à une maladie et un mauvais ajustement suite à un trauma (Bauman, Haaga, & Dutton, 2008 ; McWilliams et al., 2003 ; Staiger, Melville, Hides, Kambouropoulos, & Lubman, 2009). De même, les stratégies centrées sur l'évitement (ex : prétendre que tout va bien, rêvasser) sont elles aussi moins adaptatives et corrélées à divers indices de psychopathologie, notamment les symptômes dépressifs (Endler et al., 1993 ; Endler & Parker, 1994 ; Flett et al., 1996). Elles sont également associées à une

mauvaise résolution de problème, des difficultés à réguler les émotions et des idéations suicidaires (Catanzaro, Horaney, & Creasey, 1995 ; Heckman, Kochman, Sikkema, & Kalichman, 1999 ; Marusic & Goodwin, 2006).

Stratégies d'adaptation, HB et désinhibition alimentaire

Tel que mentionné précédemment, les affects négatifs ont été associés aux crises de boulimie (Agras & Telch, 1998 ; APA, 2013). Plusieurs auteurs suggèrent que les crises de boulimie surviendraient chez certains individus pour qui la régulation émotionnelle se fait difficilement (Johnson, Schlundt, Barclay, Carr-Nangle, & Engler, 1995 ; Telch & Stice, 1998). Il ressort d'ailleurs de la littérature que les femmes aux prises avec un TCA réagissent mal au stress. Elles ont recours à des stratégies d'adaptation mésadaptées qui peuvent exacerber la désinhibition alimentaire (Freeman & Gil, 2004). En effet, des chercheurs ont observé que les femmes atteintes d'HB génèrent des solutions moins efficaces et moins précises que les femmes en bonne santé (Svaldi, Dorn, & Trentowska, 2011). Cette efficacité réduite des efforts de résolution de problèmes interpersonnels est liée à l'augmentation de la fréquence des crises de boulimie (Svaldi et al., 2011).

Bien que le lien entre le stress et la désinhibition alimentaire soit bien établi, seules quelques études se sont penchées sur les différentes stratégies d'adaptation pouvant venir médier le lien (Blaase & Elklit, 2001). En ce sens, Sulkowski, Dempsey et Dempsey (2011) ont démontré une association positive entre les stratégies centrées sur les émotions et sur l'évitement, le stress et le recours aux crises de boulimie. Dans cette étude, les stratégies centrées sur les émotions constituaient le meilleur médiateur du lien entre le stress et la désinhibition alimentaire. Lorsque confrontées à des événements de vie stressants, ces femmes étaient plus enclines à recourir aux stratégies centrées sur les émotions et à rapporter de la désinhibition alimentaire. Mise à part cette étude, la consultation de la littérature montre que ce sont surtout les stratégies centrées sur l'évitement qui constituent le médiateur le plus fréquemment rapporté entre le stress et la désinhibition alimentaire. En effet, des chercheurs rapportent que les femmes qui font des crises de boulimie ont davantage recours aux stratégies centrées sur l'évitement (Sierra-Baigrie & Lemos-Giráldez, 2008) et que le recours aux stratégies centrées sur l'évitement est associé à l'exacerbation de la désinhibition alimentaire (Freeman & Gil, 2004). De plus, les stratégies centrées sur la distraction, sous-type d'évitement, sont associées au risque de recourir aux crises de boulimie plus tard en journée de même que le lendemain et ce, même en contrôlant pour les symptômes dépressifs (Freeman & Gil, 2004). Dans cette étude, d'ailleurs, seul le recours aux stratégies centrées sur la distraction (ni les symptômes dépressifs, ni le stress) est positivement corrélé à

l'augmentation de la fréquence des crises de boulimie le jour suivant. Ces résultats sont fort intéressants puisqu'ils font ressortir que l'usage de l'évitement (distraction) pourrait faire varier la fréquence des crises.

Le modèle d'évitement proposé par Heatherton et Baumeister (1991) est fréquemment invoqué pour expliquer ces résultats. Ce modèle stipule que l'écart entre le soi idéal et le soi réel occasionne des affects négatifs que les individus tentent d'éviter en concentrant le focus cognitif sur des stimuli environnementaux immédiats tels que la nourriture (Baumeister, 1990). En effet, cet écart entre le réel et l'idéal génère des affects négatifs, qui constituent un état aversif que l'individu serait motivé à éviter, par exemple en ayant recours aux crises de boulimie et à la désinhibition alimentaire. Selon ce modèle, les crises de boulimie serviraient donc soit à distraire, à masquer ou à éviter la conscience de soi négative générée par les situations stressantes (Heatherton & Baumeister, 1991 ; Polivy & Herman, 1999). Ce phénomène est aussi décrit comme un rétrécissement du focus cognitif (« cognitive narrowing »). Les individus attribuent ensuite les affects négatifs aux crises de boulimie plutôt qu'à la source réelle de la détresse, perpétuant ainsi le problème au long cours (Polivy & Herman, 1999). Polivy et Herman ont en effet démontré que des étudiantes collégiales qui échouent à une tâche vont attribuer leurs affects négatifs davantage au fait d'avoir ingéré une quantité illimitée de lait frappé plutôt qu'à l'échec de la tâche. Il semble donc que les étudiantes sont plus enclines à relier leurs affects négatifs à la nourriture ingérée (dans ce cas-ci le lait frappé) qu'à un sentiment d'insatisfaction personnelle. Bref, selon ce modèle, ce ne serait pas tant les affects négatifs qui conduisent à des crises de boulimie, mais plutôt la façon dont certains individus réagissent lorsqu'ils sont aux prises avec ces affects négatifs et les mécanismes qu'ils mettent en place pour les gérer. Ce modèle suggère donc qu'une autre variable, possiblement en lien avec les stratégies d'adaptation, pourrait être impliquée dans la relation observée entre les affects négatifs et les crises de boulimie.

Bref, la littérature actuelle se montre en faveur de l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de stratégies d'adaptation inadaptées (plus spécifiquement les stratégies d'évitement et centrées sur les émotions) pourrait agir à titre de médiateur dans la relation entre le stress ainsi que les affects négatifs et la désinhibition alimentaire. Ainsi, les individus qui font des crises de boulimie vivraient plus de stress et y seraient plus sensibles, ce qui générerait des affects négatifs qu'ils tenteraient ensuite de réguler en appliquant des stratégies inadaptées de gestion du stress, i.e. en utilisant la fuite / l'évitement ce qui engendrerait une augmentation des comportements alimentaires inappropriés.

Cette avenue mérite d'être explorée davantage. Toutefois, il pourrait être pertinent de cibler certains facteurs de stress spécifiques afin d'en mesurer la contribution sur les comportements alimentaires. En effet, les affects négatifs peuvent être soulevés par une variété de situations stressantes, mais certains facteurs présents au long cours pourraient avoir un impact considérable sur les comportements alimentaires, par exemple les relations interpersonnelles, et plus spécifiquement les relations conjugales. À notre connaissance, peu de chercheurs se sont penchés sur les problèmes conjugaux des femmes qui souffrent d'HB malgré un intérêt croissant pour le lien entre le couple et l'HB. Considérant que l'âge moyen de la survenue du trouble se situe autour de 25 ans (APA, 2013 ; Fairburn et al., 1998 ; Grilo & Masheb, 2000 ; Hudson et al., 2007), il est donc hautement probable qu'une forte proportion d'individus développe l'HB au moment même de la formation d'une relation de couple ou alors qu'ils sont en couple. Comprendre le contexte interpersonnel dans lequel l'HB se développe ou persiste apparaît important (Whisman, Dementyeva, Baucom, & Bulik, 2012). En ce sens, l'insatisfaction conjugale des femmes pourrait agir en tant que stressor émotionnel et relationnel important pouvant influencer la manière dont les femmes se comportent au plan de l'alimentation (Blais, Hess, Bourbonnais, Saintonge, & Riddle, 1995). Plus spécifiquement, cette insatisfaction pourrait potentiellement représenter un stress chronique duquel découlent des affects négatifs avec lesquels les femmes tentent de composer.

Insatisfaction conjugale, stratégies d'adaptation, HB et désinhibition alimentaire

Insatisfaction conjugale

Au Québec, la proportion de couples qui vivent de la détresse conjugale (i.e. faible ajustement dyadique) s'élève à près de 25% (Bégin, Sabourin, Boivin, Frenette, & Paradis, 2002), sans compter que les taux de dissolution d'unions sont élevés, allant de 50% pour les premiers mariages jusqu'à 70% pour les remariages (Statistique Canada, 2002). Des études ont démontré que les problèmes conjugaux figurent en tête de liste des raisons qui poussent les individus à consulter en psychologie (Berscheid, 1999 ; Bradbury, 1998 ; Maling, Gurtman, & Howard, 1995). La détresse conjugale entraîne des conséquences émotives, physiques, comportementales, sociales et économiques néfastes pour chacun des conjoints (Graham, Liu, & Jeziorski, 2006 ; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001).

L'ajustement dyadique (ou satisfaction conjugale) se définit comme un état qui évolue sur un continuum et qui dépend de divers facteurs tels les différences non assumées dans le couple, les tensions intra et interpersonnelles, la satisfaction, la cohésion et le consensus sur des aspects jugés importants par l'un et/ou l'autre des partenaires (Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986). L'ajustement dyadique, davantage que le statut conjugal, a un effet sur la santé mentale (Dura, Stukenberg, & Kiecolt-Glaser, 1990 ; Gagnon, Hersen, Kabacoff, & Van Hasselt, 1999 ; Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993 ; Quirouette & Pushkar-Gold, 1992). Plus spécifiquement, les femmes sont plus enclines que les hommes à vivre de la détresse psychologique au sein de relations conjugales insatisfaisantes (Levenson et al., 1993 ; Vinokur & Vinokur-Kaplan, 1990). L'ajustement dyadique aurait même une influence considérable sur l'amélioration à long terme des problèmes de santé mentale (Kessler, Walters, & Forthofer, 1998).

Insatisfaction conjugale, HB et désinhibition alimentaire

L'insatisfaction conjugale est liée à certains indicateurs de problématiques alimentaires. Par exemple, elle est positivement associée à l'insatisfaction vis-à-vis l'image corporelle et ce, même en contrôlant pour l'IMC, l'estime de soi, l'âge et le genre (Friedman, Dixon, Brownell, Whisman, & Wilfley, 1999). De plus, en comparaison à leur conjoint, les femmes ont davantage de préoccupations par rapport à leur poids et ont davantage recours à des comportements de diète, sains ou malsains (Markey, Markey, & Birch, 2001). De plus, la détresse conjugale est associée au recours à des comportements malsains de diète chez les femmes mariées (N=187), tels que le recours aux pilules amaigrissantes et aux vomissements et ce, même en contrôlant pour l'IMC, les préoccupations par rapport au poids, l'estime de soi et la dépression (Markey et al., 2001).

Une autre étude a démontré que les femmes insatisfaites de leur relation conjugale (soit un tiers de l'échantillon) rapportent davantage de restriction alimentaire, des préoccupations plus intenses à l'égard de leur silhouette et de leur alimentation, plus de désinhibition alimentaire et une plus grande susceptibilité à la faim (Gagnon-Girouard et al., 2010).

À notre connaissance, seuls Whisman et ses collaborateurs (2012) se sont intéressés à l'association entre le fonctionnement conjugal et la présence d'HB. Le fonctionnement conjugal était mesuré via trois aspects, soit la satisfaction conjugale, la fréquence des interactions positives et la fréquence des interactions négatives.

Ces chercheurs concluent que les femmes atteintes d'HB rapportent un moins bon fonctionnement conjugal que les femmes issues du groupe contrôle ou que celles atteintes d'un autre trouble sur l'axe I. La fréquence plus élevée des interactions négatives chez les femmes souffrant d'HB est d'autant plus pertinente à considérer dans la compréhension de l'HB puisque la littérature démontre que les interactions négatives génèrent beaucoup de détresse et d'affects négatifs lorsqu'elles surviennent (Rook, 1998).

Insatisfaction conjugale, stratégies d'adaptation, HB et désinhibition alimentaire

Certains auteurs émettent l'hypothèse que les crises d'hyperphagie pourraient constituer un moyen de gérer les affects négatifs découlant des situations stressantes générées au sein du couple (Beumont & Touyz, 2003 ; Van den Broucke, Vandereycken, & Norré, 1997). En ce sens, l'insatisfaction conjugale pourrait constituer un stressor psychologique quotidien susceptible d'avoir un impact sur les comportements alimentaires. En effet, depuis longtemps, de nombreux auteurs suggèrent que les symptômes alimentaires pourraient agir à titre de distraction des autres problèmes, y compris ceux qui surgissent au sein du couple (Levine, 1988 ; Root, Fallon, & Friedrich, 1986 ; Schwartz, Barrett, & Saba, 1985). C'est d'ailleurs la prémisse qui sous-tend le modèle d'évitement proposé par Heatherton et Baumeister (1991) présenté précédemment.

À notre connaissance, seules deux études récentes ont mis en relation les difficultés de couple, les stratégies d'adaptation et les conduites alimentaires. La première étude, qui a été menée auprès de 91 couples hétérosexuels en provenance de la communauté consistait à observer, à l'aide d'un journal quotidien auto-rapporté, une série de variables à la fin de chaque journée pour une série prédéterminée de sept journées consécutives (Butler, Young, & Randall, 2010). Cette étude visait à évaluer le lien entre les affects négatifs vécus, la suppression émotionnelle et la désinhibition alimentaire. Cette étude a démontré que les femmes présentant un surplus de poids rapportent manger plus qu'à l'habitude les journées au cours desquelles elles suppriment les émotions négatives vécues dans la relation dans le but de plaire à leur partenaire (en d'autres mots, plus elles suppriment, plus elles se désinhibent au niveau alimentaire). Au cours de ces mêmes journées au cours desquelles les femmes en surpoids suppriment plus et mangent plus, les conjoints rapportent plus de sentiments positifs et moins de sentiments négatifs vis-à-vis leur conjointe. Cet effet de la suppression est absent chez les femmes de poids normal. Ces résultats laissent entrevoir la possibilité, du moins chez les femmes en surpoids, d'un lien entre les affects négatifs, la suppression émotionnelle qui peut clairement s'apparenter à une forme d'évitement, et la désinhibition alimentaire.

