



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

ÉTUDE LONGITUDINALE MESURANT LES EFFETS DE LA PARTICIPATION À UN  
PROGRAMME DE TRAITEMENT DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE SUR LA  
SYMPTOMATOLOGIE ANXIEUSE D'ADULTES.

MÉMOIRE DE MAITRISE  
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3168)

PAR

KARINE LAGACÉ

Sous la direction de  
ANNIE AIMÉ

**Dépôt final Octobre 2020**

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| CHAPITRE 1 .....  | 1  |
| Introduction .....  | 1  |
| Anxiété .....   | 1  |
| Les dimensions somatiques et cognitives de l'anxiété .....  | 2  |
| Anxiété somatique.....  | 2  |
| Anxiété cognitive .....   | 3  |
| Troubles des conduites alimentaires et hyperphagie boulimique (HB) .....                                    | 4  |
| Symptômes et critères diagnostiques de l'HB.....  | 4  |
| Prévalence de l'anxiété et des troubles anxieux dans les troubles des conduites alimentaires<br>(TCA) ..... | 5  |
| Prévalence des TCA et de l'HB .....   | 5  |
| Prévalence des TA en comorbidité avec les TCA.....  | 6  |
| État des connaissances à propos du lien entre les variables .....   | 8  |
| Association entre les variables .....   | 8  |
| Comportements sécurisants et stratégies d'évitement en lien avec les TCA et l'anxiété .....                 | 8  |
| Étiologie commune et facteurs de risque des TA et des TCA.....  | 12 |
| Évolution et pronostics possibles lors de co-occurrences des TA et TCA.....                                 | 13 |
| Interventions à préconiser en cas de comorbidité .....  | 15 |
| L'approche cognitivo-comportementale .....  | 15 |
| La régulation émotionnelle et des alternatives aux crises de boulimie .....                                 | 16 |
| Pleine conscience .....   | 17 |
| Exposition.....   | 18 |
| Les thérapies interpersonnelles .....   | 18 |
| L'approche nutritionnelle et pharmaceutique .....   | 19 |
| Liens entre les approches reconnues et le programme d'intervention Origine .....                            | 20 |

|  |    |
|--|----|
| Pertinence du contexte théorique en lien avec les objectifs poursuivis .....                 | 21 |
| Question de recherche, objectifs poursuivis et hypothèses reliées.....                       | 22 |
| Aspect novateur du projet.....   | 23 |
| CHAPITRE 2 .....   | 25 |
| Méthodologie .....   | 25 |
| Participant.es .....   | 25 |
| Procédure.....   | 27 |
| Recrutement .....  | 27 |
| Certification éthique.....   | 27 |
| Étapes de réalisation.....   | 27 |
| Instruments de mesure.....   | 28 |
| Questionnaires sociodémographiques .....   | 28 |
| Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0).....                                   | 28 |
| Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ).....  | 30 |
| State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA).....                        | 31 |
| Questionnaire d'évitement cognitif (QEC) .....   | 32 |
| Analyses réalisées .....   | 33 |
| Statistiques descriptives, analyse de cas et représentations graphiques longitudinales ..... | 33 |
| CHAPITRE 3 .....   | 35 |
| Résultats .....  | 35 |
| Statistiques descriptives .....  | 35 |
| Statistiques inférentielles.....   | 35 |
| Analyse de cas et représentations graphiques longitudinales.....                             | 36 |
| Analyse visuelle des résultats de l'EDE-Q 6.0.....   | 37 |
| Analyse visuelle des résultats du STICSA (anxiété somatique/cognitive). .....                | 37 |

|  |    |
|--|----|
| Analyse visuelle des résultats du QEC (évitement cognitif).....                | 38 |
| Analyse visuelle des résultats du FFMQ (pleine conscience).....                | 40 |
| Scores moyens obtenus .....  | 41 |
| CHAPITRE 4 .....   | 42 |
| Discussion .....   | 42 |
| Degré d’anxiété chez les participantes avec et sans accès hyperphagiques ..... | 43 |
| Évolution de la symptomatologie alimentaire et anxieuse sur 12 mois. ....      | 44 |
| Forces, limites et recommandations .....                                       | 47 |
| Forces de l’étude .....  | 47 |
| Nature de l’échantillon et processus de recherche. ....                        | 47 |
| Limites de l’étude.....  | 49 |
| Recrutement et méthodologie.....   | 49 |
| Conclusion.....  | 54 |
| Références .....   | 56 |
| Tableaux .....   | 61 |

## Liste de tableaux et de figures

|   |      |
|---|------|
| Tableau 1. Statistiques descriptives de l'échantillon au temps 1.....   | p.35 |
| Tableau 2. Résultats de l'ANOVA à un facteur de l'EDE-Q 6.0 et ses sous-échelles, du STICSA, du QEC et du FFMQ en fonction des deux groupes de comparaison..... | p.36 |
| Tableau 3. Scores individuels et moyens des questionnaires, pour chacun des temps de mesures, en fonction des participantes (n=9).....                          | p.36 |
| Fig. 1 Score du questionnaire EDEQ pour chaque participante en fonction des trois temps de mesure (n=9).....  | p.37 |
| Fig. 2 Score du questionnaire STICSA pour chaque participante en fonction des trois temps de mesure (n=9).....  | p.38 |
| Fig. 3 Score du questionnaire QEC pour chaque participante en fonction des trois temps de mesure (n=9).....   | p.39 |
| Fig. 4 Score du questionnaire FFMQ pour chaque participante en fonction des trois temps de mesure (n=9).....  | p.40 |
| Fig. 5 Score moyen des questionnaires en fonction des trois temps de mesure (n=9).....  | p.41 |

## **Remerciements**

C'est avec beaucoup d'émotions et un sentiment de fierté que je boucle ce travail de longue haleine, qui aura meublé l'ensemble de ma vie, durant les trois dernières années. La remise d'un travail de si grande envergure n'aurait jamais été possible sans le centième du support que m'a offert ma directrice de mémoire, Mme Annie Aimé, professeure au département de psychologie et de psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais, au campus de Saint-Jérôme. Son expertise, ses commentaires et ses révisions, ses mots d'encouragement et son support ont été la pierre angulaire de ce travail de recherche. Je tiens à remercier également l'excellent partenariat de la clinique MuUla, qui a permis l'utilisation et la collecte des données qui ont servi aux analyses de ce présent mémoire. Spécialement, un merci sincère à Guylaine Guèvremont, fondatrice de la clinique, avec qui la collaboration aura permis de faire avancer un peu la recherche en lien avec les troubles alimentaires et la symptomatologie anxieuse. Finalement, je tiens spécialement à remercier ma famille et mes proches, qui ont dû me supporter durant tout ce processus. Ils ont été ma motivation et mon réconfort lorsque j'en avais besoin. À toutes ces personnes, je tiens à vous dire tout simplement merci.

## **Résumé du mémoire**

Les liens entre les troubles alimentaires et l'anxiété sont de plus en plus reconnus. Certains symptômes ou manifestations connus dans les troubles alimentaires sont communs à l'anxiété. Les stratégies d'évitement cognitives et des comportements sécurisants sont associés à l'anxiété et même aux troubles anxieux. Pourtant, peu d'études à ce jour ont examiné la nature et la force de cette association auprès d'échantillons d'individus d'âge adulte atteints d'hyperphagie boulimique. La présente étude vise à vérifier si un programme spécifiquement conçu pour les personnes atteintes d'hyperphagie boulimique aurait un effet sur les manifestations anxieuses rapportées par celles-ci.

## **Mots clés en français**

Hyperphagie boulimique; crise de boulimie; anxiété; programme d'intervention; adultes

## **Résumé en anglais**

The links between eating disorders and anxiety are increasingly recognized. Certain symptoms or manifestations known in eating disorders are common to anxiety. Cognitive avoidance strategies and reassuring behaviors are associated with anxiety and even anxiety disorders. However, few studies have yet examined the nature and strength of this association among adult samples having a binge eating disorder. This study aims to verify whether a program specifically designed for people with a binge eating disorder would have an effect on the anxiety manifestations reported by them.

## **Mots clés en anglais**

Binge Eating Disorder, bingeing, anxiety, programs, adults

# CHAPITRE 1

## Introduction

### Anxiété

Le concept de l'anxiété a fait l'objet de plusieurs études au fil des ans. Selon certains, les réponses d'anxiété chez l'humain seraient un état cognitif et psychobiologique qui résulterait de mécanismes de défense qui sont enclenchés lorsque la personne croit être confrontée à un danger réel ou fictif (Marks et Nesse, 1994; Stein, 2006 cité par Stein, 2014). Ces réponses à un stressor potentiel sont normales et temporaires, ce qui n'est pas pathologique en cas de réel danger. L'anxiété, sur un plan adaptatif, est essentielle à la survie de l'être humain. Toutefois, selon la dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), celle-ci devient problématique si elle est présente de manière excessive, qu'elle altère le fonctionnement, qu'elle cause de la détresse et de la souffrance à celui qui la vit. Pour que l'anxiété soit considérée pathologique, la personne doit la vivre de manière fréquente (presque qu'à tous les jours), et ce, pendant plus de six mois (American Psychiatric Association [APA], 2013; Stein, 2014). Comme décrit par Nebel-Schwalm et Davis (2013), l'anxiété constitue un état de tension et d'anticipation, face à une menace potentielle, qui est à la fois vague et incertaine. Ainsi, les personnes anxieuses auront tendance à tenter de prévoir les causes potentielles ou les menaces pouvant éventuellement leur nuire. L'anxiété sera alors reliée à une hypothétique menace, qui est anticipée dans le futur et non vécue dans le présent (APA, 2013). Selon Nebel-Schwalm et David (2013), plusieurs confondent l'anxiété et la peur d'un danger présent. La distinction entre ces deux concepts résiderait dans la conception émotionnelle de la réponse biologique de la peur et dans la caractéristique temporelle de la menace. L'anxiété résiderait dans l'anticipation d'une

menace, qui n'est pas nécessairement réelle et présente dans le moment. La peur, quant à elle, est une réaction émotionnelle qui se manifeste lorsque l'individu est confronté à une menace réelle, par exemple le fait de se retrouver face à un ours. Différents troubles d'anxiété sont répertoriés dans la littérature tel que le trouble d'anxiété généralisé (TAG) et le trouble d'anxiété sociale.

### **Les dimensions somatiques et cognitives de l'anxiété**

L'anxiété peut se retrouver sous deux types de manifestations. Le premier type de manifestation réfère à l'anxiété dite somatique, c'est-à-dire des manifestations corporelles et physiques. Le second a trait à l'anxiété dite cognitive, c'est-à-dire le traitement de l'information et les distorsions cognitives responsables de l'anticipation de menaces ou de dangers dans le futur, à la mémoire ou à la perception erronée de la réalité de la personne (Morris, Davis et Hutchings, 1981).