La seconde étude récente apporte un appui supplémentaire à l'association entre l'ajustement dyadique et divers indicateurs de pathologie alimentaire (Gagnon-Girouard et al., 2010). Les auteurs se sont intéressés aux femmes en couple, en surpoids, rapportant des préoccupations vis-à-vis le poids ou la forme corporelle (N=65). Ils ont observé que l'insatisfaction conjugale est liée à la désinhibition alimentaire. Plus spécifiquement, ils ont noté que c'est via les stratégies d'adaptation centrées sur l'évitement, plus précisément la distraction, que l'insatisfaction conjugale mène à la désinhibition alimentaire. Ceci va dans le même sens qu'une étude citée précédemment, qui faisait ressortir elle aussi que le recours aux stratégies centrées sur la distraction fait augmenter l'occurrence des crises de boulimie dans le temps (Freeman & Gil, 2004).

Le relevé de littérature fait bien montre de la présence possible de liens entre un stress de nature relationnelle/conjugale, la présence de stratégies de gestion du stress inadaptées principalement centrées sur l'évitement, et la désinhibition alimentaire. Or, très peu d'études, mises à part celles de Freeman et Gil (2004) et de Butler et ses collègues (2010) ont eu recours à des mesures dynamiques permettant de mieux identifier comment ces variables interagissent ensemble dans le temps. C'est d'ailleurs ce que la présente étude propose de faire puisque qu'elle visera à examiner, à l'aide de prises de mesures bimensuelles pendant cinq mois, l'interaction entre l'insatisfaction conjugale, les stratégies de gestion du stress inadaptées principalement centrées sur l'évitement, et la désinhibition alimentaire.

Objectifs

Le premier objectif vise à caractériser l'échantillon de femmes atteintes d'HB en couple et cohabitant depuis six mois ou plus aux plans de la symptomatologie alimentaire (i.e. : attitudes, pensées et comportements en lien avec la nourriture), de la satisfaction conjugale et des stratégies d'adaptation.

Le second objectif vise à vérifier la présence de variations bimensuelles de l'insatisfaction conjugale, des stratégies d'adaptation et de la sévérité des symptômes alimentaires.

Le troisième objectif vise à observer les associations entre l'insatisfaction conjugale, les stratégies d'adaptation et la symptomatologie alimentaire.

Le quatrième objectif vise à vérifier si les stratégies d'adaptation, plus précisément les stratégies d'évitement, agissent à titre de médiateur dans l'association entre l'insatisfaction conjugale et la symptomatologie alimentaire chez un échantillon de femmes atteintes d'HB.

Méthodologie

Procédure

Les participantes ont été recrutées à l'aide de différentes méthodes. De la publicité a été faite par les intervenantes de l'Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie et de boulimie (ANEB Québec). Cet organisme communautaire à but non-lucratif dessert la grande région de Montréal en plus de compter parmi ses membres des femmes qui attendent d'être prises en charge par le Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Ainsi, les participantes aux groupes de soutien (ouvert et fermé) de même que les participantes sur la liste d'attente ainsi que les appelantes à la ligne d'écoute téléphonique de l'ANEB ont été sollicitées pour faire partie de l'étude. Également, une invitation a été envoyée par courriel aux étudiants et employés de l'Université Laval qui sont inscrits à la liste de recherche. Une chaîne de lettres par courriel a été créée, enjoignant divers contacts à transférer l'invitation à tous leurs contacts et ainsi de suite (effet boule de neige). Finalement, des dépliants ont été affichés dans divers centres médicaux et hôpitaux de la région de Québec ainsi que dans divers organismes communautaires en santé mentale et organismes communautaires destinés aux femmes de la région de Québec. Une annonce a aussi été publiée dans les journaux universitaires ainsi que dans le Journal de Québec.

Toutes les femmes qui ont manifesté un intérêt à participer à l'étude suite à la publicité effectuée ont été contactées par téléphone. Elles ont été informées du but et des modalités de l'étude et ont répondu à une série de questions afin de valider la concordance avec les critères d'inclusion et d'exclusion. Pour les participantes qui se disaient intéressées, le formulaire de consentement a été expliqué ainsi que les mesures assurant la confidentialité (voir annexe 2).

Suite à cet entretien téléphonique, les volontaires qui habitaient près d'une université (Université Laval ou Université de Montréal) ont été rencontrées par la chercheuse dans un local de cette université afin de prendre part à une entrevue clinique dans le but de former une impression diagnostique sur la base de leur symptomatologie alimentaire. Le formulaire de consentement a d'abord été présenté aux participantes. L'entrevue clinique structurée a débuté suite à la signature du formulaire de consentement. Après l'entrevue, les participantes remplissaient une batterie de questionnaires auto-rapportés, d'une durée d'environ une heure. Les questionnaires permettaient d'évaluer l'insatisfaction conjugale, les stratégies d'adaptation et la symptomatologie alimentaire des participantes. Puis, un montant de 5\$ a été remis aux participantes en guise de compensation pour leur déplacement. Enfin, un rendez-vous téléphonique a été fixé pour réaliser le premier des huit appels bimensuels. En effet, pour une durée de cinq mois, à raison d'une fois toutes les deux semaines, les participantes ont été contactées par téléphone afin de répondre à une série abrégée de questions, permettant toujours d'évaluer l'insatisfaction conjugale, les stratégies d'adaptation et la symptomatologie alimentaire. Après les huit appels, les participantes ont reçu par la poste la batterie finale de questionnaires. Chaque enveloppe contenait également une enveloppe de retour pré-adressée et préaffranchie. Suite à la réception des questionnaires complétés, en retour de leur collaboration, les participantes ont reçu par la poste un certificat-cadeau de 15\$ du magasin Archambault en plus d'un résumé des résultats de l'étude.

Pour les volontaires qui demeuraient trop loin des centres universitaires ou qui n'étaient pas en mesure de se déplacer, le formulaire de consentement (voir annexe 2) ainsi que la batterie de questionnaires ont été envoyés par la poste, les consignes leurs ont été expliquées par téléphone et l'entrevue a elle aussi été effectuée au téléphone. Elle a été enregistrée à l'aide d'un dispositif prévu à cet effet. Le consentement verbal a été obtenu avant de mettre en marche l'appareil d'enregistrement. Chez ces participantes, les étapes subséquentes sont identiques à celles présentées plus haut.

Participantes

Un total de 83 femmes ont été contactées. De ce nombre, 17 répondaient aux critères d'inclusion : être âgées de 18 ans ou plus, être en couple depuis plus de six mois et cohabiter avec leur conjoint. Elles devaient également remplir les critères diagnostiques de l'HB ou s'en approcher (HB sous-clinique). Elles ne devaient pas répondre aux critères diagnostiques de l'anorexie ni de la boulimie. Pour quatre d'entre elles, l'entrevue a été effectuée au téléphone. En cours de route, deux participantes se sont désistées après quelques appels

bihebdomadaires (l'une avait entamé un processus thérapeutique et trouvait trop difficile de se pencher aussi souvent sur sa problématique alimentaire, l'autre a cessé de retourner les appels sans donner de nouvelles). Ainsi, des données sont disponibles pour 15 participantes. Les autres femmes (n=66) ne répondaient pas aux critères d'inclusion (voir Tableau 1 pour plus de détails). Parmi les 15 participantes à l'étude, 8 correspondaient aux critères de l'hyperphagie boulimique en ce sens que leurs crises d'hyperphagie étaient objectives comparativement à 7 dont les crises d'hyperphagie étaient davantage subjectives, tant en termes de fréquence que de quantité de nourriture absorbée. Des 15 participantes composant l'échantillon final, 7 provenaient de l'ANEB, 5 provenaient de l'Université Laval (via le courriel envoyé aux étudiant(e)s ainsi qu'aux employé(e)s abonné(e)s à la liste de recherche) et 3 provenaient d'autres sources (journaux publicité dans les organismes communautaires, transfert de courriel [effet boule de neige], etc.).

Tableau 1: Motifs d'exclusion.

Motifs	N	%
Pas en couple	7	10,6
Ne cohabite pas	3	4,6
Comportements compensatoires inappropriés, notamment vomissements/purgation	15	22,7
Hospitalisation/traitement à l'interne	1	1,5
Phase active de restriction alimentaire / profil anorexique	5	7,6
Incapacité de les rejoindre	19	28,8
Crises 1X par mois	3	4,6
Refus	5	7,6
Ne se reconnaît pas dans la perte de contrôle	8	12,1
Total	66	100

En moyenne, les femmes de l'étude étaient âgées de 39,6 ans (ET = 14,53 ; étendue = 21 à 64 ans). Elles avaient complété 16,07 années de scolarité (ET = 1,879 ; étendue entre 13 et 19 ans). Plus spécifiquement, 1 avait complété un cours professionnel, 6 avaient complété un DEC, 5 avaient complété un baccalauréat, 2

avaient complété une maîtrise et 1 avait complété un diplôme de médecine (doctorat de premier cycle). Leur salaire moyen était d'environ 33000\$ (4 gagnaient moins de 15000\$ et 5 touchaient plus de 45000\$) : 9 occupaient un emploi, 3 étaient étudiantes et 3 étaient retraitées.

Concernant le statut conjugal, 8 étaient mariées et 7 vivaient en union de fait. Pour 10 des participantes, le conjoint actuel était le premier et le seul partenaire avec qui elles avaient cohabité. Elles étaient en couple depuis en moyenne 15,45 années (ET = 13,48 ; entre 6 mois et 47,33 ans) et cohabitaient avec leur conjoint depuis en moyenne 13,96 années (ET = 12,86 ; entre 2 mois et 44,17 ans). Quant à celles qui étaient mariées, la durée du mariage était en moyenne de 19,44 années (ET = 13,15 ; entre 11 mois et 44,17 ans). Enfin, environ la moitié avait des enfants (8 ; de ce nombre, la moitié d'entre elles avait un enfant et l'autre moitié avait deux enfants). Pour la grande majorité (13 participantes), le conjoint était au courant de l'existence de la problématique alimentaire.

Au niveau des services d'aide sollicités, 10 participantes ont eu recours à une forme de thérapie quelconque (individuelle, conjugale, de groupe ou familiale) au cours de leur vie pour tout type de problématiques. Plus précisément, au cours des deux dernières années, 8 participantes ont consulté en individuel (en moyenne 7 mois, ET = 2,699, entre 2 et 24 mois), 1 participante a consulté en couple (2 mois), 1 participante a participé à une thérapie de groupe (3 mois) et 1 participante a bénéficié d'une thérapie familiale (3 mois). Plus spécifiquement, parmi les services d'aide sollicités par rapport à la problématique alimentaire au cours des deux dernières années, on retrouve les services externes de psychiatrie (2 participantes), les cliniques privées (2 participantes), les nutritionnistes (2 participantes), les groupes de soutien (3 participantes) et les programmes de perte de poids (3 participantes).

Instruments

L'entrevue clinique est effectuée au premier temps de mesure uniquement. La batterie de questionnaires est complétée au premier temps de mesures (temps 1), en personne tout de suite après l'entrevue, ou à la maison le plus tôt possible après l'entrevue téléphonique, ainsi qu'au dernier temps de mesures (temps 10). Une version abrégée de la batterie de questionnaires est complétée par téléphone aux deux semaines, aux temps de mesures deux à neuf, pour un total de huit prises de mesures. Cette version est entièrement tirée de la

batterie initiale, ce qui donne un grand total de 10 prises de mesures. Les participantes recevaient une copie de la batterie abrégée à titre d'aide visuelle à utiliser lors des appels téléphoniques.

Entrevue portant sur la symptomatologie alimentaire

Entrevue clinique structurée pour le diagnostic des troubles de l'axe I du DSM-IV¹.

L'entrevue clinique structurée pour le diagnostic des troubles de l'axe I du DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition ; SCID-I/P ; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) est une entrevue semi structurée qui évalue le statut psychiatrique actuel et passé. Cet instrument est la mesure étalon en matière de diagnostic valide et objectif des troubles psychiatriques et comorbides. Cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques, soit la fidélité inter-juges kappas entre .70 et 1.00 (First et al., 2002 ; Segal, Hersen, & Van Hasselt, 1994 ; Strakowski et al., 1993 ; Stukenberg, Dura, & Kiecolt-Glaser, 1990 ; Williams et al., 1992) et la fidélité test-retest des sections sur les TCA entre .82 et .90 auprès d'échantillons communautaires et cliniques (Pike, Loeb, & Walsh, 1995 ; Segal et al., 1994). Seul le module sur l'HB est administré.

Mesures auto rapportées portant sur les données sociodémographiques

Questionnaire sociodémographique pour le couple.

Un questionnaire sociodémographique pour le couple a été développé dans le cadre de la présente afin de recueillir les données sociodémographiques des participantes. En plus de mesurer des données nominatives telles que l'âge, l'état civil, le statut socioéconomique et la scolarité, cet instrument mesure aussi les données relatives à la relation conjugale telles que la durée de l'union, la durée de la cohabitation, le nombre d'enfants. Enfin, ce questionnaire permet de recueillir les coordonnées des participantes ainsi que celles de deux proches au cas où il serait nécessaire de contacter les participantes ultérieurement. En l'absence du consentement des conjoints, les questions relatives aux informations personnelles les concernant ont été retirées du questionnaire.

¹ À noter que le DSM-5 a été publié après la collecte de données.

Mesures auto rapportées portant sur la symptomatologie alimentaire

Échelle de crises de boulimie.