#### **Anxiété somatique**

La composante somatique de l'anxiété réfère à une réaction physiologique. Ces réactions physiques sont, à l'origine, déclenchées par un traitement de l'information perçue comme étant une menace ou un danger. Lorsque l'individu croit détecter les signes précurseurs de cette menace, son traitement physiologique est directement lié à la peur ou au stress ressenti devant ce déclencheur. À court ou à moyen terme, les réponses physiologiques face à la peur ou au stress peuvent prendre les formes suivantes : agitation motrice, fatigabilité, irritabilité, douleurs et tensions musculaires, perturbation du sommeil, tremblements, sudation abondante, nausée, vomissements, diarrhée, étourdissement, accélération de la fréquence cardiaque, essoufflement, maux de tête, migraine, etc. (APA, 2013). La régulation émotionnelle est étroitement liée aux manifestations physiques de l'anxiété. Lorsqu'il fait face à une menace sur laquelle il croit ne pas

avoir de contrôle direct, l'être humain est biologiquement conçu de manière à enclencher une série de réactions physiologiques pouvant lui procurer, à court terme, l'énergie nécessaire pour assurer sa survie (Seligman, 1971). Toutefois, si la menace ou l'impression d'être menacé perdure, l'exposition à un stressor de manière fréquente et excessive épuisera physiquement et mentalement la personne qui le vit. L'individu qui fait face à ce stressor mettra en place des stratégies de régulation émotionnelle afin de maîtriser la symptomatologie anxieuse qu'il vit. Cette détresse émotionnelle peut mener à des comportements visant à réduire celle-ci et, ainsi, calmer les comportements anxieux. Selon la littérature, quatre stratégies de régulation émotionnelle seraient employées par les personnes souffrant d'anxiété pathologique, soit la rumination, la suppression de pensées, la résolution de problèmes inadéquate et l'évitement (Aldao, Nolen-Hoeksema et Schweizer, 2010). Comme mentionné par Beck, Emery et Greenberg (2005), pour se réguler émotionnellement, les personnes ayant une typologie anxieuse auront donc tendance à éviter la prise de risques inutiles et à préconiser des comportements d'évitement face à des situations potentiellement menaçantes pour elles.

### **Anxiété cognitive**

Comme mentionné plus haut, le volet cognitif de l'anxiété réfère au traitement cognitif que la personne fait et qui induit des réponses physiologiques spécifiques. L'anxiété cognitive peut produire les symptômes suivants : des difficultés de concentration, des erreurs, des oublis, de l'indécision, une perception négative de la réalité, de la désorganisation ou de la procrastination (Lebel, 2011). La personne qui vit de l'anxiété cognitive se préoccupe excessivement d'une menace potentielle (hypervigilance), dans le futur, et ceci induit du stress ainsi qu'une tension corporelle. La majorité de l'énergie de la personne est alors monopolisée pour tenter d'éviter la menace, pour l'affronter ou pour résoudre le problème, et ce, même si cela

devient une obsession (Beck et al., 2005; Ehring, 2014; ref. « fight, flight, freeze or faint »). C'est ainsi que le volet cognitif de l'anxiété a pour effet d'augmenter les symptômes physiques et d'inhiber la régulation émotionnelle.

En somme, l'anxiété cognitive constituerait une forme de traitement de l'information relatif aux menaces détectées par l'individu, qui provoquerait la mise en place de stratégies d'adaptation. Parmi ces symptômes, l'hypervigilance serait à l'origine de la détection erronée de menaces potentielles et provoquerait donc un mauvais traitement de l'information (Rapee, Schniering et Hudson, 2009).

### **Troubles des conduites alimentaires et hyperphagie boulimique (HB)**

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont caractérisés par une perturbation persistante des comportements d'alimentation qui résulte en une consommation altérée ou une absorption de nourriture qui implique des dysfonctions significatives soit au plan physique ou psychologique (APA, 2013). Les TCA les plus connus sont l'anorexie mentale (AM) et la boulimie (B). Alors qu'il était auparavant considéré comme un TCA non spécifié, le trouble d'hyperphagie boulimique (HB) a été ajouté aux TCA lors de la publication de la 5<sup>e</sup> édition du DMS (APA, 2013).

#### **Symptômes et critères diagnostiques de l'HB.**

La personne, afin de recevoir le diagnostic d'HB, doit répondre aux critères suivants, provenant du DSM-5 (APA, 2013 – traduction libre). Dans un premier temps, elle doit vivre des épisodes récurrents d'accès hyperphagiques. Afin d'être considéré comme tel, l'épisode doit correspondre à une absorption d'une quantité de nourriture jugée largement supérieure à ce que mangerait quelqu'un d'autre dans des circonstances similaires, et ce, dans une courte période de

temps (moins de deux heures). En plus de cela, il est nécessaire que la personne rapporte avoir eu l'impression de perdre le contrôle, c'est-à-dire de ne plus pouvoir s'arrêter, de ne plus contrôler la quantité ingérée ou ce qu'elle mangeait. En ce qui a trait aux épisodes d'accès hyperphagiques, la personne doit également répondre à trois des cinq critères qui suivent pour satisfaire les critères diagnostiques de l'HB. Ces critères sont le fait de : 1) manger plus rapidement que la normale; 2) manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein; 3) manger de grandes quantités de nourritures sans en ressentir la faim physiquement; 4) manger seul; et 5) se sentir dégoûté, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé. Ensuite, pour recevoir le diagnostic d'HB, la personne doit ressentir de la détresse face à ses comportements alimentaires. Les épisodes d'accès hyperphagiques doivent survenir au moins une fois par semaine depuis trois mois. Finalement, les comportements d'accès hyperphagiques de l'HB ne doivent pas être accompagnés de comportements compensatoires et ne doivent pas être présents lors de l'apparition d'un trouble de B ou d'AM. Par ailleurs, il existe des gradations dans la gravité des symptômes de l'HB. Selon le DSM-5, le degré de sévérité considéré comme léger réfère à 1 à 3 épisodes d'accès hyperphagiques sur une période d'une semaine, modéré de 4 à 7, sévère de 8 à 13 et extrême de 14 ou plus. Le grignotage continu de petites quantités d'aliments, toute la journée, n'est pas considéré comme de l'hyperphagie boulimique.

### **Prévalence de l'anxiété et des troubles anxieux dans les troubles des conduites alimentaires (TCA)**

#### **Prévalence des TCA et de l'HB**

Pour l'HB, le ratio homme-femme dans la population générale est pratiquement égal, mais la population clinique est principalement constituée de femmes, ce qui suggère que les femmes

vont davantage consulter. La prévalence de l'HB est de 1,6 % pour les femmes et de 0,8 % pour les hommes, dans la population générale, ce qui donne un ratio d'environ 2 : 1 (APA, 2013). Kessler et al. (2013) affirment que l'HB débute le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (début vingtaine).

### **Prévalence des TA en comorbidité avec les TCA**

Plusieurs études ont montré que les troubles des conduites alimentaires (TCA), et plus particulièrement l'AM et la B, sont associés à l'anxiété et aux troubles anxieux (TA) (Bulik, 1995; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, Master et Group, 2004; Pallister et Waller, 2008; Swinbourne, Hunt, Abbott, Russell, St Clare, et Touyz, 2012; Rigaud, Gimenez et Perroud, 2016). Selon Pallister et al. (2008), les femmes ayant un TCA présentent un risque plus élevé d'avoir un TA en comorbidité que celles de groupes contrôles sans TCA. Pour ce qui est de la prévalence commune des deux types de troubles, il peut s'avérer complexe d'arriver à des pourcentages unanimes considérant la diversité des méthodes de diagnostic et les différents taux de prévalence de chacune des deux problématiques séparément. Toutefois, il est possible de remarquer que l'AM, surtout le type restrictif, est davantage comorbide avec des TA de type anxiété sociale. De plus, malgré le fait que le TOC ne fait plus partie des TA, il s'avère que ce trouble est souvent comorbide avec l'AM (Pallister et al., 2008; Kaye et al., 2004). Les TA se développent habituellement dans l'enfance. Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge, ils tendent à se perdurer dans le temps. Les TA toucheraient davantage les femmes que les hommes, avec un ratio de 2 : 1 (APA, 2013). Les TA les plus fréquemment observés chez les personnes atteintes de TCA sont le TAG et le trouble d'anxiété sociale. La prévalence du TAG dans le monde varie de 0,4 % à 3,6 % et celle de l'anxiété sociale de 0,5 % à 2 % (Lewis-Fernández et al., 2010). Selon un échantillon de 672 participants ayant un TCA de type AM, B ou AM et B, 427 d'entre eux

(63,5 %) furent diagnostiqués avec au moins un TA au cours de leur vie (Kaye et al., 2004). Pour ce qui est de l'anxiété sociale, ce type de TA représentait 20 % des cas ayant un TCA. Les deux autres troubles ayant été identifiés sont la phobie spécifique et le TAG (Kaye et al., 2004). Selon Swinbourne et ses collaborateurs (2012), sur un groupe de 152 femmes qui suivrait un traitement pour un TCA, 65 % rencontraient au moins les critères d'un TA. Dans leur échantillon, 16,6 % des personnes avec une AM satisfaisaient également les critères du trouble d'anxiété sociale et 33,3 % satisfaisaient également les critères du TAG. Pour ce qui est de la B, le trouble d'anxiété sociale était comorbide dans 33,3 % des cas et le TAG dans 13,3 % des cas (Swinbourne et al., 2012). L'une des seules études qui a étudié la prévalence des TCA dans un échantillon répondant aux critères de TA fut réalisée par Black, DeViva et Zayfert (2004), et montrait que seulement 12 % de l'échantillon de 257 participants ayant un TA rencontrait également les critères d'un TCA. Pris dans leur ensemble, les résultats des études disponibles indiquent que, dû à l'hétérogénéité des échantillons, la différence dans la définition théorique des deux troubles et la taille des échantillons souvent trop petite, il est difficile d'arriver avec des chiffres précis de prévalence de comorbidité pour les deux troubles dans la population générale (Pallister et al., 2008). Si le lien entre les différents TA et TCA est difficile à établir, il est encore plus difficile d'arriver avec des prévalences concernant le trouble d'HB au Canada. Lorsqu'on s'attarde aux recherches faites à ce jour, peu considèrent les personnes vivant avec l'HB dans les échantillons et encore moins dans les recherches issues du Québec. Le lien entre l'HB et l'anxiété est un domaine d'étude encore peu approfondi, et ce, malgré le fait que l'HB demeure l'un des TCA les plus répandus dans la population générale (Bouchard, 2015).

## **État des connaissances à propos du lien entre les variables**

### **Association entre les variables**

Certaines études se sont intéressées aux facteurs qui prédisposaient une personne à développer soit un trouble anxieux ou un trouble des conduites alimentaires (TCA). Toutefois, l'association entre l'HB et un TA (ou de l'anxiété en général) demeure vague et encore peu connue sur le plan statistique. Lorsqu'on s'intéresse à leur comorbidité, on remarque que certains traits de personnalité fragiliseraient ce type de personne à développer un TA, un TCA ou bien les deux simultanément (Pallister et al., 2008). Les connaissances actuelles, reposant sur les théories de l'anxiété, mettent de l'avant que les personnes susceptibles de vivre de l'anxiété auraient recourt à des stratégies spécifiques qui contribueraient involontairement au maintien de leur symptomatologie anxieuse (Salkovskis, 1991; Pallister et al., 2008). Ces stratégies, parmi lesquelles on retrouve l'évitement et le manque de régulation émotionnelle (cognitif et comportemental), provoqueraient l'augmentation des symptômes, si elles perdurent dans le temps (Pallister et al., 2008; Rigaud et al., 2016). Par ailleurs, le recours à ces stratégies par les personnes souffrant d'un TCA expliquerait l'association observée entre anxiété et TCA (Pallister et al., 2008; Aldao et al., 2010; VanBoven et Espelage, 2006).

### **Comportements sécurisants et stratégies d'évitement en lien avec les TCA et l'anxiété**

La combinaison du TA au TCA résulte par moments en des rituels alimentaires bien définis. En effet, on observe parfois, chez les personnes vivant avec des restrictions alimentaires des rituels rigides quant à l'alimentation et concernant le type d'aliments qu'elles ingèrent (Pallister et al., 2008). Cela peut s'illustrer par des comportements sécurisants tels que manger très lentement la nourriture, manger les aliments dans un ordre prédéterminé ou ne manger que

des aliments jugés sécuritaires (notion de « safe foods » en anglais qui réfère aux aliments que la personne s'autorise à manger, car ils sont peu caloriques et n'induisent pas de prise de poids). Ces rituels sont si profondément ancrés, qu'ils représentent un véritable défi à désamorcer lors du traitement, car la personne est convaincue qu'ils sont nécessaires. Par exemple, elle peut croire que si elle déroge à ses rituels alimentaires, il s'ensuivra une prise soudaine et rapide de poids (Pallister et al., 2008).

Les personnes ayant un TCA et un TA sont plus susceptibles de tenter d'éviter des menaces anticipées à tout prix. Elles ont alors tendance à fuir ou à éviter le problème avec des comportements dits d'évitement. Ces stratégies sont leur moyen de tenter de contrôler un événement ou un élément qui leur est extérieur. À court terme, l'utilisation de ces stratégies aide à faire diminuer l'anxiété, car la menace anticipée a pu être évitée. Toutefois, sur le long terme, la personne croit encore que cette menace est un réel danger, car elle n'a pas pu être confrontée à la source de son stress. Ainsi, la personne demeurera anxieuse et, parfois, son état se dégradera davantage avec le temps (Pallister et al., 2008). Dans le cas des TCA, ces stratégies d'évitement sont orientées sur l'image de soi et la nourriture. Ces comportements d'évitement visent à rassurer la personne quant à son image et son alimentation, résultat des distorsions cognitives de cette personne. Ainsi, quelqu'un qui a pour obsession son poids, qui est insatisfait de son apparence physique et qui surveille religieusement son alimentation, pourrait croire que la consommation d'aliments interdits provoquerait une prise de poids immédiate. Un autre exemple de distorsions cognitives présentes chez ces personnes, en lien avec l'image corporelle et la prise de poids, serait le déni du poids en refusant de se peser. Certaines de ces personnes refusent de se peser, par peur d'être confrontées à une prise de poids potentielle. Le fait de se peser rend le tout réel et davantage confrontant pour la personne. D'autres exemples concernent la peur de se

regarder dans le miroir et le port de vêtements amples. Cette confrontation visuelle avec une image d'elles, qui ne correspond pas à leur idéal de beauté, provoquerait un sentiment de honte et de dégoût. Ainsi, certaines personnes atteintes de TCA auront tendance à éviter ce genre de situations, pour ne pas être confrontées à leur source d'anxiété en cachant les sources de reflets, tels que les miroirs, et en portant des vêtements amples pour dissimuler leur apparence physique (Shafran, Fairburn, Robinson et Lask, 2004).

Suivant cette logique, il n'est pas rare de voir apparaître des comportements sécurisants tels que la vérification corporelle (Fairburn, Cooper et Shafran, 2003; Mountford, Haase et Waller, 2006). Les personnes ayant un TCA sont convaincues que les comportements de vérification corporelle leur permettront de contrôler une éventuelle prise de poids, de diminuer directement l'anxiété qu'elles ressentent et d'éviter une catastrophe (Mountford et al., 2006). Les distorsions cognitives en lien avec les comportements sécurisants sont fréquentes chez les personnes anxieuses ayant un TCA (Clark et Beck, 2011).

L'association entre l'anxiété et les TCA ne se limite pas seulement au type de personnalité et aux distorsions cognitives de la personne qui le vit. Selon Pallister et ses collègues (2008), les personnes aux prises avec de l'anxiété et un TCA auraient tendance à éviter de ressentir les émotions négatives ou auraient de la difficulté à gérer les événements stressants de la vie quotidienne. Elles utiliseraient (inconsciemment ou non) deux types de stratégies d'évitement émotionnels soit l'évitement cognitif et le blocage (Pallister et al., 2008). Dans le cas des TCA, ces stratégies, habituellement, sont liées à l'utilisation d'accès hyperphagiques ou aux vomissements provoqués. L'évitement cognitif correspond à une tendance à vouloir éviter de s'analyser soi-même ou de vivre ses émotions négatives lorsqu'elles surviennent (anxiété, peur, colère, honte, tristesse, etc.). Selon Pallister et al. (2008), il s'agit de consacrer son attention à un

stimulus présent et sans importance, afin d'éviter de penser à ce qui nous inquiète réellement. Ainsi, une personne qui vit une déception au travail pourrait, par exemple, décider de regarder la télévision ou de jouer à un jeu vidéo toute la soirée afin de se concentrer sur la tâche immédiate et non sur ce qui s'est passé auparavant au bureau. Cette technique est couramment utilisée par les personnes avec un TCA ou un TA, car elles ont des idéaux de minceur et de beauté tellement irréalistes qu'elles n'arrivent pas à les atteindre, ce qui génère des émotions négatives (Pallister et al., 2008). L'évitement les amène à abandonner leurs restrictions alimentaires, qui sont induites par leur inhibition, et favorise une amplification des accès hyperphagiques, et ce, même si ces personnes détestent perdre le contrôle durant leurs crises alimentaires (Pallister et al., 2008).

La deuxième stratégie cognitive fait référence au blocage émotionnel. Le blocage implique directement les crises d'accès hyperphagiques afin de contrer l'introspection des émotions négatives. Selon Fairburn (2008), la fonction des accès hyperphagiques serait de bloquer les états émotionnels négatifs. Ainsi, lorsqu'une personne vit une situation difficile ou est confrontée à des émotions qu'elle n'arrive pas à réguler correctement, elle céderait à des accès hyperphagiques qui auraient pour but de modérer ou de bloquer ses émotions négatives, en les remplaçant par des émotions positives associées à l'ingestion de nourriture (Pallister et al., 2008). Les personnes les plus à risque de développer ces stratégies ont eu des expériences difficiles sur le plan social, familial, et ont été élevées dans un milieu se préoccupant de l'apparence, du poids et de l'alimentation (Pallister et al., 2008). Ce genre d'expériences mènerait, à l'âge adulte, à des stratégies de régulation émotionnelle et de coping déficientes telles que celles présentées plus haut.

## **Étiologie commune et facteurs de risque des TA et des TCA**

Parmi les facteurs étiologiques communs aux TA et aux TCA, on retrouve des événements traumatiques stressants ou des difficultés d'adaptation à une étape cruciale dans la vie de la personne, par exemple, la transition vers la vie adulte. On retrouve aussi l'apparition de l'anxiété plus tôt, c'est-à-dire au cours de l'enfance, ce qui pourrait induire une anxiété sociale et des obsessions face au poids, au corps ou à la nourriture, une faible estime et une image négative de soi, de même que des difficultés relationnelles avec les pairs durant l'enfance (Rigaud et al., 2016). Les facteurs qui favorisent l'apparition des TCA sont d'ordre génétique (fragilité ou vulnérabilité de développer un TCA), environnemental (modèle familial d'un membre de la famille qui suit en permanence un régime hypocalorique pour maigrir, lecteur de médias minceur, idéaux sociétaux de minceur), biologique ou de croissance (hormone sexuelle féminine qui joue un rôle dans la prise de poids et des comportements alimentaires) et expérientiel par exemple les antécédents de régimes (75 % des personnes ayant des crises d'accès hyperphagiques ont vu leur TCA commencer quelques semaines ou mois après le début d'un régime amaigrissant; Rigaud et al., 2016). De plus, les personnes vivant avec un TCA auraient tendance à être plus à risque de rapporter des symptômes d'anxiété, d'avoir un type de personnalité perfectionniste et d'avoir une facilité à tomber dans le mode d'évitement, connu également dans les TA comme une stratégie de coping (Kaye et al., 2004). Pour le volet environnemental, les facteurs de risque prédisposant à développer un TCA ou un TA sont des difficultés dans l'environnement de la personne. Par exemple, les problèmes de psychopathologie chez les parents, les attitudes parentales critiques, un manque d'amour, un manque d'implication ou une surprotection de la part des parents peuvent potentiellement mener à un TA ou un TCA (Pallister et al., 2008; APA, 2013; Grilo, 2002; Mitchell, Devlin, de Zwaan, Crow et Peterson, 2008). Par ailleurs, comme mentionné plus haut,

l'apprentissage ou le conditionnement des comportements d'anxiété, chez les enfants vivant avec des proches anxieux, peut expliquer l'apparition de la symptomatologie anxieuse et ainsi, être un facteur de risque pour les TCA et les TA (Coelho et Purkis, 2009; Nebel-Schwalm et David, 2013; Rigaud et al., 2016). Cela dit, encore peu d'études se sont intéressées à la nature de l'association entre la symptomatologie anxieuse et l'HB (Pallister et al., 2008). Les études disponibles suggèrent que l'anxiété ne se manifeste pas de la même façon chez les personnes atteintes d'HB que chez celles atteintes d'autres TCA (Pallister et al., 2008). L'anxiété pourrait, par exemple, contribuer aux accès hyperphagiques (puisque la faim n'est pas systématiquement l'élément déclencheur de ces accès). À cet effet, il semble que plus de 50 % des accès hyperphagiques observés chez les individus présentant de l'HB seraient induits par des affects plutôt que par la faim (Greeno, Wing, et Shiffman, 2000; Wilson, Fairburn, et Agras, 1997). D'ailleurs, selon Masheb et Grilo (2006), l'anxiété représente l'émotion la plus fréquemment identifiée chez les personnes atteintes d'HB qui présentent un surpoids.