L'Échelle de crises de boulimie (Binge Eating Scale ; BES ; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) est un questionnaire auto administré comportant 16 items. Cet instrument sert à évaluer l'intensité du trouble hyperphagique en tenant compte à la fois des comportements, des pensées et des émotions entourant les crises de boulimie. Les items sont cotés en fonction de la sévérité endossée (entre 0, qui indique l'absence de problématiques liées à l'HB, et 2 ou 3, qui reflètent une problématique sévère). Le score total se situe entre 0 et 46, un résultat de 17 ou moins indiquant l'absence d'HB ou la présence d'une HB légère, un résultat allant de 18 à 26 indiquant la présence d'une HB modérée et un résultat de 27 ou plus indiquant la présence d'une HB sévère. Ces trois catégories de sévérité se distinguent quant à la fréquence des crises de boulimie, la quantité de nourriture absorbée pendant les crises de boulimie et le degré d'émotions (particulièrement la perte de contrôle) associées aux crises de boulimie (Gormally et al., 1982). Certains auteurs utilisent plutôt un seul seuil critique, à savoir qu'un résultat de 17 ou moins indique l'absence d'HB et qu'un résultat de 18 et plus indique la présence d'HB (Freitas, Lopes, Appolinario, & Coutinho, 2006 ; Greeno, Marcus, & Wing, 1995 ; Ricca et al., 2000). Cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques en termes de fidélité test-retest ($r = .87$; Celio, Wilfley, Crow, Mitchell, & Walsh, 2004 ; Timmerman, 1999) et de cohérence interne (Cronbach's $\alpha = .85$; Gormally et al., 1982). La cohérence interne pour la présente étude est de .61.

La version brève du BES est composée de cinq items tirés de l'échelle originale, soit les items 3, 6, 10, 14 et 15. Ces items ont été sélectionnés par les auteurs du présent projet sur la base de l'expérience clinique comme étant les plus représentatifs des individus atteints d'HB. Nous avons retenu les items qui faisaient référence au sentiment de perte de contrôle, à la préoccupation (obsession) par rapport à la nourriture et à la culpabilité après avoir mangé. La cohérence interne pour la présente étude varie entre .32 et .88 ($M = .73$) pour les dix temps de mesures brèves.

Questionnaire d'examen des troubles des conduites alimentaires.

Le Questionnaire d'examen des troubles des conduites alimentaires (Eating Disorder Examination-Questionnaire ; EDE-Q4 ; Fairburn & Beglin, 1994) est un questionnaire auto administré comportant 36 items. Cet instrument, adapté de l'entrevue semi-structurée du même nom, se rapporte aux 28 derniers jours. Il permet de mesurer de manière distincte les caractéristiques comportementales et attitudinales de la psychopathologie associée à l'HB, plus précisément la fréquence des comportements alimentaires ainsi que l'intensité des préoccupations par rapport au poids et à l'image corporelle. Il se divise en quatre sous-échelles:

restriction, préoccupations par rapport à la silhouette, préoccupations par rapport au poids et préoccupations par rapport à l'alimentation. Les items sont cotés sur une échelle de type Likert en sept points allant de « Aucun » à « Tous les jours ». Les scores de 4 et plus sont considérés cliniquement significatifs (Fairburn & Cooper, 1993). Cet instrument permet aussi d'évaluer la fréquence des comportements alimentaires au cours des 28 derniers jours, notamment les crises de boulimie objectives et subjectives. Cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques: cohérence interne entre .70 et .90 auprès d'un échantillon clinique et entre .78 et .93 auprès d'un échantillon communautaire (Luce et Crowther, 1999 ; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004b ; Peterson et al., 2007) et fidélité test-retest r entre .81 et .94 sur une période de deux semaines et entre .57 et .77 sur une période de presque une année (Luce et Crowther, 1999 ; Mond et al., 2004a). Cet outil possède aussi une bonne convergence avec l'entrevue originale (r entre .60 et .81 selon les échelles), bien qu'au mieux modérée quant à la fréquence des comportements alimentaires (Black & Wilson, 1996 ; Carter, Aimé, & Mills, 2001 ; Fairburn & Beglin, 1994 ; Grilo et al., 2001 ; Kalarchian, Wilson, Brolin, & Bradley, 2000 ; Mond et al., 2004b ; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 1997). La cohérence interne du score Global pour la présente étude est de .85 et la cohérence interne pour les quatre sous-échelles varie entre .67 et .88.

La version brève du EDE-Q4 est composée de cinq items tirés du questionnaire original, soit les items 16, 17, 18, 19, et 20. Il s'agit des items se référant aux critères diagnostiques de l'HB selon le DSM-IV-TR, plus spécifiquement au nombre de crises de boulimie vécues au cours des deux dernières semaines, soit la quantité importante de nourriture ingérée et la perte de contrôle ressentie. Ces données constituent des mesures simples et objectivement faciles à comparer.

Mesures auto rapportées portant sur l'insatisfaction conjugale

Échelle d'ajustement dyadique.

L'Échelle d'ajustement dyadique (Dyadic Adjustment Scale ; DAS ; Spanier, 1976 ; traduite par Baillargeon et al., 1986) est un questionnaire auto-administré comportant 32 items. Les items sont cotés sur une échelle de type Likert de formats variés s'étendant entre 5 et 7 points selon les items. Cet instrument sert à mesurer l'adaptation conjugale. Cet instrument révèle un score global d'ajustement conjugal qui varie entre 0 et 151. Plus précisément, un score inférieur à 107 indique la présence de difficultés conjugales alors qu'un score supérieur indique que la relation conjugale est satisfaisante. Cet instrument mesure quatre aspects de l'adaptation conjugale, soit la cohésion, le consensus, l'expression affective et la satisfaction. Cet outil permet de discriminer entre les couples en détresse et les couples satisfaits, qu'ils soient mariés ou non (Crane,

Busby, & Larson, 1991 ; Crane, Middleton, & Bean, 2000 ; Eddy, Heyman, & Weiss, 1991). Il possède de bonnes qualités psychométriques aux plans de la cohérence interne (.70 à .96 selon les sous-échelles, l'expression affective étant invariablement la moins constante ; Carey, Spector, Lantinga, & Krauss, 1993 ; Graham et al., 2006 ; Kurdek, 1992 ; Spanier & Thompson, 1982), de la fidélité test-retest (r entre .75 et .96 selon les sous-échelles ; Carey et al., 1993 ; Stein, Girono, & Dotzenroth, 1982), de la validité convergente (Crane, Allgood, Larson, & Griffin, 1990) et de la validité discriminante (Eddy et al., 1991). Cet outil a été traduit et validé en français et les propriétés psychométriques se maintiennent pour la version francophone (cohérence interne entre .61 et .85 selon les sous-échelles ; Baillargeon et al., 1986 ; Sabourin, Lussier, Laplante, & Wright, 1990). La cohérence interne du score total pour la présente étude est de .96.

L'Échelle d'ajustement dyadique-4 (Dyadic Adjustment Scale-4 ; DAS-4 ; Sabourin, Valois, & Lussier, 2005) est un questionnaire auto administré comportant quatre items tirés de la version originale du DAS (Spanier, 1976 ; traduite par Baillargeon et al., 1986), soit les items 16, 18, 19 et 31. Le seuil critique distinguant les couples en détresse de ceux qui sont satisfaits se situe à 13. Cet instrument peut aussi servir de mesure dimensionnelle de la satisfaction. Cette version brève a été développée et validée à l'aide de cinq études à partir d'un échantillon de 8245 individus mariés ou cohabitant avec leur conjoint (Sabourin et al., 2005). Des analyses de théorie de réponse aux items (IRT) ont été effectuées à partir des 32 items originaux afin de cibler les items les plus efficaces, à savoir capables de détecter les différences au niveau de la sévérité, sensibles au changement et capables de bien discriminer la zone grise entourant le seuil critique. La cohérence interne pour la présente étude varie entre .68 et .91 ($M = .81$) pour les dix temps de mesures brèves.

Liste de difficultés et de demandes d'aide.

La Liste de difficultés et de demandes d'aide a été développée dans le cadre de la présente étude. Cet outil permet tout d'abord d'identifier le genre de difficultés auxquelles les participantes ont pu être confrontées durant les deux semaines précédant la prise de mesures notamment les difficultés de nature conjugale (par exemple, le nombre de conflits), ainsi que les difficultés liées à d'autres sphères de la vie (par exemple, le travail). Cet instrument permet aussi de quantifier la fréquence de ces difficultés (de 0 à plus de 10) de même que leur impact émotionnel sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (Pas du tout) à 7 (Énormément). De plus, il permet d'identifier les demandes d'aide qui ont pu être effectuées par les participantes suite aux difficultés vécues, notamment les traitements, puisque cette aide pourrait venir résorber la sévérité des symptômes alimentaires et ainsi fausser l'impact réel des difficultés vécues sur ceux-ci. L'outil permet aussi de quantifier la fréquence des demandes d'aide (de 0 à plus de 10) de même que leur

importance en terme de perception de l'aide reçue sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (Pas du tout) à 7 (Énormément). Il n'existe pas de normes ni de propriétés psychométriques pour cet instrument créé uniquement dans le cadre de cette étude.

Compte tenu de la faible occurrence des diverses difficultés énoncées dans cet instrument, seulement trois items relatifs aux difficultés conjugales (fréquence des conflits conjugaux à propos des préoccupations alimentaires, fréquence des conflits à propos de la relation de couple, fréquence des conflits à propos de sujets divers) sont utilisés et remodelés en un score composite nommé Fréquence des conflits. De plus, l'impact émotionnel associé à ces conflits a lui aussi été remodelé en un composite et nommé Intensité des conflits. La Liste de difficultés et de demandes d'aide est administrée en entier à tous les temps de mesures. La cohérence interne pour la présente étude est de .31 (variant entre .23 et .77 pour les dix temps de mesures; $M = .49$) pour la Fréquence des conflits et de .20 (variant entre .06 et .76 pour les dix temps de mesures; $M = .40$) pour l'Intensité des conflits.

Mesures auto rapportées portant sur les stratégies d'adaptation

Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes.

L'Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes (Coping Inventory for Stressful Situations ; CISS ; Endler & Parker, 1999 ; traduit par Lussier, 1991) est un questionnaire auto administré comportant 48 items. Cet instrument sert à évaluer les stratégies d'adaptation de manière multidimensionnelle, en mesurant le recours à différentes activités lorsque l'individu est confronté à des situations difficiles, tendues, ou contrariantes. Dans le cadre de la présente étude, la consigne a été légèrement modifiée afin de mesurer les réactions à différentes situations de couple difficiles, tendues ou contrariantes. Les items sont cotés sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « Pas du tout » à « Beaucoup ». Cet instrument permet de mesurer trois dimensions, soit l'adaptation centrée sur la tâche, l'adaptation centrée sur les émotions et l'adaptation centrée sur l'évitement. Chaque dimension comporte 16 items, les scores élevés (maximum 80 ; $M = 50$; $ET = 10$) indiquant une plus grande utilisation des stratégies d'adaptation. Cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques : cohérence interne entre .70 et .90 selon les sous-échelles (entre .78 et .90 pour la tâche, entre .78 et .90 pour les émotions et entre .70 et .83 pour l'évitement), et fidélité test-retest r entre .60 et .72 sur une période de six semaines (Endler & Parker, 1994, 1999). Des analyses factorielles ont mis en évidence que la dimension d'évitement est mieux conceptualisée en tant que deux facteurs distincts, soit la distraction et la diversion sociale (Cosway, Endler, Sadler, & Deary, 2000 ; Endler & Parker, 1994) et que ce modèle à quatre facteurs serait supérieur à celui à trois facteurs initialement proposé (Cohan et al.,

2006 ; Cook & Heppner, 1997 ; McWilliams et al., 2003 ; Rafnsson, Smari, Windle, Mears, & Endler, 2006). Concernant les échelles principales, soient les stratégies centrées sur la Tâche, les Émotions et l'Évitement, les coefficients de cohérence interne pour la présente étude sont respectivement .73, .79 et .48. Concernant les sous-échelles des stratégies centrées sur l'Évitement, soit Distraction et Diversion sociale, les coefficients de cohérence interne pour la présente étude sont respectivement .73 et .79.

La version brève du CISS a été développée dans le cadre de ce projet doctoral (Boisvert, Godbout, Bégin, Sabourin, & Lemieux, 2008). Elle est composée de 12 items tirés de l'Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes (Coping Inventory for Stressful Situations ; CISS ; Endler & Parker, 1999 ; traduit par Lussier, 1991), soit les items 15, 39, 41 et 47 pour les stratégies centrées sur la Tâche, les items 8, 14, 28 et 38 pour les stratégies centrées sur les Émotions et les items 23, 29, 31 et 37 pour les stratégies centrées sur l'Évitement. Cette version brève a été créée de manière parallèle au projet doctoral, avec un échantillon distinct, et a fait l'objet d'une publication par affiche dans un congrès scientifique. Concernant les stratégies centrées sur la Tâche, la cohérence interne pour la présente étude varie entre .06 et .76 ($M = .48$) pour les dix temps de mesures brèves. Concernant les stratégies centrées sur les Émotions, la cohérence interne pour la présente étude varie entre .08 et .76 ($M = .54$) pour les dix temps de mesures brèves. Concernant les stratégies centrées sur l'Évitement, la cohérence interne pour la présente étude varie entre .06 et .72 ($M = .47$) pour les dix temps de mesures brèves.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel « Statistical Package and Social Science » (SPSS). Pour le premier objectif, des analyses descriptives et de fréquences ont été effectuées afin de dresser un portrait des caractéristiques de l'échantillon au T1 en ce qui a trait à l'insatisfaction conjugale, aux stratégies d'adaptation et à la symptomatologie alimentaire. Pour le second objectif, des analyses de variance à mesures répétées (GLM) ont été effectuées afin de mesurer les changements dans le temps. Pour le troisième objectif, des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin de mesurer les liens entre l'insatisfaction conjugale, les stratégies d'adaptation et la symptomatologie alimentaire. Enfin, pour le quatrième et dernier objectif, des analyses de régression linéaires simples ont été effectuées afin de vérifier le rôle médiationnel de l'évitement dans la relation entre l'insatisfaction conjugale et la désinhibition alimentaire.

Résultats

Données descriptives de l'échantillon au T1

Symptomatologie alimentaire au T1

En ce qui a trait à l'intensité du trouble HB mesurée à l'aide de l'Échelle de crises de boulimie (BES), les participantes obtiennent un score Total moyen qui indique la présence d'une HB de sévérité modérée ($M = 22.87$, $ET = 7.66$). Plus spécifiquement, au sein de l'échantillon total de 15 participantes, 3 participantes se situent dans la catégorie de l'HB légère (score entre 0 et 18), 7 participantes se situent dans la catégorie de l'HB modérée (score entre 18 et 27) et 5 participantes se situent dans la catégorie de l'HB sévère (score de 27 et plus).