### **Évolution et pronostics possibles lors de co-occurrences des TA et TCA**

Lors de la co-occurrence de l'anxiété et de l'HB, l'anxiété aurait tendance à précéder l'apparition des symptômes alimentaires (Pallister et al., 2008, Bouchard, 2015; Swinbourne et al., 2012). À la suite de crises d'anxiété ou de moments très stressants pour la personne, celle-ci peut avoir le réflexe de compenser ou d'éviter ses émotions négatives par la nourriture (Pallister et al., 2008). Le manque de régulation émotionnelle peut mener à des accès hyperphagiques, car la personne recherche un sentiment de bien-être que peut lui apporter l'ingestion de nourriture (Fairburn et al., 2003, Pallister et al., 2008; Swinbourne et al., 2012, Bouchard, 2015). Sachant que l'HB est, pour certaines personnes, un cercle vicieux entre l'enchaînement de restrictions alimentaires et les pertes de contrôle ou crises d'accès hyperphagiques (sans moyens

compensatoires), la personne en vient inévitablement à prendre du poids. Dans ce cas, il n'est pas rare que la personne qui vit avec l'HB soit en surpoids, voire même qu'elle présente de l'obésité. Ceci implique donc également des risques de développer les maladies reliées à l'obésité telles que le diabète, les problèmes cardiaques, les problèmes digestifs ou le cholestérol (Berdah, 2010). En outre, la personne qui développe un problème de poids peut également souffrir d'un manque de confiance en soi (croyance face à ses propres capacités) ainsi que d'une faible estime de soi (perception de soi négative).

Une apparition fréquente de culpabilité, de honte, de dégoût survient après une perte de contrôle alimentaire (Rigaud et al., 2016, Bouchard, 2015). Ainsi, la personne se restreint davantage et succombera fort probablement à des accès hyperphagiques à nouveau par la suite. Ce processus induit une anxiété chez la personne qui la vit, qui tente de lutter continuellement contre son corps (envie, accès hyperphagiques, etc.), mais qui doit également composer avec le regard de l'autre, son propre regard et tout son rapport avec la nourriture (Rigaud et al., 2016; Bouchard, 2015). Dans le cas des TCA, l'apparition en boucle des symptômes fait que la guérison est longue et ardue, expliquant que cela peut prendre des années avant que la personne qui en est atteinte réussisse à guérir complètement (Rigaud et al., 2016). À noter que la fonction de l'anxiété dans les TCA n'est pas la même que lorsqu'il n'y a pas de TCA. La personne vivant avec un TCA sera davantage anxieuse quant aux aspects relatifs à son alimentation. C'est d'ailleurs pourquoi on retrouve l'anxiété sociale dans les TA associés aux TCA. La peur d'être jugée sur son apparence physique, sur sa façon de manger ou sur la quantité de nourriture qu'elle ingère provoque une anxiété chez la personne et fait écho à la faible estime de soi précédemment nommée (Pallister et al., 2008; Swinbourne et al., 2012).

## **Interventions à préconiser en cas de comorbidité**

Dans le domaine de l'anxiété, les techniques d'intervention qui semblent donner les résultats les plus probants sont majoritairement issues de l'approche cognitivo-comportementale (exemple la pleine conscience) ou encore elles relèvent de la pharmacothérapie (Vossbeck-Elsebusch et Ehring, 2014; Roemer, Graham, Morgan et Orsillo, 2014; Newman, Jacobson et Castonguay, 2014). Pour ce qui concerne le traitement des TCA, les méthodes reconnues proviennent de l'approche cognitivo-comportementale incluant la pleine conscience, l'approche nutritionnelle, pharmaceutique et les thérapies interpersonnelles (Rigaud et al., 2016; Fairburn et al., 2003; Kristeller, Baer, et Quillian-Wolever, 2006; Kristeller et Hallett, 1999; Sassaroli et Ruggiero, 2010; Lomanowska, et Guitton, 2012; Moquin, 2014).

### **L'approche cognitivo-comportementale**

L'utilisation de l'approche cognitivo-comportementale est fortement encouragée dans le cas de TCA de type HB, tel que mentionné dans la littérature (Rigaud et al., 2016). La remédiation cognitive est principalement utilisée auprès des TCA, car elle permet de lutter contre la psychorigidité, trait bien souvent identifié chez certaines personnes (Rigaud et al., 2016). Il s'agit d'une technique mixte, à la fois cognitive et comportementale (TCC). La remédiation cognitive, un outil thérapeutique qui vise le rétablissement, renforce les ressources et l'estime des personnes présentant des difficultés d'ordre cognitives. Elle sert à remédier aux déficits cognitifs de ces personnes en touchant soit la neurocognition, la métacognition ou la cognition sociale (Danglade, 2016). Dans le cas des TCA, on pourrait vouloir pallier un déficit cognitif relatif aux émotions et aux fonctions exécutives, tels que le raisonnement et la résolution de problème, en se basant sur les théories explicatives mentionnées plus haut. On tente donc d'intervenir sur les

pensées automatiques de ces personnes ou les raisonnements responsables de l'apparition de la symptomatologie. Dans le cas d'une personne qui croit qu'une prise de poids automatique surviendra si elle mange un aliment interdit, c'est tout le concept de l'alimentation qui est à revoir. Ces pensées automatiques de catastrophes imminentes ne font que maintenir les symptômes du trouble dans le temps. Avec l'aide d'un intervenant, la personne réussira à identifier son type de réponses (processus cognitifs) et tentera d'y remédier cognitivement (Rigaud et al., 2016). En somme, la thérapie cognitive vise à orienter la vision de la personne (bien souvent distordue) de façon à ce qu'elle soit plus réaliste et adaptée.

### **La régulation émotionnelle et des alternatives aux crises de boulimie**

Dans le but de réduire l'apparition de crises d'anxiété ou d'accès hyperphagiques qui maintiennent active la symptomatologie de ces personnes, des interventions axées sur la régulation émotionnelle peuvent être mises en place.

Pour ce faire, on s'intéresse aux comportements avant-coureurs des crises (alimentaires ou d'anxiété) afin de saisir les éléments pouvant déclencher celles-ci. L'approche cognitivo-comportementale vise à outiller la personne à s'auto-observer afin d'être en mesure de reconnaître ces signes et ces comportements avant-coureurs et de réagir différemment que par une crise alimentaire ou d'anxiété (Rigaud et al., 2016). Ainsi, on vise l'apprentissage de stratégies ou de comportements qui vont remplacer les solutions mésadaptées employées par la personne aux prises avec un TCA (ou de l'anxiété; Rigaud et al., 2016). Par exemple, une personne qui reconnaît avoir des accès hyperphagiques lorsqu'elle est seule à la maison pourrait se donner comme objectif de prendre part, avec une amie, à des activités afin d'éviter de demeurer seule dans des moments de fragilité. L'auto-observation des crises peut se faire via un

carnet alimentaire (consommation, heure et fréquence, etc.), en y décrivant les circonstances entourant ses accès hyperphagiques et les émotions ressenties (Rigaud et al., 2016). La personne qui suit ce genre d'approche sera également invitée à trouver des solutions pour remplacer les crises alimentaires, telles que des loisirs. Le but étant de les limiter, de gagner de la confiance en soi et d'améliorer sa capacité de gestion de problèmes. L'utilisation d'un horaire prédéterminé d'heures pour s'alimenter peut également aider la personne à reconnaître davantage les symptômes de faim et de satiété, d'éviter les accès hyperphagiques et de réduire son anxiété face aux repas à ingérer (Rigaud et al., 2016). Au fil du traitement, le but est que la personne remplace ses comportements problématiques et qu'elle développe des stratégies de résolution de problème afin d'éviter d'autres accès hyperphagiques (Rigaud et al., 2016).

### **Pleine conscience**

Un autre volet pouvant être associé dorénavant aux techniques dites comportementales (et cognitives) a trait à la pleine conscience (« mindfulness »). La pleine conscience s'inspire des thérapies cognitivo-comportementales en matière d'anxiété (Bouvet, Grignon, Zachariou, et Lascar, 2015). Le principe est d'atteindre un « état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2003). Quoique cela soit une approche récente dans le traitement de l'HB ou de l'anxiété, elle semble montrer des résultats prometteurs pour ces problématiques, prises séparément l'une de l'autre (Moquin, 2014; Kristeller et al., 1999; Bouvet et al., 2015; Kabat-Zinn, 2003). Ces techniques permettent de vivre les émotions dans le moment présent, d'éviter de les fuir par le biais des accès hyperphagiques et de ressentir réellement les signaux de faim et de satiété (Moquin, 2014). La littérature semblerait indiquer que lorsque la personne obtient un score haut au niveau de la pleine conscience, celle-ci est davantage en

communion avec ses émotions, davantage dans le moment présent et serait à même de moins utiliser les stratégies d'évitement, fréquemment impliquées dans le processus de l'anxiété.

## **Exposition**

L'exposition est couramment utilisée afin de désensibiliser la personne face au déclencheur de ses symptômes. Il s'agit de progressivement affronter la source de la peur ou de l'anxiété, afin d'enclencher la réaction physiologique et émotionnelle de la personne. Ensuite, des techniques de gestion du stress, comme la relaxation et la respiration, sont employées pour diminuer l'anxiété, de manière à associer le stimulus déclencheur à une expérience neutre ou positive. Ceci aura pour but de diminuer la réponse physique et de démentir les cognitions erronées de la personne quant à la situation. Par exemple, une personne qui suit un régime très drastique pourrait être convaincue que manger du chocolat est un danger pour elle et qu'une prise de poids automatique s'ensuit. Les techniques de désensibilisation, en TCA, impliquent parfois l'utilisation de la réalité virtuelle pour combattre le dégoût et la peur de la personne quant à l'ingestion d'aliments interdits. Ce faisant, le déclenchement émotionnel de cette simulation permettra à la personne d'appivoiser ces aliments et ses émotions, ce qui l'amènera éventuellement à en faire l'expérience dans la réalité (Lomanowska et al., 2012). Cette exposition graduelle peut se faire autant avec la nourriture, avec un contexte particulier ou, avec une phobie spécifique comme les araignées, par exemple.

## **Les thérapies interpersonnelles**

Les thérapies dites interpersonnelles sont parfois présentées sous forme de rencontres en petits groupes qui varient en moyenne de 5-10 personnes et qui durent entre 15-20 sessions étalées sur quatre à cinq mois. Nous pouvons également retrouver ces thérapies sous forme

individuelle. Celles-ci visent à résoudre des épreuves non résolues (deuils), des transitions difficiles (passage à la vie adulte, mariage, etc.), des conflits interpersonnels (relation avec la famille) et des difficultés relationnelles en général (difficulté à maintenir une relation par exemple) par le biais d'un thérapeute et de l'expérience des autres membres du groupe (Rigaud et al., 2016; Mitchell et al., 2007). Au fil des séances, les participants sont amenés à cheminer à travers différentes thématiques pour résoudre leurs défis personnels en partageant leur vécu et en suivant un ordre préétabli de thématiques, variant d'un programme à l'autre. Ce cheminement permettra à la personne, ultimement, de mieux gérer ses accès hyperphagiques (Mitchell et al., 2007). D'ailleurs, les thérapies de type interpersonnel auraient démontré une amélioration à court et à long terme des symptômes de l'HB ainsi que des problèmes psychosociaux y étant reliés (Moquin, 2014; Tanofsky-Kraff et Wilfley, 2010).

### **L'approche nutritionnelle et pharmaceutique**

Bien que les interventions reliées à l'approche nutritionnelle varient d'un phénotype de TCA à l'autre, dans le cas de l'HB, il semble que la personne bénéficierait davantage d'une éducation quant aux signaux de faim et de satiété ainsi que d'une alimentation structurée et équilibrée pour éviter la sensation de faim ou les accès hyperphagiques. Il est également suggéré de mettre en place un horaire alimentaire préétabli pour éviter le grignotage ou les accès hyperphagiques (Rigaud et al., 2016, Moquin, 2014).