Cet outil ne possède pas de normes à proprement parler, mais des scores cliniques sont disponibles pour fins de comparaisons. Plus précisément, les données (score Total au BES-16 : entre 3 et 44, $M = 25.60$; $ET = 8.50$) ont été établies à partir d'un échantillon clinique de 430 femmes obèses en traitement pour perte de poids (âgées entre 17 et 65 ans, $M = 39.30$; $ET = 10.10$), dont 18% se retrouvent dans la catégorie HB légère, 26% dans la catégorie HB modérée, et 46% dans la catégorie HB sévère (Marcus, Wing, & Lamparski, 1985). Lorsque l'on compare l'échantillon actuel à cet échantillon clinique, il apparaît que les participantes ne se distinguent pas ($t = 1.23$ $p = 0.22$; $Z = -0.32$) de celles du groupe clinique.

En ce qui a trait aux attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels (préoccupations par rapport au poids, à l'alimentation et à la silhouette, recours à la restriction alimentaire) tels que mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles des conduites alimentaires (EDE-Q), les participantes obtiennent un score Global ($M = 3.99$, $ET = 1.12$) qui frôle le seuil de signification (i.e. 4). Plus spécifiquement, au sein de l'échantillon total de 15 participantes, 10 participantes obtiennent un score Global cliniquement significatif. Les participantes obtiennent un score à la sous-échelle restriction ($M = 2.44$, $ET = 1.19$) qui se qualifie de léger. Plus spécifiquement, au sein de l'échantillon total, seulement 2 participantes obtiennent un score cliniquement significatif à cette sous-échelle. Les participantes obtiennent un score à la sous-échelle préoccupations par rapport à l'alimentation ($M = 3.53$, $ET = 1.46$) qui se qualifie de modéré. Plus spécifiquement, au sein de l'échantillon total, 6 participantes obtiennent un score cliniquement significatif à cette sous-échelle. Les participantes obtiennent des scores aux sous-échelles préoccupations par rapport à la silhouette ($M = 5.02$,

ET = 1.33) et au poids (M = 4.97, ET = 1.42) qui se qualifient d'élevés. Plus spécifiquement, au sein de l'échantillon total, 12 participantes obtiennent des scores cliniquement significatifs à ces deux sous-échelles.

Cet outil possède des normes (score global au EDE-Q : M = 1.42 ; ET = 1.04 ; sous-échelle restriction : M = 1.29 ; ET = 1.27 ; sous-échelle préoccupation par rapport à l'alimentation : M = 0.59 ; ET = 0.84 ; sous-échelle préoccupation par rapport à la silhouette : M = 2.16 ; ET = 1.44 ; sous-échelle préoccupation par rapport au poids : M = 1.64 ; ET = 1.31) qui ont été établies auprès d'un échantillon issu de la population générale, plus précisément 195 femmes australiennes âgées entre 18-45 ans (Mond et al., 2004b). Lorsque l'on compare l'échantillon actuel à la norme, il apparaît que tous les résultats obtenus auprès de l'échantillon actuel sont significativement plus sévères que les résultats normatifs, et ce, tant pour le score global ($t = 9.17$ $p = .0001$; $Z = 2.47$) que pour chacune des sous-échelles, soit restriction ($t = 3.39$ $p = .0008$; $Z = 0.91$), préoccupation par rapport à l'alimentation ($t = 12.26$ $p = .0001$; $Z = 3.50$), préoccupation par rapport à la silhouette ($t = 7.45$ $p = .0001$; $Z = 1.99$) et préoccupation par rapport au poids ($t = 9.43$ $p = .0001$; $Z = 2.54$).

En ce qui a trait aux comportements de désinhibition alimentaire tels que mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles des conduites alimentaires (EDE-Q), les participantes rapportent, au cours des deux semaines précédant l'évaluation initiale (Temps 1), 7.40 excès de nourriture (ET = 7.33) et 6.33 crises de boulimie objectives (ET = 5.58). En ce qui a trait aux crises de boulimie subjectives, le recours est beaucoup moins fréquent au cours des deux semaines précédentes, soit 1.67 crises (ET = 3.75).

Il n'existe pas de normes pour les fréquences des comportements de désinhibition alimentaire, mais des scores cliniques sont disponibles pour fins de comparaisons. Plus précisément, les données (excès alimentaires M = 2.50 ; ET = 8.50 ; crises de boulimie objectives : M = 17.80 ; ET = 11.60 ; crises de boulimie subjectives M = 4.30 ; ET = 8.10) ont été établies à partir d'un échantillon clinique de 82 individus (82% de femmes) diagnostiqués HB (âgés entre 21 et 58 ans, M = 42.10 ET = 9.80 ; Grilo et al., 2001). Lorsque l'on compare l'échantillon actuel aux données cliniques comparatives, il apparaît que le nombre d'excès alimentaires est supérieur ($t = 2.09$ $p = .04$; $Z = 0.58$), tandis que les crises de boulimie objectives sont moindres ($t = 3.74$ $p = .0003$; $Z = -0.99$). Les crises de boulimie subjectives ne diffèrent pas ($t = 1.23$ $p = .22$; $Z = -0.32$).

Insatisfaction conjugale et stratégies d'adaptation au T1

Concernant l'insatisfaction conjugale mesurée à l'aide de l'Échelle d'ajustement dyadique (DAS), les participantes obtiennent un score total moyen ($M = 100.73$, $ET = 24.52$) qui se situe au niveau de la détresse conjugale (0-106). Plus de la moitié de l'échantillon total (8 participantes sur 15) rapporte vivre de la détresse conjugale.

Cet outil possède des normes établies auprès d'un échantillon francophone lors de la traduction de l'instrument (score total au DAS-32 : $M = 113.40$ $ET = 14.79$), plus précisément 76 femmes québécoises en couple (âge $M = 37.60$; durée vie commune $M = 13.00$; Baillargeon et al., 1986). Lorsque l'on compare l'échantillon actuel aux normes, il ressort que les participantes jouissent d'un moins bon ajustement dyadique, leur score total est statistiquement inférieur à la norme ($t = 2.68$ $p = .009$; $Z = -0.86$), indiquant un degré supérieur d'insatisfaction conjugale.

De plus, selon les résultats obtenus à l'aide de la Liste de difficultés et de demandes d'aide, il apparaît que les participantes rapportent 6.10 conflits ($ET = 4.42$) au cours des deux semaines précédant la prise de mesure et que ceux-ci sont d'intensité modérée (11.33 ($ET = 4.37$) sur un total de 21). Il n'existe pas de normes pour cet outil, qui a été conceptualisé et créé dans le cadre de la présente recherche.

Enfin, concernant les stratégies d'adaptation telles que mesurées avec l'Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes (CISS), les participantes semblent avoir davantage recours aux stratégies centrées sur la tâche ($M = 55.73$, $ET = 6.63$) et aux stratégies centrées sur les émotions ($M = 49.33$, $ET = 9.51$) qu'aux stratégies centrées sur l'évitement ($M = 39.80$, $ET = 6.62$). En ce sens, les stratégies centrées sur la tâche constituent le style d'adaptation dominant qui caractérise environ les trois-quarts de l'échantillon (11 participantes sur 15), les stratégies centrées sur les émotions constituent le style d'adaptation dominant qui caractérise environ le quart de l'échantillon (4 participantes sur 15), tandis que les stratégies centrées sur l'évitement ne font figure de style d'adaptation dominant pour aucune participante.

Il existe des normes théoriques pour les sous-échelles principales de cet outil ($M = 50$ $ET = 10$), mais il existe aussi des normes de comparaison (tâche : $M = 44.50$ $ET = 11.54$; émotions : $M = 54.60$ $ET = 10.37$;

évitement : $M = 39.82$ $ET = 9.01$; distraction : $M = 20.52$ $ET = 5.69$; diversion sociale : $M = 12.75$ $ET = 4.85$), établies auprès d'un échantillon de 298 patients (dont 189 femmes) atteints de dépression majeure (âge $M = 42.52$ $ET = 12.38$; McWilliams et al., 2003). Lorsque l'on compare l'échantillon actuel aux normes de comparaison, il apparaît que les deux sont fortement similaires quant à leur recours aux différents types de stratégies d'adaptation. Il ne ressort en effet qu'une différence statistiquement significative : les participantes de la présente étude ont significativement plus recours aux stratégies centrées sur la tâche que l'échantillon d'individus déprimés ($t = 3.73$ $p = .0002$; $Z = 0.97$). Il ne ressort aucune différence statistiquement significative entre le présent échantillon et l'échantillon clinique de comparaison en ce qui a trait aux stratégies centrées sur les émotions ($t = 1.93$ $p = .05$; $Z = -0.51$) de même qu'aux stratégies centrées sur l'évitement ($t = 0.01$ $p = .99$; $Z = -0.002$) ainsi qu'aux sous-types distraction ($t = 0.35$ $p = .73$; $Z = -0.09$) et diversion sociale ($t = 0.09$ $p = .93$; $Z = 0.02$).

Variations entre les différents temps de mesure

Variables de symptomatologie alimentaire

Pour ce qui est de l'intensité du trouble HB telle que mesurée à l'aide de l'Échelle de crises de boulimie (BES), il existe une différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = 3.68$, $p = .000$). Après examen des contrastes, il apparaît que la seule diminution significative se situe entre T1 et T2 ($F(1,14) = 8.93$, $p = .01$).

En ce qui a trait à l'évolution dans le temps des comportements de désinhibition alimentaire tels que mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles des conduites alimentaires (EDE-Q), en général, peu de différences significatives sont révélées entre les dix temps de mesures. Pour les excès alimentaires, il existe une différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = 3.84$, $p = .03$). Après examen des contrastes, il apparaît que la seule diminution significative se situe entre T1 et T2 ($F(1,14) = 9.76$, $p = .007$). Pour les crises de boulimie objectives, il existe une différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = 3.34$, $p = .03$). Après examen des contrastes, aucune différence n'est cependant observée entre les temps de mesures. Pour les crises de boulimie subjectives, il n'existe pas de différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = .59$, $p = .49$), ce que confirme l'examen des contrastes.

Insatisfaction conjugale et stratégies d'adaptation

Pour ce qui est de l'insatisfaction conjugale telle que mesurée à l'aide de l'Échelle d'ajustement dyadique (DAS), il n'existe pas de différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = .73$, $p = .59$), ce que confirme l'examen des contrastes. Concernant la fréquence des conflits (mesurée par la Liste de difficultés), il n'existe pas de différence significative au global pour la fréquence des conflits ($F(1,14) = 1.62$, $p = .17$), ce que confirme l'examen des contrastes. Concernant l'intensité des conflits (mesurée par la Liste de difficultés), il existe une différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = 2.19$, $p = .03$). L'examen des contrastes révèle que la seule diminution significative se situe entre T4 et T5 ($F(1,14) = 8.79$, $p = .01$).

En ce qui trait à l'évolution dans le temps du recours aux stratégies d'adaptation telles que mesurées avec l'Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes (CISS), une seule différence significative est mise à jour entre les dix temps de mesure. Concernant les stratégies centrées sur la tâche, il n'existe pas de différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = 1.02$, $p = .43$), ce que confirme l'examen des contrastes. Concernant les stratégies centrées sur les émotions, il existe une différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = 2.56$, $p = .01$). Après examen des contrastes, il apparaît que la seule hausse significative se situe entre T9 et T10 ($F(1,14) = 17.83$, $p = .001$). Enfin, concernant les stratégies centrées sur l'évitement, il n'existe pas de différence significative au global entre les dix temps de mesures ($F(1,14) = .64$, $p = .63$), ce que confirme l'examen des contrastes.

Associations entre les variables à l'aide des scores moyens (T1+T10)

Les analyses précédentes ont permis d'observer peu de changements dans le temps au niveau de la majorité des variables. Donc, bien que des données aient été colligées à dix temps de mesures, il a été décidé que les moyennes des scores initiaux et finaux (T1+T10) seraient utilisées pour effectuer les analyses corrélationnelles dans le but d'uniformiser la nature des variables utilisées. De plus, l'utilisation de la moyenne des scores vient enrichir la puissance ainsi que la validité des analyses. En effet, l'échantillonnage étant effectué à différents moments dans le temps, il prend en compte la variabilité et offre une meilleure représentation des scores individuels (voir tableau 2 pour l'ensemble des corrélations).

Les variables de symptomatologie alimentaire corrélaient dans le sens théoriquement attendu. Ainsi, plus le trouble HB est d'intensité élevée, plus les attitudes et comportements alimentaires sont dysfonctionnels (préoccupations par rapport au poids, à l'alimentation et à la silhouette, recours à la restriction alimentaire ; $r = .78, p \leq .01$) et plus le recours aux excès alimentaires ($r = .69, p \leq .01$) et aux crises de boulimie objectives ($r = .74, p \leq .01$) est fréquent.

L'insatisfaction conjugale corréla significativement et négativement avec le recours aux stratégies d'adaptation centrées sur la diversion sociale ($r = -.51, p \leq .05$). Ainsi, plus les femmes sont satisfaites au niveau de leur couple, moins elles ont tendance à recourir à la diversion sociale pour faire face aux situations stressantes. Finalement, il apparaît que la fréquence des conflits est significativement et positivement corrélée avec l'intensité des conflits ($r = .74, p \leq .05$).

Certaines variables liées à la symptomatologie alimentaire corrélaient avec l'usage de certaines stratégies d'adaptation spécifiques. Plus spécifiquement, plus les femmes ont recours à des stratégies d'adaptation centrées sur les émotions, plus leurs attitudes et comportements alimentaires sont dysfonctionnels (préoccupations par rapport au poids, à l'alimentation et à la silhouette, recours à la restriction alimentaire ; $r = .57, p \leq .05$) et plus les crises de boulimie subjectives sont fréquentes ($r = .56, p \leq .05$). Enfin, plus les femmes ont recours à des stratégies centrées sur l'évitement, et plus spécifiquement sur la distraction, plus leur trouble hyperphagique est d'intensité élevée ($r = .78, p \leq .01$), plus leurs attitudes et comportements alimentaires sont dysfonctionnels (préoccupations par rapport au poids, à l'alimentation et à la silhouette, recours à la restriction alimentaire ; $r = .71, p \leq .01$) et plus leurs excès alimentaires ($r = .59, p \leq .05$) et crises de boulimie objectives ($r = .66, p \leq .01$) sont fréquents.