L'approche pharmaceutique peut également entrer en ligne de compte. Plusieurs sortes de médicaments (antidépresseurs, anticonvulsivants et supprimeurs d'appétit) sont suggérées dans la littérature pour le traitement de l'HB. Quoique cette avenue reste encore controversée, certains auteurs affirment que le traitement pharmaceutique, comme la fluoxétine, serait efficace pour

limiter les accès hyperphagiques, surtout lorsque la personne présenterait également des symptômes dépressifs (Bodell et Devlin, 2010). En effet, cela serait expliqué par le fait que la médication aurait un effet secondaire de coupe-faim, ce qui faciliterait la gestion des crises hyperphagiques et permettrait une perte de poids chez les personnes en surpoids (Bodell et al., 2010). De plus, il semblerait que la médication pour l'anxiété peut également être des antidépresseurs, qui causeraient moins d'accoutumance et de dépendance que les médicaments dits de type anxiolytique et qui confirmerait que cette avenue pourrait convenir aux deux types de problématiques (Institut universitaire en santé mentale, 2018).

### **Liens entre les approches reconnues et le programme d'intervention Origine**

La participation au programme Origine offre 40 rencontres (auparavant 20), incluant trois jours d'atelier en groupe, deux heures d'appels en groupe par mois (téléconférence pour le groupe sur internet), une retraite de trois jours en groupe, trois cours en ligne et 12 capsules vidéo d'une heure chacune. Les thématiques abordées dans le programme s'inspire de la technique de la pleine conscience, adaptée au domaine alimentaire. Ces techniques sont l'alimentation intuitive, l'écoute des signaux de faim et de satiété, l'intégration des interdits alimentaires, l'écoute émotionnelle pour gérer les fringales, l'identification des besoins et des stratégies en place qui nuisent à la gestion du poids. Par exemple, l'alimentation intuitive amène la patiente à renouer avec le plaisir de manger les aliments qu'elle aime, en écoutant ses signaux de faim et de satiété. Cette approche mise également sur un point de vue humaniste et mise à développer une image saine de soi (estime de soi, acceptation de son corps) en plus d'être axé sur la compassion et l'empathie. Toutes les thématiques font écho aux techniques d'intervention reconnues en matière de traitements de l'HB et de l'anxiété (exposition graduelle aux stressseurs, retrait de l'évitement cognitif par le biais de la pleine conscience, acceptation des émotions négatives au lieu de se

tourner vers un comportement de compensation, développer des stratégies de gestion des émotions, etc.). Le programme s'appuie sur le paradigme du poids issu de l'organisme ÉquiLibre, visant l'acceptation de soi et l'arrêt des diètes (<http://www.equilibre.ca>). Le paradigme fait référence à « approche globale qui vise une amélioration de la santé sans miser sur la perte de poids à tout prix. L'approche est aussi connue sous le nom du « Health-At-Every-Size paradigm » (c'est-à-dire, la santé pour toutes les formes corporelles). Ainsi, cette approche offre une alternative saine aux méthodes plus traditionnelles qui comportent des risques pour la santé en plus d'être généralement inefficaces à long terme. » Ces pratiques probantes sont également mises de l'avant dans la littérature et les programmes d'intervention utilisés présentement en clinique, dont le programme Origine, sont inspirés de ces méthodes (pleine conscience, méditation, cognitivo-comportementale, alimentation saine, etc.; Kristeller et al., 1999; Sassaroli et al., 2010; Vinai et al., 2010; Lonamowska et al., 2012; Moquin, 2014; Bouchard, 2015). ÉquiLibre décrit l'acceptation comme étant la connaissance de soi, de ses forces et de ses faiblesses. Ce paradigme vise le développement de l'estime de soi et la motivation du participant à l'amélioration de sa santé. Le volet des diètes permet aux participants d'apprendre à se recentrer sur leurs signaux de faim et satiété, en misant sur le plaisir de manger et de bouger. Combinée à cela, l'approche mise également sur l'empowerment des participants, en augmentant leur sentiment d'efficacité personnelle et leur estime de soi.

### **Pertinence du contexte théorique en lien avec les objectifs poursuivis**

Considérant l'association observée entre l'anxiété et l'HB, il semble pertinent de s'intéresser aux effets qu'un programme de traitement, centré sur l'HB, peut avoir sur l'intensité et la nature de la symptomatologie anxieuse. À ce jour, les études qui s'y sont intéressées comportaient quelques limites, telles que leur nature corrélacionnelle ou rétrospective et la trop

faible taille de leurs échantillons (Pallister et al., 2008). Pour ces raisons, partant des résultats disponibles, il est plus difficile de tirer des conclusions justes et de bien mesurer l'association entre les deux problématiques. Considérant que les mécanismes cognitifs de l'anxiété et de l'HB sont très semblables, que la comorbidité entre les deux problématiques est importante et qu'elles partagent de nombreuses caractéristiques communes, cela confirme la pertinence de cette étude. Considérant de plus que peu d'études se concentre sur ces deux problématiques de façon longitudinales et non de façon rétrospective, en recourant à plusieurs temps de mesures, il sera possible de mieux comprendre l'évolution des symptômes anxieux dans le temps chez des personnes en traitement pour l'HB. La présente étude contribue à mieux saisir l'interaction entre les deux problématiques et l'ampleur de leur association.

### **Question de recherche, objectifs poursuivis et hypothèses reliées**

Le but de cette recherche est d'évaluer les effets de la participation à un programme de traitement de l'HB sur la symptomatologie anxieuse de femmes adultes. Il est à noter que l'échantillon initial était mixte, mais qu'au final il ne contient que des femmes, suite à un manque de répondants masculins. Le premier objectif est de nature transversale et vise à mieux comprendre l'association entre l'anxiété et les comportements d'HB. Considérant que l'HB et l'anxiété semblent avoir une étiologie commune, impliquer des stratégies d'adaptation similaires et compter des facteurs de risques communs, il est attendu que les femmes recevant le programme Origine qui présentent une symptomatologie alimentaire plus élevée rapporteront également un score plus élevé d'anxiété. Le second objectif est de suivre l'évolution de la symptomatologie anxieuse dans le temps, sur trois temps de mesure, chez les participantes exposées au programme Origine en fonction de la diminution attendue des symptômes d'HB de ces participantes. Chez celles qui rapporteront avoir modifié leurs comportements alimentaires

problématiques, une diminution de l'anxiété est attendue. Afin d'y arriver, nos observations se porteront sur l'anxiété (évaluée à l'aide des symptômes somatiques, cognitifs, de l'utilisation de la pleine conscience comme stratégie de coping ainsi que de l'utilisation des stratégies d'évitement cognitif) en comparaison avec l'indice d'évaluation des TCA chez les participantes.

### **Aspect novateur du projet**

La réalisation de cette recherche s'avère nécessaire sur plusieurs raisons. Dans un premier temps, force est de constater que peu de recherches canadiennes, encore moins québécoises, sont menées sur le sujet de l'HB. La plupart des études sont américaines ou européennes. Or, il est possible que les résultats issus d'un échantillon québécois ne soient pas tout à fait identiques à ceux d'échantillons américains ou européens, considérant que les normes socioculturelles, les définitions des construits à l'étude ainsi que les normes de validation des pays d'origine ne sont pas tout à fait les mêmes que celles du Canada, encore moins du Québec (Bouchard, 2015). Un autre point novateur de ce projet concerne la thématique en soi, c'est-à-dire l'HB qui correspond au phénotype de TCA le plus prévalant dans la population générale. En effet, les troubles les plus connus sont l'AM ou la B, mais l'HB est souvent méconnue de la population générale. De ce fait, les participants avec l'HB sont peu représentés dans les échantillons disponibles, voire même parfois écartés lors de la sélection des participants dans les précédentes études (Bouchard, 2015). Par ailleurs, lorsqu'on tente de comprendre l'association entre l'anxiété et les TCA, l'HB est encore une fois peu souvent abordée. En effet, les principaux écrits concernent le lien entre l'anxiété et l'AM et/ou la B. Le lien entre l'anxiété et les symptômes d'HB demeure peu étudié, peu importe le pays d'origine. Un autre point novateur de cette étude concerne la disponibilité de données longitudinales. Les précédentes études sur le sujet ont principalement évalué le moment d'apparition des problématiques et se basaient sur des données rétrospectives (Swinbourne et al.,

2012). Or, la présente étude ne cherche pas à comprendre le mode ou la séquence d'apparition des deux problématiques, mais bien à suivre les effets d'un programme d'intervention à travers le temps. Ce nouvel aspect permettra peut-être de contribuer à une meilleure compréhension de l'association entre les deux problématiques. Finalement, l'utilisation des résultats de cette recherche, sur un programme d'intervention pour l'HB et son impact sur l'anxiété, pourrait ouvrir sur des pistes de recherches ultérieures quant au développement d'outils de dépistages ou d'intervention mixtes qui concerneraient les deux problématiques.

## **CHAPITRE 2**

### **Méthodologie**

#### **Participant**

L'échantillon est constitué de 103 participantes inscrites au programme Origine, offert par la clinique privée MuUla. La population ciblée est une clientèle, âgée de 18 ans et plus, débutant un programme d'intervention portant sur l'hyperphagie boulimique. Alors qu'une centaine de personnes ont rempli les questionnaires, de façon électronique, au temps 1 (N=103), c'est-à-dire lors de leur arrivée dans le programme, seulement neuf personnes ont participé aux trois temps de mesure et ont rempli les différents questionnaires au moment de l'analyse des résultats. N'ayant pas toutes débuté le programme au même moment, les dates de passation des questionnaires diffèrent d'une participante à l'autre. La collecte de données s'est faite de façon électronique, à l'aide d'un lien envoyé aux participantes et leurs réponses étaient volontaires. L'attrition des participantes est expliquée en partie par le fait qu'il n'y ait pas eu de stratégies de relance planifiées ou mises en place durant le déroulement de la cueillette de donnée. Par ailleurs, le projet de recherche ne disposait pas de somme monétaire afin d'embaucher un assistant de recherche qui aurait été attiré à cette tâche.