Régression à l'aide des scores moyens (T1+T10)

Le quatrième objectif vise à vérifier si les stratégies d'adaptation, plus précisément les stratégies d'évitement, agissent à titre de médiateur dans l'association entre l'insatisfaction conjugale et la symptomatologie alimentaire. L'examen des matrices de corrélations a mis en évidence que tant l'insatisfaction conjugale que la fréquence et l'intensité des conflits (les variables indépendantes potentielles dans l'équation) ne corrélaient pas de façon significative avec les variables de symptomatologie alimentaire (les variables dépendantes), rendant non pertinente l'analyse du rôle médiateur des stratégies d'adaptation. En concordance, l'insatisfaction

conjugale, la fréquence et l'intensité des conflits donnaient des résultats non significatifs. Il a donc été décidé de plutôt s'attarder à rechercher le meilleur prédicteur de la symptomatologie alimentaire parmi les différentes stratégies d'adaptation (l'insatisfaction conjugale, la fréquence et l'intensité des conflits sont donc exclues des analyses de régression). L'analyse de régression entre l'intensité du trouble HB (mesuré à l'aide du BES), et les stratégies d'adaptation (variables indépendantes) met en évidence une relation statistiquement significative ($F(5,14) = 3.99$, $p = .04$). Les stratégies d'adaptation expliquent près de 70% de la variation de la symptomatologie alimentaire ($R^2 = .68$). Cependant, l'examen des coefficients ne révèle aucun style d'adaptation comme étant significatif. Seules les stratégies centrées sur la distraction (sous-type d'évitement) se rapprochent du seuil de signification ($B = 2.38$, erreur-type = 1.13, $t = 2.12$, $p = .06$). Il est fort probable qu'un problème de puissance statistique explique ce résultat. Avec une taille d'échantillon plus grande, les stratégies d'adaptation centrées sur la distraction auraient probablement significativement contribué à prédire le degré de sévérité du trouble hyperphagique.

Tableau 2: Corrélations entre les variables à l'aide des scores moyens (T1+T10).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Intensité du trouble hyperphagique	----	.783**	.689**	.740**	.261	-.121	.370	.393	.569*	.775**	.214	.352	.421
2. Attitudes et comportements alimentaires		----	.449	.424	.515*	-.185	.082	.576*	.540*	.705**	.253	.266	.222
3. Excès alimentaires			----	.917**	.088	-.116	.464	.184	.597*	.592*	.396	.293	.077
4. Crises de boulimie objectives				----	-.104	-.080	.508	.241	.700**	.657**	.467	.241	.089
5. Crises de boulimie subjectives					----	-.408	-.199	.563*	-.142	-.030	-.014	.403	.434
6. Satisfaction conjugale						----	.294	-.313	-.184	.182	-.514*	-.318	-.390
7. Stratégies centrées sur la Tâche							----	.063	.419	.353	.238	-.271	-.318
8. Stratégies centrées sur les Émotions								----	.468	.351	.437	.282	.323
9. Stratégies centrées sur l'Évitement									----	.703**	.802**	.126	.017
10 Distraction										----	.168	.117	.105
11. Diversion sociale											----	.137	.009
12. Fréquence des conflits												----	.735**
13. Intensité des conflits													----

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Discussion

Le présent mémoire doctoral s'intéressait principalement au contexte conjugal des femmes qui souffrent d'HB, ce sur quoi peu d'études ont porté jusqu'à maintenant malgré la prévalence élevée de ce trouble. En d'autres mots, le projet de recherche visait à dresser un portrait du profil alimentaire et conjugal de femmes atteintes d'HB, puis à examiner la relation entre ces variables, plus spécifiquement en examinant, à l'aide de prises de mesures bimensuelles pendant cinq mois, l'interaction entre l'insatisfaction conjugale, les stratégies de gestion du stress inadaptées et la désinhibition alimentaire.

De manière globale, il apparaît que les participantes obtiennent des résultats qui dépassent les seuils cliniques établis pour les différents instruments en plus d'obtenir des résultats qui à la fois se distinguent des normes établies auprès d'échantillons communautaires et s'apparentent aux normes établies auprès d'échantillons cliniques. Plus spécifiquement, les résultats obtenus par les participantes mettent à jour la présence d'un trouble HB d'intensité modérée à élevée pour la grande majorité des participantes ainsi que la présence d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles (préoccupations par rapport au poids, à l'alimentation et à la silhouette) et de comportements de désinhibition alimentaire (excès et crises d'hyperphagie objectives). Enfin, concernant les liens entre les variables de symptomatologie alimentaire, il ressort que pratiquement toutes les variables corrèlent entre elles et dans le sens théoriquement attendu. Ceci va dans le même sens que la littérature qui documente bien les attitudes et comportements dysfonctionnels associés à l'HB, notamment des préoccupations par rapport au poids et à l'image corporelle, de l'insatisfaction vis-à-vis l'image corporelle, et de la désinhibition alimentaire (Bulik et al., 2002 ; Elder et al., 2006 ; Grilo et al., 2008 ; Ramacciotti et al., 2008). En somme, il apparaît que les femmes atteintes d'HB qui ont participé à l'étude composent bel et bien un échantillon clinique et présentent des caractéristiques similaires aux participantes des autres études sur l'HB.

Malgré une tendance générale à l'amélioration en ce qui a trait aux variables de symptomatologie alimentaire, seules quelques variations statistiquement significatives sont observées, plus précisément entre le temps 1 et le temps 2. Plus spécifiquement, on note que le trouble HB est passé d'une intensité modérée à une intensité légère, reflétant une diminution des comportements, pensées et émotions entourant les crises de boulimie. Il est aussi possible de constater une diminution de la fréquence des excès alimentaires. Diverses hypothèses peuvent expliquer les petites variations observées dans le temps. En effet, il est possible que les femmes de l'échantillon aient réagi au fait de s'engager dans une étude. Par exemple, elles peuvent s'être mises à

observer et à questionner davantage leurs comportements inadaptés, s'être ainsi monitorées et avoir réduit temporairement leur recours à des comportements problématiques. Elles peuvent aussi s'être senties supportées par le fait d'être rencontrées en entrevue puis appelées à toutes les deux semaines. Par contre, le projet de recherche ne constitue pas un traitement, les diminutions de symptômes observées ne se sont donc pas maintenues dans le temps. Notons enfin que cette quasi-absence de variations dans le temps contraste avec les études recensées qui ont, quant à elles, observé des changements dans le temps. En effet, une première étude a relevé une variabilité quotidienne au niveau de la quantité d'aliments absorbés par des femmes en couple telle que mesurée sur une période de sept journées consécutives ($ET = .61$ pour un score total de 3 ; Butler et al., 2010). Cette étude a démontré que les femmes qui présentent un surplus de poids rapportent manger plus qu'à l'habitude les journées au cours desquelles elles suppriment les émotions négatives vécues dans le but de plaire à leur partenaire. De plus, une seconde étude a relevé que le recours aux stratégies centrées sur la distraction fait augmenter l'occurrence des crises de boulimie dans le temps, tel que démontré auprès d'un échantillon d'étudiantes du collégial complétant un journal quotidien pendant 30 jours (Freeman & Gil, 2004). Il est possible que la prise de mesures de façon bimensuelle ait constitué un écart de temps trop long pour observer les variations qui auraient pu ressortir si les mesures avaient été prises de manière quotidienne tel qu'accomplit dans les études précitées. Il est aussi possible que le format proposé pour répondre aux questions ait pu influencer les réponses. En effet, le fait de répondre par téléphone pourrait avoir fait en sorte que les participantes, par souci de ne pas déplaire (désirabilité sociale), ne mentionnent pas l'augmentation des crises alimentaires ou des conflits. Enfin, il est possible de penser que la chronicité et la sévérité importantes du trouble HB des participantes aient contrecarré la possibilité de mesurer des variations tant au quotidien qu'au long cours.

De manière globale, il apparaît que les femmes atteintes d'HB de notre échantillon sont aux prises avec de l'insatisfaction conjugale. Lorsque l'on compare les résultats des participantes aux normes établies auprès d'un échantillon francophone, il ressort que le présent échantillon présente davantage d'insatisfaction conjugale. Plus spécifiquement, il apparaît que plus de la moitié des participantes rapportent vivre de l'insatisfaction conjugale. Cette proportion dépasse largement les 25% qu'on l'on retrouve au sein de la communauté québécoise (Bégin et al., 2002) et les 33% mis de l'avant par la littérature sur le couple (Wright, Lussier, & Sabourin, 2008). Il apparaît aussi que les participantes de l'échantillon rapportent vivre plusieurs conflits par semaine et que ces conflits sont d'intensité modérée. D'ailleurs, il est possible de voir que la fréquence et l'intensité des conflits sont liées de façon positive avec la sévérité de l'HB, les attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels de même qu'avec la présence de crises alimentaires objectives et subjectives. Tout ceci va dans le même sens que la littérature, qui documente bien que le fonctionnement

conjugal est davantage perturbé chez les femmes souffrant d'HB comparativement à des femmes sans problèmes de santé mentale ou à des femmes présentant un autre trouble sur l'axe I (Whisman et al., 2012). En effet, plusieurs facteurs inhérents à la nature de l'HB peuvent venir perturber le fonctionnement conjugal, que ce soit la honte de la quantité de nourriture absorbée qui suscite le désir de manger seule et le retrait de la relation, les conflits à propos de la nourriture, des crises d'hyperphagie et de la prise de poids, ou encore l'occurrence élevée de crises d'hyperphagie en soirée qui vient altérer la quantité et la qualité du temps passé en couple. En somme, il apparaît que les femmes atteintes d'HB qui ont participé à l'étude sont bel et bien aux prises avec des difficultés de nature conjugale et présentent des caractéristiques similaires à celles des participantes en couple des quelques études portant sur la relation conjugale et sur la désinhibition alimentaire et l'HB. En effet, les femmes qui rapportent davantage de restriction alimentaire, de préoccupations vis-à-vis leur forme corporelle, leur poids et leur alimentation, de la désinhibition alimentaire, de la susceptibilité à la faim, des attitudes ou des comportements alimentaires dysfonctionnels sont aussi plus insatisfaites de leur relation de couple (Friedman et al., 1999 ; Gagnon-Girouard et al., 2010 ; Markey et al., 2001). De plus, il apparaît que les difficultés de nature conjugale que vivent les femmes atteintes d'HB de notre échantillon se maintiennent dans le temps. Ceci n'est guère surprenant vu la chronicité et la sévérité du trouble HB des participantes à l'étude.

En ce qui a trait aux stratégies de gestion du stress, il est surprenant de constater que ce sont les stratégies centrées sur la tâche qui sont les plus utilisées par les participantes, suivies par les stratégies centrées sur les émotions, puis par les stratégies centrées sur l'évitement. Par contre, lorsque l'on compare les résultats des participantes à ceux observés au sein des échantillons normatifs, les participantes de la présente étude utilisent davantage de stratégies centrées sur la tâche, mais elles ne se distinguent pas quant à leur recours aux stratégies centrées sur les émotions et sur l'évitement, contrairement à ce qui était attendu (McWilliams et al., 2003). Quelques hypothèses peuvent expliquer le grand recours des participantes aux stratégies centrées sur la tâche. Il est possible que les femmes de l'échantillon aient réagi au fait de s'être engagées dans une étude et aient mis de l'avant les stratégies qu'elles percevaient comme plus acceptables socialement. En effet, le questionnaire mesurant les stratégies d'adaptation est un outil auto-rapporté et non une mesure objective de l'adaptation. Et même si les stratégies centrées sur la tâche s'avèrent généralement les plus efficaces, elles ne le sont pas lorsqu'il est question d'une situation impossible à changer (Kelly, Tyrka, Price, & Carpenter, 2008). Ainsi, même si les participantes ont davantage recours aux stratégies centrées sur la tâche, il apparaît que celles-ci pourraient ne pas être nécessairement optimales. En effet, des études ont observé que les femmes atteintes d'HB génèrent des solutions moins efficaces et moins précises que les individus contrôles en santé et que cette moindre efficacité de résolution de problèmes interpersonnels est liée à

l'augmentation de la fréquence des crises de boulimie (Svaldi et al., 2011). D'ailleurs, dans le même sens, une corrélation positive a aussi été retrouvée dans le cadre de la présente étude entre les stratégies centrées sur la tâche et les crises de boulimie objectives, ce qui veut dire que plus les femmes utilisent les stratégies centrées sur la tâche, plus elles ont des crises de boulimie, ce qui pourrait laisser croire au fait que les stratégies centrées sur la tâche ne sont peut-être pas optimales chez ces participantes. Pour terminer, notons que le recours aux stratégies d'adaptation centrées sur la tâche ne semble pas lié à la symptomatologie alimentaire, ce qui va dans le même sens que ce qui est rapporté dans la littérature (Freeman & Gil, 2004 ; Koff & Sangani, 1997). En effet, la consultation des études précédentes met plutôt en évidence une association entre les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et la symptomatologie alimentaire, ce qui est aussi le cas pour les participantes de l'échantillon de la présente étude. La corrélation entre le recours aux stratégies d'adaptation centrées sur les émotions et les attitudes alimentaires dysfonctionnelles est cohérente avec la théorie de la régulation des affects, qui conceptualise les comportements alimentaires comme étant un mécanisme mésadapté servant à réduire les affects négatifs dont le recours est renforcé par la réduction temporaire des affects négatifs (Telch, 1997).