L'échantillon initial utilisé pour ce projet de recherche comportait 104 participants (un homme et 103 femmes). Puisque les hommes et les femmes peuvent différer sur les plans de l'anxiété et des symptômes alimentaires problématiques et qu'il est impossible de tirer des conclusions fiables sur un seul homme, il a été décidé que l'homme serait exclu de l'échantillon. Ainsi, pour le temps 1, l'échantillon final est constitué de 103 femmes âgées de 18 ans et plus. L'âge moyen des participantes est de 45,46 ans (E-T. 11,45). La plus jeune participante est âgée

de 19 ans et la plus vieille a 71 ans. Soixante-treize participantes sur 103 (70,9 %) détiennent un diplôme universitaire (baccalauréat, maîtrise ou doctorat), dont 48 un baccalauréat, 24 une maîtrise et une un doctorat. Pour ce qui est de leur occupation, 63,1 % des femmes (n= 65) sont considérées comme étant travailleuses ou employées salariées. Au niveau de leur état civil, 58,3 % des participantes étaient soit mariées ou en union de fait (n= 60) et 29,1 % étaient célibataires (n= 30). Pour ce qui est des questions davantage en lien avec leur profil alimentaire, 48,5 % (n= 50) de l'échantillon disent ne pas avoir entrepris de diète durant les derniers 12 mois et 8,7 % disent en avoir fait quatre ou plus (n=9), pouvant aller jusqu'à plus de 20 diètes. Pour le volet des comportements en lien avec la perte de contrôle alimentaire au cours des 28 derniers jours, c'est-à-dire les accès hyperphagiques, 43,7 % (n=45) des participantes rapportaient avoir peur de perdre le contrôle de ce qu'elles mangeaient tous les jours. De plus, 24,3 % (n= 25) des participantes nommaient n'avoir eu aucun épisode d'accès hyperphagique au cours des 28 derniers jours et 82,3 % (n=85) de l'échantillon disaient avoir eu quatre épisodes ou plus au cours des 28 derniers jours, ce qui correspond à l'un des critères centraux de l'HB. Celles qui nommaient avoir eu plus de 10 épisodes par période de 28 jours totalisaient près de 35,0 % de l'échantillon (n=36). Pour le volet anxiété, 31,1 % (n=32) des participantes de l'échantillon rapportaient être souvent angoissées par leurs problèmes et 35,9 % (n=37) affirmaient l'être de manière occasionnelle. De plus, 23,3 % (n= 24) des participantes indiquaient souvent s'occuper pour éviter des pensées inconfortables et 28,2 % (n=29) le faisaient de manière occasionnelle.

## **Procédure**

### **Recrutement**

Afin d'être incluses dans le programme Origine, les participantes devaient satisfaire certains critères de sélection. Dans un premier temps, elles devaient consulter la clinique MuUla sur une base volontaire et recevoir des services en lien avec l'hyperphagie boulimique. Les critères d'inclusion du programme sont les suivants : les participantes doivent rapporter avoir un désir de perdre du poids et avoir présenté ou présenter actuellement des accès hyperphagiques. Les informations obtenues par la clinique à l'aide de questionnaires en ligne ont été transmises à l'équipe de recherche sous forme de données dénominalisées.

### **Certification éthique**

Le présent projet a reçu une certification éthique (#2966), décernée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

### **Étapes de réalisation**

Afin d'avoir un portrait de l'échantillon actuel et de suivre l'évolution de leur symptomatologie anxieuse et hyperphagique à travers le temps, les participantes ont été invitées à répondre à cinq questionnaires, à trois reprises, soit au temps 1 (arrivée dans le programme), au temps 2 (après 6 mois) et au temps 3 (après 12 mois). Seules les participantes qui ont rempli ces cinq questionnaires au temps 1 pour le volet transversal (objectif 1) et aux trois temps de mesure pour le volet longitudinal (objectif 2) ont été considérées dans l'analyse des données. Durant leur participation, les personnes constituant l'échantillon actuel ont été contactées aux temps prédéterminés afin de remplir les différents questionnaires relatifs au suivi des participantes.

## **Instruments de mesure**

### **Questionnaires sociodémographiques**

Au temps 1, les participantes ont répondu à des questions quant à leur âge, leur sexe, leur niveau de scolarité, leur occupation, leur état civil, leur nombre d'enfants, la possibilité d'une grossesse, leur poids (en kg ou en lb), leur taille (en pieds ou en mètre), le nombre de diètes suivies au cours des douze derniers mois, la fréquence hebdomadaire de leur pratique d'activité physique et leur participation à des formations en ligne ou à un soutien psychothérapeutique. Lors du deuxième et troisième temps de mesures (6 mois et 12 mois), l'ensemble des questions fut à nouveau posé aux participantes en excluant celle portant sur le nombre d'enfants. Une question portant sur le nombre de séances de coaching individuel fut par ailleurs ajoutée pour les temps de mesure 2 et 3.

### **Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)**

Le Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0) est un questionnaire auto-rapporté, sous forme d'échelle de Likert, d'intensité (allant de 1, pas du tout à 7, de façon marquée) et d'échelle de fréquence (allant d'aucune journée à tous les jours), qui est utilisé pour étudier les caractéristiques relatives aux troubles alimentaires. Le questionnaire comporte également certaines questions dans lesquelles la répondante peut inscrire sa réponse personnelle correspondant à sa situation. Originellement tiré de l'Eating Disorder Examination (EDE), une entrevue semi-structurée considérée comme une référence en matière d'évaluation des TCA, ce questionnaire est composé de 28 items. Quatre facteurs composent ce questionnaire, soit les restrictions (ex : Avez-vous volontairement tenté de limiter la quantité de nourriture que vous consommez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids [que vous ayez réussi ou

non]?), les préoccupations par rapport à l'alimentation (ex. : Avez-vous éprouvé de la difficulté à vous concentrer sur des choses qui vous intéressent [p. ex. travailler, suivre une conversation ou lire] parce que vous pensiez à la nourriture, à manger ou aux calories?), les préoccupations par rapport à la silhouette (ex. : Avez-vous fortement souhaité avoir le ventre complètement plat?) et les préoccupations par rapport au poids (ex. : Votre poids a-t-il eu une influence sur la façon dont vous vous jugez en tant que personne?). Des 28 items du questionnaire, 22 documentent les quatre facteurs. Les six items restants servent à documenter la nature et la fréquence des accès hyperphagiques ainsi que les comportements de compensation inappropriés utilisés par les répondantes. Selon une revue de la littérature concernant les propriétés psychométriques de ce questionnaire, il n'existe pas d'étude de validation concernant la version française du questionnaire, utilisant la structure factorielle à quatre facteurs (version originale). Ainsi, les données présentées concernent la version anglaise du questionnaire. Selon Berg, Peterson, Frazier, et Crow (2012), l'EDE-Q montrerait une consistance interne acceptable, allant de 0,70 à 0,93, pour les quatre sous-échelles du questionnaire et variant en fonction des quatre études recensées. Selon Luce et Crowther (1999), le coefficient d'alpha de Cronbach est de 0,84 pour la restriction, 0,78 pour les préoccupations en lien avec l'alimentation, 0,93 pour les préoccupations en lien avec l'apparence et 0,89 pour les préoccupations en lien avec le poids (cité par Berg et al., 2012). L'EDE-Q démontre également une bonne fiabilité temporelle sur une période de 1 à 14 jours, variant de 0,66 à 0,94 pour les quatre sous-échelles et de 0,51 à 0,92 pour les items concernant les comportements compensatoires (Berg et al., 2012). D'autres études ont également évalué la fiabilité du questionnaire sur une plus longue période de temps (5 à 14 mois) et les résultats étaient comparables à ceux obtenus sur la courte période de temps (Berg et al., 2012). Sur le plan de la validité, l'EDE-Q fut utilisé avec des groupes cliniques, non cliniques et de contrôles. Une différence significative fut observée entre les groupes contrôles ou non-cliniques

et l'échantillon clinique. Par ailleurs, il fut comparé au Eating Disorders Inventory (EDI), au Eating Attitudes Test (EAT) et au Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP-R). Les résultats suggèrent une validité de construit satisfaisante dans l'ensemble.

### **Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)**

Le FFMQ mesure la pleine conscience à partir de 39 items, sous forme d'une échelle de Likert en cinq points : jamais (1), rarement vrai (2), parfois vrai (3) très souvent vrai (4) toujours vrai (5). Les cinq facteurs évalués sont l'observation (ex. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement), la description de l'expérience (ex. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments), l'action en pleine conscience (ex. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e)), le non-jugement (ex. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées) et la non-réactivité aux événements privés (ex. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir). Une validation transculturelle a été réalisée par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot (2011). L'analyse factorielle réalisée par ces auteurs a fait ressortir les mêmes facteurs que ceux obtenus pour la version originale de l'instrument. La version française démontre une bonne validité interne avec des alphas de Cronbach de plus de 0,75 pour tous les facteurs : 0,78 pour l'observation, 0,88 pour la description de l'expérience, 0,89 pour l'action de la pleine conscience, 0,89 pour le non-jugement et 0,76 pour la non-réactivité aux événements privés (Heeren et al., 2011). Le questionnaire démontre une bonne validité de construit lorsque comparé au Beck Depression Inventory-II (BDI-II) et au State-Trait Anxiety Inventory (STAI). La stabilité temporelle du questionnaire, mesurée par un test-retest sur un intervalle de huit semaines, est considérée bonne. Les corrélations entre le temps 1 et le temps 2 montre un score de  $r(40) = .64, p < .001$  pour la pleine conscience, de  $r$

(40) = .71,  $p < .001$  pour l'observation, de  $r(40) = .73$ ,  $p < .001$  pour la description, de  $r(40) = .72$ ,  $p < .001$  pour l'action de la pleine conscience, de  $r(40) = .41$ ,  $p < .01$  pour le non-jugement et de  $r(40) = .64$ ,  $p < .001$  pour la non-réactivité.

### **State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA)**

Le STICSA est un questionnaire portant sur l'anxiété, qui est définie en deux facteurs soit l'anxiété cognitive et l'anxiété somatique. Le test comporte deux sections de 21 items chacune (section « en ce moment » et section « en générale »), sous la forme d'une échelle de Likert en quatre points : pas du tout (1), un peu (2), modérément (3) et beaucoup (4). L'instrument fut traduit en respectant sa validité factorielle, convergente et de critères d'origine. Il fut comparé avec le STICSA (VO), le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS) et le Questionnaire sur l'Inquiétude (QIA; Duhamel, Bax-D'ateuil, Oswald, Vallee, Bacon et Gosselin, s. d.). L'analyse factorielle indique deux facteurs soit les facteurs cognitifs (ex. Je me sens angoissé(e) par mes problèmes) et les facteurs somatiques (ex. Mon coeur bat rapidement). L'instrument démontre une bonne validité de convergence, car les scores totaux et individuels corrélaient tous fortement avec les scores du QIPS et QIA. Pour la fidélité, l'instrument semble avoir une bonne fidélité due à des alphas de Cronbach satisfaisants. Pour le volet état (première section du questionnaire), le facteur cognitif a un alpha de 0,88 et le facteur somatique a un alpha de 0,75. Pour le volet trait (deuxième section du questionnaire), le facteur cognitif a un alpha de 0,87 et le facteur somatique a un alpha de 0,80, ce qui montre la cohérence interne de l'instrument (section état/trait et somatique/cognitif).

## **Questionnaire d'évitement cognitif (QEC)**

La version du QEC utilisée aux fins de la présente étude comporte 25 items, répartis en cinq facteurs évalués et préalablement identifiés par des analyses préliminaires et une analyse factorielle. Les cinq facteurs sont : la suppression de pensées (ex. Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser), l'évitement des stimuli menaçants (ex. J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes), la distraction (ex. Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants), la transformation d'images en pensées verbales (ex. Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur) et la substitution de pensées (ex. Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent). Les énoncés sont sous la forme d'échelle de Likert en cinq points : pas du tout (1), un peu correspondant (2), assez correspondant (3), très correspondant (4) et tout à fait correspondant (5). Selon la validation effectuée par Gosselin, Langlois, Freeston, Ladouceur, Dugas et Pelletier (2002), les propriétés psychométriques de l'instrument sont considérées comme très satisfaisantes. Pour la fidélité, l'instrument montre un alpha de Cronbach de 0,95 pour l'ensemble des items, et des scores individuels de 0,90 pour la suppression de pensées, 0,90 pour l'évitement de stimuli, 0,89 pour la distraction, 0,84 pour la transformation d'image et 0,71 pour la substitution. Ainsi, l'ensemble des alphas obtenus est satisfaisant. Pour la validité, l'instrument a fait l'étude d'une validité de convergence. Selon Gosselin et al. (2002), la corrélation serait modérée et significative avec les autres instruments étudiés (QIPS; Questionnaire d'intolérance à l'incertitude [QII]; l'inventaire de résolution de problème sociaux – révisé [IRPS-R]; Questionnaire « pourquoi s'inquiéter » – version 2 [PSI-II]). Pour la stabilité temporelle, l'instrument a fait l'étude d'un test-retest avec un intervalle de quatre semaines et la corrélation est de 0,81, ce qui suggère une très bonne stabilité temporelle.

## **Analyses réalisées**

### **Statistiques descriptives, analyse de cas et représentations graphiques longitudinales**

L'analyse des données est à la fois de nature quantitative et qualitative. Le logiciel SPSS (IBM SPSS Statistic 21) a été utilisé pour les analyses statistiques quantitatives effectuées. Dans un premier temps, des moyennes, des modes et des écarts-types furent calculés afin d'avoir une représentation visuelle de la distribution de l'échantillon en fonction des différentes questions demandées. Afin de vérifier comment les comportements hyperphagiques sont liés à l'anxiété, deux groupes ont été créés et utilisés pour les analyses. Le premier groupe (groupe HB), répondant cliniquement aux critères de l'HB, avait eu, dans les derniers 28 jours, quatre épisodes ou plus de perte de contrôle alimentaire avec une quantité excessive de nourriture ingérée. Le deuxième groupe (groupe N-HB), dit non clinique en fonction des critères de l'HB, avait eu trois épisodes ou moins au cours des 28 derniers jours. Ensuite, des ANOVAs à un facteur à l'aide de l'échantillon total de participantes au temps 1 furent réalisées. Enfin, une analyse visuelle longitudinale des tendances à l'aide de graphiques, selon les trois temps de mesure, fut réalisée à partir des neuf participantes ayant répondu aux questionnaires à trois reprises. Les scores obtenus par les participantes aux différents questionnaires utilisés (EDE-Q, FFMQ, STICSA et QEC), sont illustrés sous forme de graphiques avec des courbes pour chaque participante (voir Figure 1). Chaque graphique représente un questionnaire spécifique. Cela permet d'observer le comportement de chacune en fonction des intervalles de temps et d'ainsi noter l'effet potentiel du programme Origine sur la symptomatologie anxieuse et alimentaire des participantes. Rappelons que le concept d'anxiété a été défini selon l'utilisation des stratégies d'évitement (plus la personne est anxieuse, plus elle a de chance de recourir à ce type de stratégie), aux symptômes somatiques et cognitifs de la participante ainsi que de sa capacité à utiliser les stratégies de pleine

conscience (plus la personne est anxieuse, plus elle évite ce qu'elle ressent, moins elle vit les émotions au moment présent) en fonction de l'étude des comportements alimentaires de ces personnes au fil du programme Origine (diminution attendue des comportements d'accès d'HB en fonction de la participation au programme. Sur le plan statistique, les résultats obtenus correspondent à des plans de mesures répétées, permettant de comparer les différents scores en fonction des trois intervalles des temps de mesures (1, 2 et 3) et de suivre l'évolution des neuf participantes (Howell, Bestgen, Yzerbyt et Rogier, 2008).

## CHAPITRE 3

### Résultats

#### Statistiques descriptives

L'âge moyen, le nombre de participantes dans chacune des catégories d'hyperphagie, le score moyen de l'EDEQ et ses sous-échelles, le score moyen total du STICSA et du QEC pour chacun des groupes sont présentés dans le Tableau 1. Ce dernier présente aussi les écarts-types respectifs à chacune des variables observées.

[Tableau 1]

#### Statistiques inférentielles

Une ANOVA à un facteur a été réalisée pour comparer les deux groupes (groupe HB et groupe N-HB) au temps 1, sur (a) le score de l'EDE-Q 6.0 et ses sous-échelles, (b) le score du STICSA, (c) le score du QEC et (d) le score du FFMQ. Les valeurs obtenues avec l'ANOVA, en fonction des variables étudiées sous un intervalle de confiance correspondant à 5 %, sont présentées dans le tableau 2. Les résultats indiquent des différences significatives entre les deux groupes observés, au niveau du score global de l'EDE-Q ( $p = .000$ ), de la sous-échelle restriction ( $p = .015$ ), de la sous-échelle de l'inquiétude par rapport au poids ( $p = .000$ ), de la sous-échelle de l'inquiétude par rapport à l'apparence physique ( $p = .000$ ) et de la sous-échelle de l'inquiétude par rapport à l'alimentation ( $p = .000$ ). Ainsi, les personnes du groupe HB auraient un score significativement plus élevé que les personnes du groupe N-HB, sur l'ensemble des échelles du questionnaire EDE-Q 6.0. Toutefois, les deux groupes ne diffèrent pas pour ce qui est du score

total au STICSA (anxiété,  $p = 0,437$ ), au QEC (évitement cognitif,  $p = 0,118$ ) et au FFMQ (pleine conscience,  $p = 0,066$ ).

[Tableau 2]

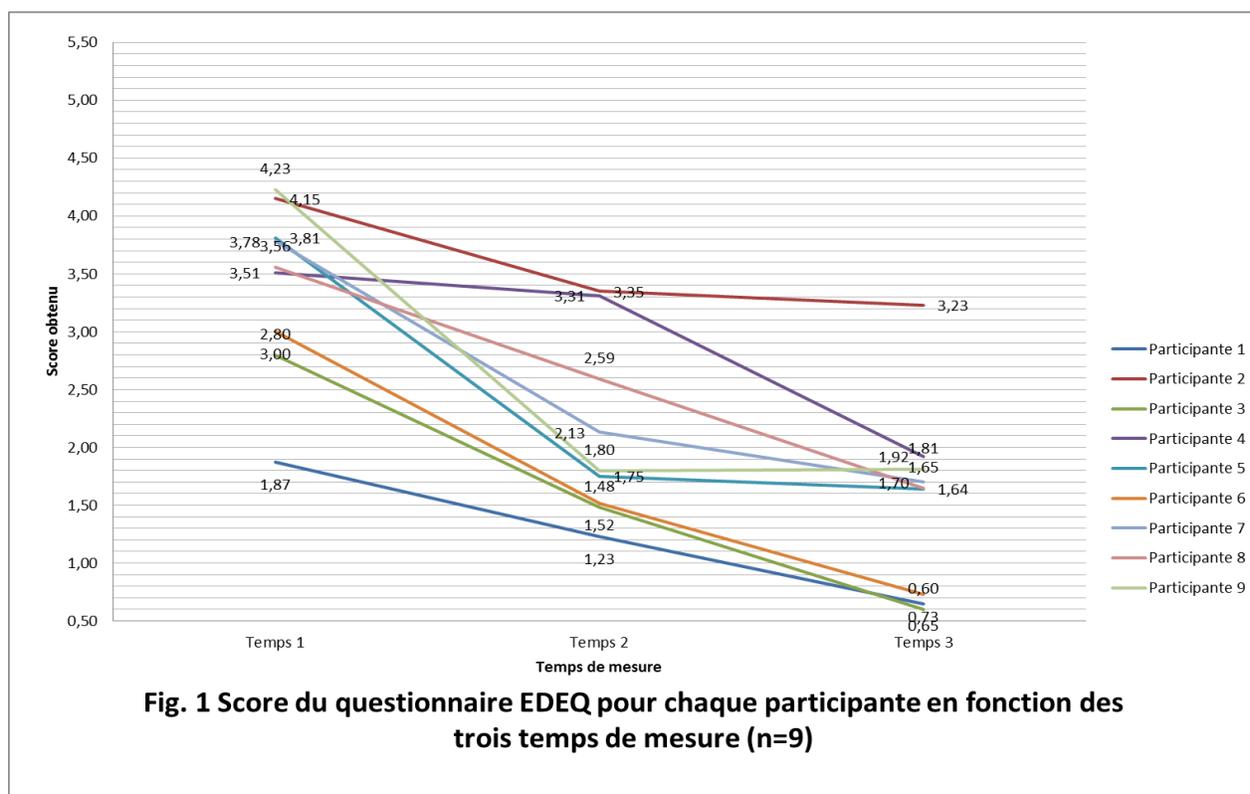
### **Analyse de cas et représentations graphiques longitudinales**

Les données des neuf participantes ayant répondu aux questionnaires à trois reprises ont permis d'étudier l'évolution de la symptomatologie anxieuse des participantes de façon longitudinale, c'est-à-dire étalée sur les trois temps de mesures prédéterminés en fonction du temps d'exposition au programme Origine. Tel que présenté dans le Tableau 3 et les Figures 1-2-3-4-5, il est possible de constater une diminution des scores individuels pour ce qui est du EDE-Q 6.0 (comportements alimentaires), du STICSA (anxiété somatique/cognitive) et du QEC (évitement cognitif), ainsi qu'une augmentation des scores individuels des participantes au FFMQ (pleine conscience) au fil des trois temps de mesures.