Bien que les stratégies centrées sur l'évitement ne font figure de style d'adaptation dominant pour aucune participante et quoiqu'il est possible de croire qu'encore ici les femmes de l'échantillon aient pu réagir au fait de s'être engagées dans une étude et aient passé sous silence les stratégies qu'elles percevaient moins acceptables socialement, ces dernières, et plus spécifiquement la distraction, sont tout de même reliées significativement à toutes les variables de symptomatologie alimentaire (intensité du trouble HB, attitudes alimentaires dysfonctionnelles, excès alimentaires et crises d'hyperphagie objectives). Ces résultats laissent croire que le style d'adaptation dominant ne soit pas celui qui est le plus important pour prédire les symptômes alimentaires problématiques chez les participantes. De plus, ces résultats concordent avec la littérature dans le domaine mais sont aussi cohérents avec la théorie de la fuite, qui conceptualise les comportements alimentaires comme étant un mécanisme mésadapté servant à éviter les affects négatifs en concentrant le focus cognitif sur des stimuli environnementaux immédiats tels que la nourriture (Heatherton & Baumeister, 1991). Ainsi, la désinhibition alimentaire et les crises de boulimie serviraient soit à distraire, à masquer ou à éviter les affects négatifs et la conscience de soi négative générée par les situations stressantes. D'ailleurs deux items de l'outil servant à mesurer le recours aux stratégies d'adaptation comportent un lien avec la nourriture (item 12 : Je m'offre un casse-croute ou mon plat préféré ; item 18 : Je sors manger quelque part), ces derniers étant d'ailleurs fortement corrélés avec la sévérité des crises d'hyperphagie, la présence de crises objectives, subjectives et d'excès alimentaires (r entre .515 et .713; données non présentées) ce qui cadre directement avec la théorie de la fuite telle que décrite ci-haut. Par ailleurs, soulignons que dans le

cadre de la présente recherche doctorale, la consigne du questionnaire mesurant les stratégies d'adaptation a été légèrement modifiée afin de mesurer les réactions à différentes situations de couple difficiles, tendues ou contrariantes plutôt qu'à n'importe quelles situations jugées difficiles, tendues ou contrariantes. Les résultats ont mis de l'avant qu'alors que la distraction est vraiment reliée à la problématique alimentaire, ce sont surtout les stratégies de diversion sociale, qui elles, sont corrélées avec l'insatisfaction conjugale. C'est comme si les deux problématiques ne font pas référence aux mêmes stratégies d'évitement. Dans le même sens, les participantes du présent échantillon sont aux prises avec une forte pathologie au niveau alimentaire et présentent des problèmes de couple importants, mais ces deux problématiques ne semblent pas reliées au sein du présent échantillon. Ceci va à l'encontre de ce qui est généralement observé dans la littérature, qui documente bien l'association entre l'insatisfaction conjugale et divers indicateurs de pathologie alimentaire (Friedman et al., 1999 ; Gagnon-Girouard et al., 2010 ; Markey et al., 2001 ; Whisman et al., 2012). Enfin, il est possible de croire que l'indépendance des deux construits (insatisfaction conjugale et pathologie alimentaire) peut avoir contribué au fait de ne pas avoir identifié d'interrelation entre les variations des variables dans le temps, c'est-à-dire de ne pas avoir réussi à démontrer que le mouvement d'une variable joue sur une autre.

Limites

Bien que ce mémoire doctoral présente quelques forces et aspects innovateurs, les résultats obtenus doivent être interprétés en tenant compte des limites inhérentes à notre démarche. D'abord, une première limite réfère à la taille de l'échantillon. En effet, les résultats laissent croire que la petite taille de l'échantillon a limité la puissance pour les analyses statistiques. Par exemple, il est ressorti peu de variations dans le temps. Il serait pertinent reproduire les résultats avec un échantillon plus grand. A noter que le projet a été réalisé alors que l'HB était encore un trouble à l'étude, donc avant sa récente obtention du statut de TCA spécifique, qui s'est assortie d'une diminution de la fréquence requise des crises d'hyperphagie. Ainsi, plusieurs participantes potentielles ont été exclues du projet à l'époque.

De plus, certains des questionnaires utilisés ont démontré de faibles coefficients de cohérence interne dans le cadre de la présente étude. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette faible cohérence interne des instruments. D'abord, les versions brèves des instruments comportent peu d'items. Considérant que plus le nombre d'items d'une échelle est élevé, plus la cohérence interne tend à augmenter, et inversement, plus le nombre d'items d'une échelle est bas, plus la cohérence interne tend à diminuer, le faible nombre d'items peut donc expliquer la faible cohérence interne. En effet, la version brève du questionnaire mesurant l'intensité du

trouble HB est composée de cinq items tandis que la version brève du questionnaire mesurant les stratégies d'adaptation comporte trois échelles composées de quatre items chacune. Pour ce qui est de la Liste de difficultés, les composites Fréquence et Intensité des conflits sont constitués de seulement trois items chacun, et en plus, ces trois items réfèrent à des conflits conjugaux de nature différente, donc il s'agit de problèmes non reliés, à savoir conflits à propos des préoccupations alimentaires, à propos de la relation de couple, et à propos de sujets divers, ce qui a naturellement pu influencer la faible cohérence interne. Il n'est pas possible de déterminer avec exactitude l'effet de la faible cohérence interne des instruments sur la nature des résultats obtenus.

La présente étude ne comporte pas de comparaison avec un groupe contrôle. L'examinatrice principale n'était aveugle à aucune des variables. Un questionnaire maison élaboré uniquement pour ce projet (Liste de difficultés) a été utilisé plutôt qu'un outil validé et standardisé. Par contre, nous avons utilisé des outils standardisés et validés pour mesurer la symptomatologie alimentaire. Cependant, le fait qu'il s'agisse de mesures auto-rapportées constitue une autre limite de la présente étude. En effet, l'utilisation de mesures auto-rapportées peut entraîner de la désirabilité sociale et il faut se fier aux participantes pour se souvenir adéquatement de leurs comportements alimentaires et pour répondre honnêtement aux questions. Les questionnaires auto-rapportés permettent néanmoins d'éliminer l'inconfort interpersonnel au moment de dévoiler des informations personnelles (Grilo et al., 2001). De plus, la nature répétitive de l'étude, c'est-à-dire le fait de répondre à maintes reprises aux mêmes questions, peut conduire les participantes à répondre plus rapidement, à porter moins attention aux questions, à donner des réponses identiques à celles des semaines précédentes. L'utilisation d'un journal alimentaire aurait pu contribuer à une meilleure validité écologique, bien que ce procédé possède lui aussi des limites. Les journaux alimentaires sont eux aussi imprécis, les individus ayant tendance à sous-rapporter leurs comportements inadaptés (Schoeller, 1995), sans oublier que le fait d'inscrire quotidiennement son apport de nourriture tend à interférer avec la quantité usuelle de nourriture absorbée (Dennis, Ernst, Hjortland, Tillotson, & Grambsch, 1980). Il pourrait être pertinent, dans des travaux futurs, de combiner ces deux types de mesures, soit les questionnaires auto-rapportés et le journal alimentaire.

Enfin, le recours aux analyses de variance à mesures répétées afin de mesurer les changements dans le temps n'est peut-être pas apparu comme étant le choix optimal. Cette stratégie analytique présume que les temps de mesures ont une signification particulière pour toutes les participantes, or ce n'est pas le cas dans le cadre de la présente recherche, outre que T1 et T10 représentent le début et la fin de la participation à l'étude.

De plus, cette stratégie analytique ne fournit pas d'information quant à l'ampleur des variations individuelles rapportées pour chaque participante, non plus quant au degré de stabilité dans les différentes mesures sur une période de cinq mois (variance intra-individuelle). Enfin, cette stratégie analytique ne permet pas de considérer les associations entre les variables au fil du temps, selon les niveaux d'insatisfaction conjugale vécue par chaque participante durant ces cinq mois. Le recours à des modèles linéaires mixtes, aussi appelés modèles multiniveaux, aurait pu être davantage pertinent pour répondre à ces questions.

Directions futures et implications pour la prévention et l'intervention

Il serait intéressant de répliquer les résultats de cette étude auprès d'un plus large échantillon. Pour favoriser l'attrait à participer, une compensation plus substantielle pourrait être offerte aux participantes. Une meilleure puissance statistique permettrait certainement de mieux faire ressortir les patrons de relations, notamment au niveau des relations entre les problèmes conjugaux et la pathologie alimentaire ainsi qu'au niveau des variations dans le temps. D'ailleurs, en ce sens, il serait aussi intéressant d'avoir recours à une prise de mesures quotidienne ou hebdomadaire plutôt que bimensuelle. Cela permettrait d'éviter ou du moins de réduire les biais de rappel et d'avoir une meilleure sensibilité au niveau des analyses temporelles des liens entre les variables. L'utilisation d'outils électroniques tels que les téléphones intelligents, technologie non disponible au moment de la réalisation de ce projet, constitue une avenue intéressante pour la prise de mesures quotidiennes (création d'une application). Ces nouveaux outils technologiques, en plus d'être plus faciles d'utilisation (userfriendly), permettraient de contrevenir aux effets de la désirabilité sociale nommés précédemment. Enfin, il serait pertinent de modifier le vocabulaire de certains questionnaires, notamment la liste de difficultés et demandes d'aide. Le terme "conflits" pourrait être remplacé par le terme "situations générant des affects négatifs", qui a une connotation moins menaçante et qui pourrait ainsi amener les participantes à se dévoiler plus aisément. Enfin, il pourrait être intéressant d'obtenir le degré de satisfaction conjugale du conjoint pour dresser un portrait plus complet de la qualité relationnelle. Il serait alors possible de mieux étayer la nature des conflits qui règnent au sein du couple et ainsi mieux analyser le recours aux différents styles de stratégies d'adaptation face aux situations conjugales difficiles, tendues ou contrariantes.

Les résultats de la présente étude confirment que l'HB constitue un trouble clinique associé à une souffrance significative. À ce titre, les efforts de prévention et de traitement entrepris depuis quelques années doivent être renforcés. Dans ce contexte, d'autres recherches devront être menées pour déterminer si la réduction de la

détresse conjugale et l'amélioration des stratégies d'adaptation constituent des cibles de prévention et d'intervention valables.

Conclusion

Cette étude a une portée intéressante. L'analyse des résultats confirme la pertinence d'étudier l'HB puisqu'il s'agit d'un trouble associé à de nombreuses difficultés tant sur le plan alimentaire que relationnel, ce qui n'avait jusqu'alors été exploré qu'auprès d'échantillon d'individus atteints d'AN ou de BN. Les données recueillies démontrent que les femmes atteintes d'HB sont aux prises avec de l'insatisfaction conjugale et que leur recours à des stratégies d'adaptation mésadaptées centrées sur les émotions et sur la distraction est associé à la sévérité des symptômes alimentaires. Cette perspective offre des avenues pertinentes au plan des traitements à offrir aux individus atteints d'HB, par exemple travailler à améliorer les stratégies d'adaptation et la résolution de problèmes. La recherche mériterait d'être dupliquée auprès d'un échantillon plus large afin d'augmenter la puissance statistique. Il importe que les recherches futures continuent à s'attarder aux aspects relationnels associés à l'HB puisque nombreuses sont les femmes qui en sont atteintes et qui sont en couple.

Bibliographie

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371-379. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70232-X
- Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A., & Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 565–570. DOI: 10.1002/eat.20708
- Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29, 491-503. DOI: 10.1016/S0005-7894(98)80045-2
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M. J., Henderson, J., et al. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 356-360. DOI: 10.1037/0022-006X.63.3.356
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1107-1115. DOI: 10.1037/0022-006X.73.6.1107
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). French translation of the Dyadic Adjustment Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 25-34. DOI: 10.1037/h0079949
- Barker, E. T., Williams, R. L., & Galambos, N. L. (2006). Daily spillover to and from binge eating in first-year university females. *Eating Disorders*, 14, 229-242. DOI: 10.1080/10640260600639079
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2003). Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder, and non-obese patients with binge eating disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 589–594. DOI: 10.1097/01.nmd.0000087185.95446.65
- Bauman, E. M., Haaga, D. A., & Dutton, M. A. (2008). Coping with intimate partner violence: Battered women's use and perceived helpfulness of emotion-focused coping strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 23-41. DOI: 10.1080/10926770802250942
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97, 90-113. DOI: 10.1037/0033-295X.97.1.90
- Bégin, C., Sabourin, S., Boivin, M., Frenette, É., & Paradis, H. (2002). Le couple, section I – Détresse conjugale et facteurs associés à l'évaluation de la relation entre conjoints. Dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois* (Vol. 2, No. 11, pp.17-32). Québec: Institut de la statistique du Québec. Consulté de <http://www.jesuisieserai.stat.gouv.qc.ca/bebe/pdf/BebeV2No11.pdf>
- Beglin, S. J., & Fairburn, C. G. (1992). What is meant by the term "binge"? *The American Journal of Psychiatry*, 149, 123-124. Consulté de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

- Berscheid, E. (1999). The greening of relationship science. *American Psychologist*, 54, 260-266. DOI: 10.1037/0003-066X.54.4.260
- Beumont, P. J., & Touyz, S. W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 120-124. DOI: 10.1007/s00787-003-1103-y
- Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 467-478. DOI: 10.1111/1467-9450.00260
- Black, C. M. D., & Wilson, G. T. (1996). Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 43-50. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<43::AID-EAT5>3.0.CO;2-4
- Blais, M., Hess, U., Bourbonnais, J., Saintonge, J., & Riddle, A. (1995). Mens sana ad corpus sanum: un modèle de motivation-stress-santé appliqué au couple et au travail: L'étiologie psychosociale en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 20, 139-162. DOI: 10.7202/032357ar
- Blechman, E. A. (1998). Section Editors' Overview, Section 2. Stress and Coping. In E. A. Blechman & K. D. Brownell (Eds.), *Behavioral medicine for women: A comprehensive handbook* (pp. 95-102). New York: Guilford Press.
- Boisvert, A., Godbout, N., Bégin, C., Sabourin, S., & Lemieux, S. (mars 2008). *Développement et validation d'une version brève de l'Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes*. Communication par affiche présentée au 30^e congrès annuel de la Société Québécoise de Recherche pour la Psychologie (SQRP), Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Bradbury, T. N. (1998). Introduction: The developmental course of marital dysfunction. In T. N. Bradbury (Ed.), *The developmental course of marital dysfunction* (pp. 1-8). New York: Cambridge University Press.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337-348. DOI: 10.1002/eat.20370
- Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S39-S46. DOI: 10.1002/eat.10204
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 72-78. DOI: 10.1002/eat.10072
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F. and Kendler, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 293-298. DOI: 10.1002/eat.10140
- Butler, E. A., Young, V. J., & Randall, A. K. (2010). Suppressing to please, eating to cope: The effect of overweight women's emotion suppression on romantic relationships and eating. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 599-623. DOI: 10.1521/jscp.2010.29.6.599
- Carey, M. P., Spector, I. P., Lantiga, L. J., & Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment*, 5, 238-240. DOI: 10.1037/1040-3590.5.2.238

- Carter, J. C., Aimé, A. A., & Mills, J. S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 187-192. DOI: 10.1002/eat.1071
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.04.012
- Catanzaro, S. J., Horaney, F., & Creasey, G. (1995). Hassles, coping, and depressive symptoms in an elderly community sample: The role of mood regulation expectancies. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 259-265. DOI: 10.1037/0022-0167.42.3.259
- Celio, A. A., Wilfley, D. E., Crow, S. J., Mitchell, J., & Walsh, B. T. (2004). A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 434-444. DOI: 10.1002/eat.20057
- Chavez, M., & Insel, T. R. (2007). Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, 62, 159-166. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.159
- Cohan, S. L., Jang, K. L., & Stein, M. B. (2006). Confirmatory factor analysis of a short form of the coping inventory for stressful situations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 273-283. DOI: 10.1002/jclp.20211
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity*, 16, 608-614. DOI: 10.1038/oby.2007.99
- Connan, F., & Stanley, S. (2003). Biology of appetite and weight regulation. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. Van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 63-88). Chichester: John Wiley and Sons.
- Cook, S. W., & Heppner, P. P. (1997). A psychometric study of three coping measures. *Educational and Psychological Measurement*, 57, 906-923. DOI: 10.1177/0013164497057006002
- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., & Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 121-143. DOI: 10.1111/j.1751-9861.2000.tb00069.x
- Crane, D. R., Allgood, S. M., Larson, J. H., & Griffin, W. (1990). Assessing marital quality with distressed and nondistressed couples: A comparison and equivalency table for three frequently used measures. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 87-93. DOI: 10.2307/352841
- Crane, D. R., Busby, D. M., & Larson, J. H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *American Journal of Family Therapy*, 19, 60-66. DOI: 10.1080/01926189108250835
- Crane, D. R., Middleton, K. C., & Bean, R. A. (2000). Establishing criterion scores for the Kansas Marital Satisfaction Scale and the Revised Dyadic Adjustment Scale. *American Journal of Family Therapy*, 28, 53-60. DOI: 10.1080/019261800261815
- Crow, S. J., Agras, W. S., Halmi, K., Mitchell, J. E., & Kraemer, H. C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 309-318. DOI: 10.1002/eat.10088

- Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2003). The economic and social burden of eating disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. López-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Evidence and experience in psychiatry: Vol. 6. Eating Disorders* (pp. 383-424). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Crowther, J. H., Snafner, J., Bonifazi, D. Z., & Shepherd, K. L. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 449-454. DOI: 10.1002/eat.1041
- Dancyger, I. F., & Garfinkel, P. E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25, 1019-1026. DOI: 10.1017/S003329170003751X
- Dennis, B., Ernst, N., Hjortland, M., Tillotson, J., & Grambsch, V. (1980). The NHLBI nutrition data system. *Journal of the American Dietetic Association*, 77, 641-647. Consulté de <http://europepmc.org>
- Devlin, M. J. (1996). Assessment and treatment of binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 761-772. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70380-4
- Devlin, M. J. (2001). Binge-eating disorder and obesity: A combined treatment approach. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24, 325-335. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70228-8
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S2-S18. DOI: 10.1002/eat.10201
- Didie, E. R., & Fitzgibbon, M. (2005). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors*, 6, 35-41. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2004.08.007
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & van Furth, E. F. (2007). Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behavioral Research Therapy*, 45, 2551-2562. DOI: 10.1016/j.brat.2007.06.003
- Dominy, N. L., Johnson, W. B., & Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology*, 134, 23-36. DOI: 10.1080/00223980009600846
- Dura, J. R., Stukenberg, K. W., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal of abnormal psychology*, 99, 284-290. DOI: 10.1037/0021-843X.99.3.284
- Eddy, J. M., Heyman, R. E., & Weiss, R. L. (1991). An empirical evaluation of the Dyadic Adjustment Scale: Exploring the differences between marital "satisfaction" and "adjustment". *Behavioral Assessment*, 13, 199-220. Consulté de <http://psycnet.apa.org>
- Elder, K. A., Grilo, C. M., Masheb, R. M., Rothschild, B. S., Burke-Martindale, C. H., & Brody, M. L. (2006). Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 545-560. DOI: 10.1016/j.brat.2005.04.003
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues. *Stress Medicine*, 6, 243-248. DOI: 10.1002/smi.2460060310
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60. DOI: 10.1037/1040-3590.6.1.50
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.

- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Butcher, J. N. (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 523-527. DOI: 10.1002/1097-4679(199307)49:4<523::AID-JCLP2270490409>3.0.CO;2-M
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370. DOI: 10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (12th ed., pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In K. D. Brownell & J. P. Foreyt (Eds.), *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp. 389-404). New York: Basic Books.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665. DOI: 10.1001/archpsyc.57.7.659
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432. DOI: 10.1001/archpsyc.55.5.425
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G., & Giacomo Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 559-566. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00462-2
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 577-586. DOI: 10.1002/eat.20539
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *The Journal of the American Medical Association*, 293, 1861-1867. DOI:10.1001/jama.293.15.1861
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20, 221-228. DOI: 10.1016/0191-8869(95)00163-8
- Fontenelle, L. F., Vitor Mendlowicz, M., de Menezes, G. B., Papellbaum, M., Freitas, S. R., Godoy-Matos, A., et al. (2003). Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 119, 189-194. DOI: 10.1016/S0165-1781(03)00127-6
- Freeman, L. M. Y., & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204-212. DOI: 10.1002/eat.20012

- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating Behaviors*, 7, 282-289. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2005.09.002
- Friedman, M. A., Dixon, A. E., Brownell, K. D., Whisman, M. A., & Wilfley, D. E. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 81-85. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<81::AID-EAT10>3.0.CO;2-V
- Gagnon, M. D., Hersen, M., Kabacoff, R. I., & Van Hasselt, V. B. (1999). Interpersonal and psychological correlates of marital dissatisfaction in late life: a review. *Clinical Psychology Review*, 19, 359-378. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00048-2
- Gagnon-Girouard, M.-P., Gagnon, C., Bégin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Boivin, S., et al. (2010). Couple dissatisfaction and eating profile: A mediation effect of coping style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15, 240-246. DOI: 10.1007/BF03325305
- Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 147-177). New York, NY: Guilford Press.
- Goldfein, J. A., Devlin, M. J., & Spitzer, R. L. (2000). Cognitive behavioral therapy for the treatment of binge eating disorder: what constitutes success? *American Journal of Psychiatry*, 157, 1051-1056. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.7.1051
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55. DOI: 10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Graham, J. M., Liu, Y. J., & Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68, 701-717. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2006.00284.x
- Greeno, C. G., Marcus, M. D., & Wing, R. R. (1995). Diagnosis of binge eating disorder: Discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 153-160. DOI: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<153::AID-EAT2260170208>3.0.CO;2-V
- Greeno, C. G., Wing, R. R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102. DOI: 10.1037/0022-006X.68.1.95
- Grilo, C. M. (2002). Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4, 18-24. DOI: 10.1007/s11920-002-0007-8
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 414-419. DOI: 10.1037/0021-843X.117.2.414
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2000). Onset of dieting versus binge eating in outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Obesity*, 24, 404-409. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801171
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 317-322. DOI: 10.1037/0022-006X.69.2.317

- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Jones, A., Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). The social self, body dissatisfaction, and binge eating in obese females. *Obesity Research*, 2, 24-27. DOI: 10.1002/j.1550-8528.1994.tb00040.x
- Grisset, N. I., & Norvell, N. K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 293-299. DOI: 10.1037/0022-006X.60.2.293
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 124-131. DOI: 10.1016/j.compsych.2006.08.002
- Hansel, S. L., & Wittrock, D. A. (1997). Appraisal and coping strategies in stressful situations: A comparison of individuals who binge eat and controls. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 89-93. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199701)21:1<89::AID-EAT11>3.0.CO;2-J
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108. DOI: 10.1037/0033-2909.110.1.86
- Heckman, T. G., Kochman, A., Sikkema, K. J., & Kalichman, S. C. (1999). Depressive symptomatology, daily stressors, and ways of coping among middle-age and older adults living with HIV disease. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 311-322. DOI: 10.1176/appi.ps.51.7.903
- Herzog, D. B., & Delinsky, S. S. (2001). Classification of eating disorders. In R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice* (pp. 31-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Holston, J. I., & Cashwell, C. S. (2000). Family functioning and eating disorders among college women: A model of prediction. *Journal of College Counselling*, 3, 5-16. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2000.tb00159.x
- Hsu, L. K. G., Mulliken, B., McDonagh, B., Das, S. K., Rand, W., Fairburn, C. G., et al. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 26, 1398-1403. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802081
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Johnson, W. G., Boutelle, K. N., Torgrud, L., Davig, J. P., & Turner, S. (2000). What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 471-479. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200005)27:4<471::AID-EAT13>3.0.CO;2-8
- Johnson, W. G., Schlundt, D. G., Barclay, D. R., Carr-Nangle, R. E., & Engler, L. B. (1996). A naturalistic functional analysis of binge eating. *Behavior Therapy*, 26, 101-118. DOI: 10.1016/S0005-7894(05)80085-1
- Johnson, J. G., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31, 1455-1466. DOI: 10.1017/S0033291701004640

- Kalarchian, M. A., Wilson, G. T., Brolin, R. E., & Bradley, L. (2000). Assessment of eating disorders in bariatric surgery candidates: Self-report questionnaire versus interview. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 465-469. DOI: 10.1002/1098-108X(200012)28:4<465::AID-EAT17>3.0.CO;2-2
- Keel, P. K. & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 195–204. DOI: 10.1002/eat.20810.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: Predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 839-846. DOI: 10.1002/da.20341
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Society of Biological Psychiatry*, 73, 904-914. DOI:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092-1096. Consulté de <http://journals.psychiatryonline.org>
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503. DOI: 10.1037/0033-2909.127.4.472
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999a). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287–292. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<287::AID-EAT6>3.0.CO;2-8
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999b). Binge eating disorder in males: A population-based investigation. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4, 169-174. DOI: 10.1007/BF03339732
- Koff, E., & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 51-56. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<51::AID-EAT6>3.0.CO;2-1
- Kurdek, L. A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6, 22-35. DOI: 10.1037/0893-3200.6.1.22
- Latner, J. D., Hildebrandt, T., Rosewall, J. K., Chisholm, A. M., & Hayashi, K. (2007). Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2203-2211.
- Latner, J. D., Vallance, J. K., & Buckett, G. (2008). Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 148-153. DOI: 10.1007/s10880-008-9111-1
- Latner, J. D., & Wilson, G. T. (2002). Self-monitoring and the assessment of binge eating. *Behavior Therapy*, 33, 465-477. DOI: 10.1016/S0005-7894(02)80039-9
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. DOI: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le Grange, D., Gorin, A., Catley, D., & Stone, A. A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview? *European Eating Disorders Review*, 9, 309-324. DOI: 10.1002/erv.409
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313. DOI: 10.1037/0882-7974.8.2.301
- Levine, P. (1988). "Bulimic" couples: Dynamics and treatment. *The Family Therapy Collections*, 25, 89-104.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination—Self-report Questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25, 349-351. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<349::AID-EAT15>3.0.CO;2-M
- Lussier, Y. (1991). *Inventaire des stratégies d'adaptation en situations stressantes*. Document inédit. (Questionnaire original publié par Endler, N. S. & Parker, J. D. A. sous le titre Coping Inventory for Stressful Situations).
- Maling, M. S., Gurtman, M. B., & Howard, K. I. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5, 63-75. DOI: 10.1080/10503309512331331146
- Manwaring, J. L., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., et al. (2006). Risk factors and patterns of onset in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 101-107. DOI: 10.1002/eat.20208
- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Besteghi, L., Di Domizio, S., et al. (2002). Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 26, 1261-1267. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802073
- Markey, C. N., Markey, P. M., & Birch, L. L. (2001). Interpersonal predictors of dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology*, 15, 464-475. DOI: 10.1037/0893-3200.15.3.464
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10, 163-168. DOI: 10.1016/0306-4603(85)90022-X
- Marcus, M. D., Wing, R. R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., & McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 69-77. DOI: 10.1002/1098-108X(199001)9:1<69::AID-EAT2260090108>3.0.CO;2-K
- Marusic, A., & Goodwin, R. D. (2006). Suicidal and deliberate self-harm ideation among patients with physical illness: The role of coping styles. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 323-328. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.323
- Masheb, R.M., & Grilo, C. M. (2004). Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 9, 194-199. DOI: 10.1007/BF03325066
- Mathes, W. F., Brownley, K. A., Mo, X., & Bulik, C. M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite*, 52, 545-553. DOI: 10.1016/j.appet.2009.03.005

- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928. DOI: 10.1037/0022-3514.46.4.919
- McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248-254. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.5.1024
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 423-437. DOI: 10.1002/jclp.10080
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004a). Temporal stability of the eating disorder examination questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 195-203. DOI: 10.1002/eat.20017
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004b). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 551-567. DOI: 10.1016/S0005-7967(03)00161-X
- Moradi, B., Dirks, D., & Matteson, A. V. (2005). Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: A test and extension of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 420-428. DOI: 10.1037/0022-0167.52.3.420
- National Eating Disorders Association. (2005). Statistics: Eating disorders and their precursors. Consulté de <http://www.nationaleatingdisorders.org>
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344. DOI: 10.1002/per.2410060502
- Peterson, C. B., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Joiner, T., Crow, S. J., Mitchell, J. E., et al. (2007). Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire: Factor structure and internal consistency. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 386-389. DOI: 10.1002/eat.20373
- Pike, K. M. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls: Toward a model of cumulative risk. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 373-396. DOI: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00081.x
- Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1455-1460. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.9.1455
- Pike, K. M., Loeb, K., & Walsh, B. T. (1995). Binge eating and purging. In D. B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 303-346). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pike, K. M., & Striegel-Moore, R. H. (1997). Disordered eating and eating disorders. In S. J. Gallant, G. P. Keita, & R. Royak-Schaler (Eds.), *Health care for women: Psychological, social, and behavioral influences* (pp. 97-114). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pi-Sunyer, F. X. (1995). Medical complications of obesity. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 401-405). New York: The Guilford Press.

- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26, 153-164. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R
- Pomeroy, C. (2001). Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: Assessment of physical status. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 177-203). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pull, C. B. (2004). Binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 43-48. DOI: 10.1097/00001504-200401000-00008
- Quirouette, C., & Pushkar-Gold, D. (1992). Spousal characteristics as predictors of well-being in older couples. *The International Journal of Aging and Human Development*, 34, 257-269. DOI: 10.2190/35PY-3AXX-XT1V-71LR
- Rafnsson, F. D., Smari, J., Windle, M., Mears, S. A., & Endler, N. S. (2006). Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). *Personality and Individual Differences*, 40, 1247-1258. DOI: 10.1016/j.paid.2005.11.011
- Ramacciotti, C. E., Coli, E., Bondi, E., Burgalassi, A., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2008). Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 643-649. DOI: 10.1002/eat.20544
- Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2007). Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 165-170. DOI: 10.1002/eat.20353
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P. L., et al. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 111-115. DOI: 10.1016/S0010-440X(00)90143-3
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V., & Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 234-240. DOI: 10.1002/eat.20101
- Rook, K. S. (1998). Investigating the positive and negative sides of personal relationships: Through a lens darkly? In B. H. Spitzberg & W. R. Cupach (Eds.), *The dark side of close relationships* (pp. 369-393). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Root, M. P. P., Fallon, P., & Friedrich, W. N. (1986). *Bulimia: A systems approach to treatment*. New York: W W Norton.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., & Wright, J. (1990). Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Psychological Assessment*, 2, 333-337. DOI: 10.1037/1040-3590.2.3.333
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17, 15-27. DOI: 10.1037/1040-3590.17.1.15

- Schlup, B., Munsch, S., Meyer, A. H., Margraf, J., & Wilhelm, F. H. (2009). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behavioral Research Therapy*, 47, 628–635. DOI: 10.1016/j.brat.2009.04.003
- Schoeller, D. A. (1995). Limitations in the assessment of dietary energy intake by self-report. *Metabolism*, 44, 18-22. DOI: 10.1016/0026-0495(95)90204-X
- Schwartz, R. C., Barrett, M. J., & Saba, G. (1985). Family therapy for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 280–307). New York: Guilford Press.
- Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327. DOI: 10.1016/0010-440X(94)90025-6
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 593-611. DOI: 10.1016/j.brat.2008.02.002
- Sierra-Baigrie, S., & Lemos-Giráldez, S. (2008). Examining the relationship between binge eating and coping strategies and the definition of binge eating in a sample of Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 172-180. DOI: 10.1017/S1138741600004212
- Simon, J., Schmidt, U., & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35, 1543-1551. DOI: 10.1017/S0033291705004708
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. DOI 10.1007/s11920-012-0282-y
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., et al. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 629-638. DOI: 10.1037/0022-006X.75.4.629
- Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 620-625. DOI: 10.1037/0003-066X.55.6.620
- Sorbara, M., & Geliebter, A. (2002). Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 416-423. DOI: 10.1002/eat.10046
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28. Consulté de <http://www.jstor.org.acces.bibl.ulaval.ca/stable/350547>
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 731-738. DOI: 10.2307/351593
- Staiger, P. K., Melville, F., Hides, L., Kambouropoulos, N., & Lubman, D. I. (2009). Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance

- use in young adults? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 220-226. DOI: 10.1016/j.jsat.2008.05.008
- Statistique Canada. Centre Canadien de la statistique juridique. (2002). Programme de déclaration uniforme de la criminalité fondée sur l'affaire (DUC2). Consulté de <http://www23.statcan.gc.ca>
- Stein, S. J., Girodo, M., & Dotzenroth, S. (1982). The interrelationships and reliability of a multilevel behavior-based assessment package for distressed couples. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 343-360. DOI: 10.1007/BF01341229
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848. DOI: 10.1037/0033-2909.128.5.825
- Strakowski, S. M., Tohen, M., Stoll, A. L., Faedda, G. L., Mayer, P. V., Kolbrener, M. L., et al. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 752-757. DOI: 10.1093/ajps/150.5.752
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181-198. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.181
- Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 635-661. DOI: 10.1177/0011000001295002
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 157-165. DOI: 10.1002/1098-108X(200103)29:2<157::AID-EAT1005>3.0.CO;2-8
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Solomon, E. E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 270-278. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<270::AID-EAT3>3.0.CO;2-1
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Bray, N. L., Kraemer, H. C., et al. (2004). Toward an understanding of health services use in women with binge eating disorder. *Obesity Research*, 12, 799-806. DOI: 10.1038/oby.2004.96
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S19-S29. DOI: 10.1002/eat.10202
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2008). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 305-324. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141149
- Stukenberg, K. W., Dura, J. R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1990). Depression screening scale validation in an elderly, community-dwelling population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 134-138. DOI: 10.1037/1040-3590.2.2.134
- Stunkard, A. J., & Allison, K. C. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker? *International Journal of Eating Disorders*, 34, S107-S116. DOI: 10.1002/eat.10210

- Sulkowski, M. L., Dempsey, J., & Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 12, 188-191. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.006
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L., & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 939-946. DOI: 10.1176/ajp.155.7.939
- Svaldi, J., Dorn, C., & Trentowska, M. (2011). Effectiveness for interpersonal problem-solving is reduced in women with binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 19, 331-341. DOI: 10.1002/erv.1050
- Tanofsky-Kraff, M., Bulik, C. M., Marcus, M. D., Striegel, R. H., Wilfley, D. E., Wonderlich, S. A., et al. (2013). Binge eating disorder: The next generation of research. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 193-207. DOI: 10.1002/eat.22089.
- Tanofsky-Kraff, M., Han, J. C., Anandalingam, K., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., et al., (2009). The FTO gene rs9939609 obesity risk allele and loss of control over eating. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90, 1483-1488. DOI: 10.3945/ajcn.2009.28439
- Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D. E., & Spurrell, E. (2000). Impact of interpersonal and ego-related stress on restrained eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 411-418. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200005)27:4<411::AID-EAT5>3.0.CO;2-P
- Telch, C. F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in women with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 77-81. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<77::AID-EAT10>3.0.CO;2-F
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61. DOI: 10.1002/1098-108X(199401)15:1<53::AID-EAT2260150107>3.0.CO;2-0
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271-279. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<271::AID-EAT6>3.0.CO;2-L
- Telch, C. F., Pratt, E. M., & Niego, S. H. (1998). Obese women with binge eating disorder define the term binge. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 313-317. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199811)24:3<313::AID-EAT9>3.0.CO;2-P
- Telch, C. F., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768-776. DOI: 10.1037/0022-006X.66.5.768
- Thompson, J. K. (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Timmerman, G. M. (1999). Binge Eating Scale: Further assessment of validity and reliability. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4, 1-12. DOI: 10.1111/j.1751-9861.1999.tb00051.x
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Norré, J. (1997). *Eating disorders and marital relationships*. New York: Routledge.

- Vinokur, A. D., & Vinokur-Kaplan, D. (1990). "In sickness and in health." Patterns of social support and undermining in older married couples. *Journal of Aging and Health*, 2, 215-241. DOI: 10.1177/089826439000200205
- Wardle, J., Waller, J., & Rapoport, L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obesity Research*, 9, 778-787. DOI: 10.1038/oby.2001.107
- Wegner, K. E., Smyth, J. M., Crosby, R. D., Wittrock, D., Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 352-361. DOI: 10.1002/eat.10086
- Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H., & Bulik, C. M. (2012). Marital functioning and binge eating disorder in married women. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 385-389. DOI: 10.1002/eat.20935
- White, M. A., & Grilo, C. M. (2006). Psychiatric comorbidity in binge-eating disorder as a function of smoking history. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 594-599. DOI: 10.4088/JCP.v67n0410
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Dounchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 641-649. DOI: 10.1037/0022-006X.68.4.641
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1151-1159. DOI: 10.1016/S0005-7967(97)00058-2
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200004)27:3<259::AID-EAT2>3.0.CO;2-G
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S96-S106. DOI: 10.1002/eat.10209
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., et al. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636. DOI: 10.1001/archpsyc.1992.01820080038006
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college women. *Addictive Behaviors*, 25, 205-216. DOI: 10.1016/S0306-4603(99)00049-0
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 687-705. DOI: 10.1002/eat.20719
- Wonderlich, S. A., Joiner Jr, T. E., Keel, P. K., Williamson, D. A., & Crosby, R. D. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62, 167-180. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.167

- Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Zipfel, S., Löwe, B., & Herzog, W. (2003). Medical complications. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 191-206). London: John Wiley.

Annexe 1 : Critères diagnostiques pour l'HB

Rapport-Gratuit.com

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
- (1) absorption, en une période de temps limitée (p.ex., moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
 - (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p.ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Les crises de boulimie sont associées à trois (ou plus) des caractéristiques suivantes :
- (3) manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - (4) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
 - (5) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
 - (6) manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - (7) se sentir dégoûté de soi-même, déprimé, ou très coupable après avoir trop mangé
- C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.
- D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
- E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p.ex., vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une Anorexie nerveuse (Anorexia nervosa) ou d'une Boulimie (Bulimia nervosa).

Spécifier si :

- En rémission partielle : le comportement boulimique survient à une fréquence moindre qu'une fois par semaine pour une période prolongée
- En rémission totale : aucun des critères n'est rencontré pour une période prolongée

Spécifier la sévérité actuelle :

Le degré minimal de sévérité est basé sur la fréquence du comportement boulimique (voir ci-bas). Le degré de sévérité peut être augmenté pour refléter d'autres symptômes et le niveau de dysfonctionnement.

- Léger : 1-3 crises de boulimie par semaine
- Modéré : 4-7 crises de boulimie par semaine
- Sévère : 8-13 crises de boulimie par semaine
- Extrême : 14 ou plus crises de boulimie par semaine

Annexe 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Laboratoire de recherche et d'intervention auprès du couple
Unité d'évaluation et de traitement de la problématique du poids
École de psychologie, Université Laval

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Annie Boisvert, sous la direction de M. Stéphane Sabourin et Mme Catherine Bégin de l'École de psychologie de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La présente recherche a pour but d'étudier divers aspects psychologiques liés à la relation de couple, tels que la satisfaction conjugale et l'attachement romantique, en lien avec les symptômes alimentaires.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à :

- participer à une entrevue enregistrée portant sur l'évaluation des symptômes alimentaires d'une durée d'environ 30 minutes ;
- compléter à deux reprises une batterie de questionnaires d'une durée d'environ 30 minutes portant sur les différents aspects psychologiques liés à la relation de couple ainsi que sur les symptômes alimentaires ;
- répondre par téléphone à une version abrégée de la batterie de questionnaires d'une durée d'environ 15 minutes, pour un total de huit appels à toutes les deux semaines, soit pour une durée totale de quatre mois.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous permet de contribuer à l'avancement de la recherche en psychologie, tant dans le domaine du couple que de l'hyperphagie boulimique. De plus, le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de vous connaître davantage et de mieux connaître votre relation de couple, de même que mieux cerner votre problématique alimentaire.

Le cas échéant, un montant de 5\$ vous sera remis à la fin de la rencontre afin de compenser les frais de transport et de stationnement encourus par votre participation à ce projet de recherche. Une fois toutes les étapes de la recherche complétées, un certificat-cadeau d'une valeur de 15\$ du magasin Archambault vous sera remis, de même qu'un résumé des résultats de l'étude si vous le désirez.

Il est possible que votre participation à cette étude suscite une légère fatigue compte tenu du nombre de questions auxquelles vous aurez à répondre. Il est possible également que votre participation à cette étude vous occasionne un certain inconfort ou vous amène à prendre conscience de difficultés déjà présentes chez vous ou dans votre relation. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue. Celle-ci pourra vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche tout comme vous avez la liberté de répondre ou non à toutes les questions. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou

préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seule la responsable du projet aura accès à la liste des noms et des codes ;
- si les renseignements obtenus dans cette recherche sont soumis à des analyses ultérieures, seul le code apparaîtra sur les documents ;
- les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés pendant deux ans après quoi ils seront détruits ;
- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu ;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature ;
- limite à la confidentialité : deux situations particulières relèvent les intervenants de la confidentialité, soit l'obligation légale de rapporter certains faits parce la vie de la personne ou la vie de quelqu'un d'autre est en danger, soit en vertu de la protection de la jeunesse.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Annie Boisvert au 418-656-2131 poste 8145 () ou avec les professeurs Stéphane Sabourin au 418-656-2131 poste : 2150 (Stephane.Sabourin@psy.ulaval.ca) et Catherine Bégin au 418-656-2131 poste : 12997 (Catherine.Begin@psy.ulaval.ca), qui sont les psychologues – chercheurs responsables de cette étude à l'Université Laval.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussignée _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : Relations entre l'hyperphagie boulimique, la satisfaction conjugale et l'attachement romantique. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature et les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Advenant une relance ultérieure de la recherche, j'accepte d'être contactée de nouveau. Oui ☐ Non ☐

Signature de la participante

Lu et signé le ____/____/____, à Québec
J M A

Je désire recevoir par la poste un court résumé des résultats de la recherche. Oui ☐ Non ☐

Les résultats me seront envoyés par la poste à la fin de la recherche, fixée provisoirement en août 2008. Si je déménage d'ici à cette date, je conviens de fournir mes nouvelles coordonnées.

L'adresse à laquelle je souhaite recevoir le résumé des résultats est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature et les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Annie Boisvert
Candidate au doctorat en psychologie
418-656-2131 poste 8145
annie.boisvert.1@ulaval.ca

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval dont les coordonnées sont les suivantes :

Pavillon Alphonse-Desjardins
bureau 3320
Université Laval
Québec (Québec) G1K 7P4
Renseignements – Secrétariat : 418-656-3081
Télécopieur : 418-656-3846
Courriel : ombuds@ombuds.ulaval.ca