[Tableau 3]

## Analyse visuelle des résultats de l'EDE-Q 6.0.

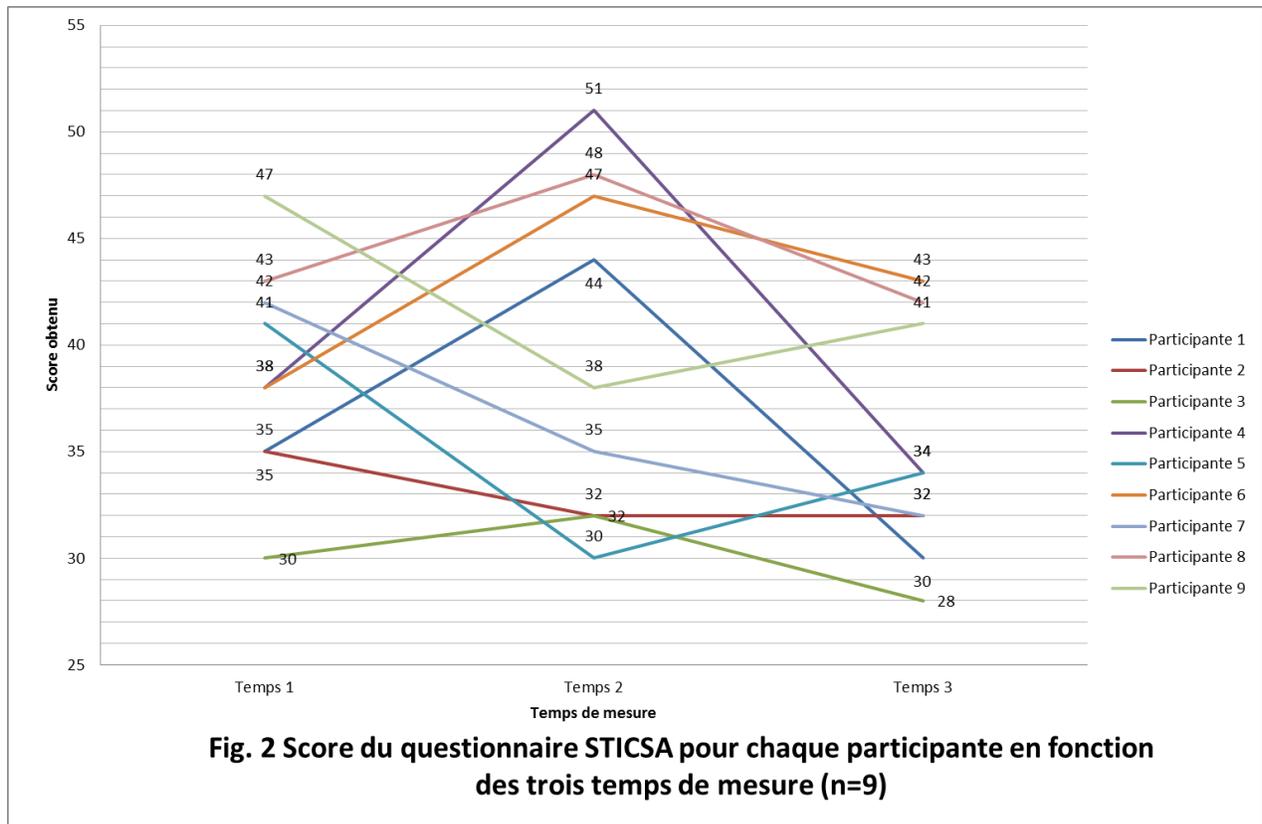
L'ensemble des participantes a vu leurs scores individuels diminuer au fil des trois temps de mesures. Aucune augmentation des scores n'a été observée.



## Analyse visuelle des résultats du STICSA (anxiété somatique/cognitive).

En ce qui concerne le facteur d'anxiété somatique/cognitive, plusieurs tendances peuvent être observées quant à la trajectoire des scores individuels et du score moyen du questionnaire. Effectivement, pour ce qui est du temps 2 (6 mois), il est possible d'observer que certains scores individuels et le score moyen ont augmenté comparativement au temps 1. Il est à noter que cette tendance n'a pas été observée pour l'ensemble des participantes. Effectivement, cinq participantes sur neuf ont vu leur score augmenter entre le temps 1 et le temps 2, pour ensuite diminuer entre le temps 2 et le temps 3 (#1-3-4-6-8). Or, les participantes #5 et #9 ont obtenu leur

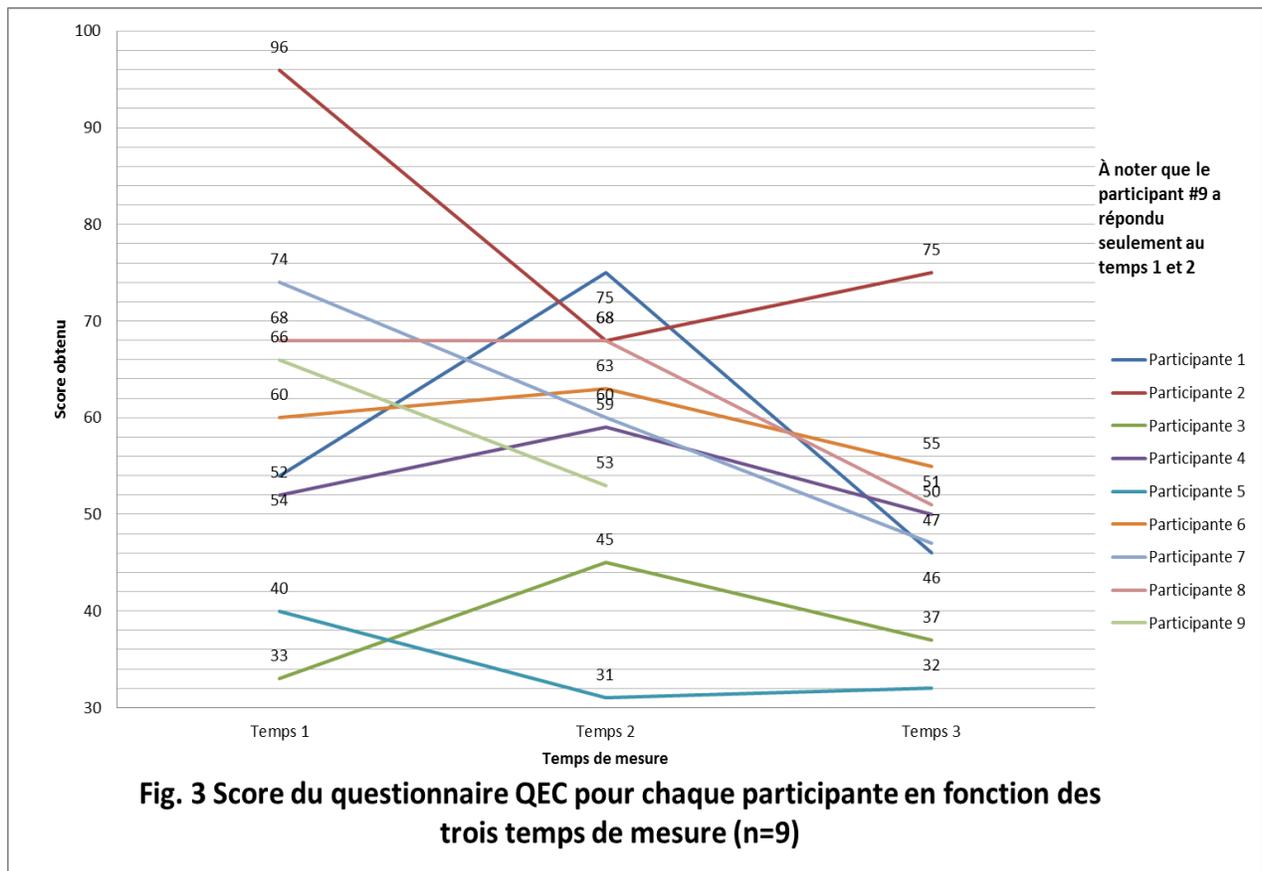
score le plus bas au temps 2 (30,00 et 38,00). Une autre trajectoire observée montre que la participante #6 est la seule à avoir un score plus élevé au temps 3, en comparaison avec son score initial au questionnaire ( $T_1= 38,00$  et  $T_3=43,00$ ). Finalement, deux participantes (# 2 et #7) ont vu une diminution graduelle ou un maintien de leur score au fil des temps de mesures.



### Analyse visuelle des résultats du QEC (évitement cognitif).

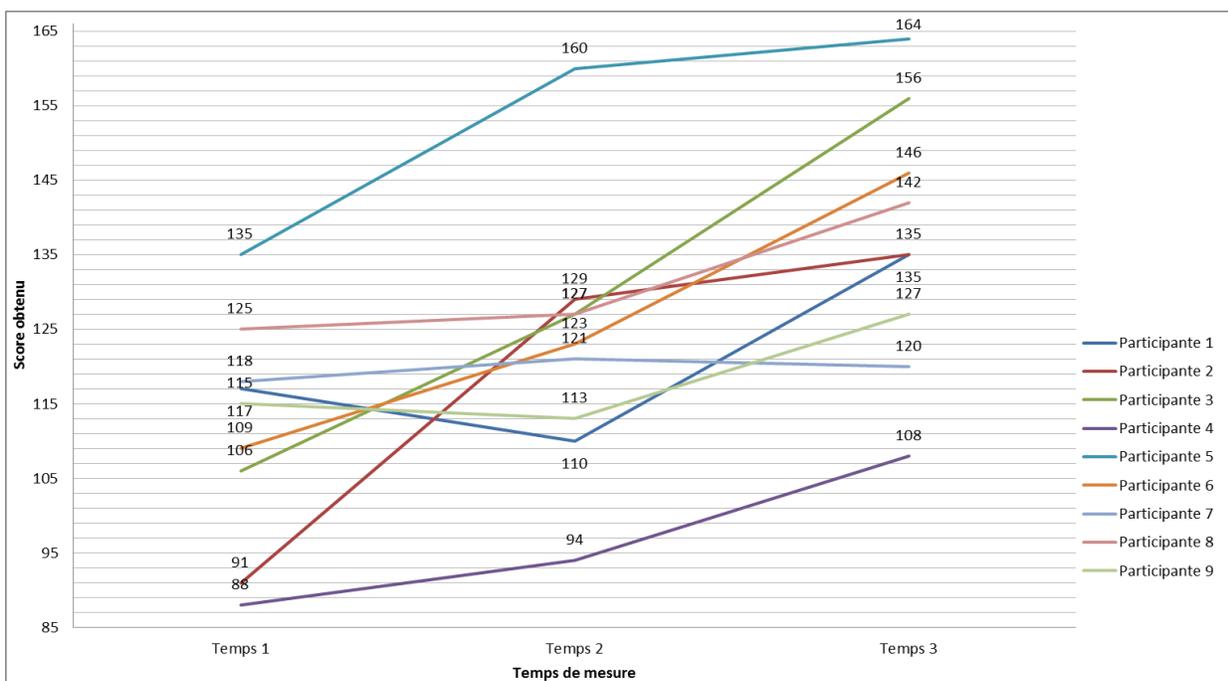
Pour ce qui est du facteur de l'évitement cognitif, qui réfère à une stratégie couramment utilisée par une personne anxieuse, il est possible d'observer, cette fois-ci également, plusieurs tendances dans les résultats obtenus. Effectivement, comme en comparaison avec le facteur mesurant l'anxiété somatique/cognitive (STICSA), une augmentation du score d'évitement cognitif s'observe au deuxième temps de mesure (temps 2) en comparaison avec les scores initiaux obtenus par les participantes. Cette trajectoire est observable pour les participantes #1, 3,

4 et 6, qui correspondaient également aux participantes ciblées lors de l'augmentation observée avec l'anxiété somatique/cognitive. Par ailleurs, il est possible de voir également qu'une de ces participantes a terminé le programme (temps 3) avec un score final d'évitement cognitif plus élevé que son score initial (participante #3,  $T_1=33,00$  et  $T_3=37,00$ ). Il est à noter que la participante #5 a obtenu son plus bas score au temps 2, ce qui correspond également à la tendance observée par le STICSA pour cette participante (score d'anxiété somatique/cognitive). Enfin, certaines d'entre elles ont vu leur score se maintenir ou diminuer au fil des temps de mesure. C'est le cas des participantes #7 et #8, qui ont eu respectivement une diminution de leur score d'évitement cognitif ( $T_1=74,00$  et  $T_3=47,00$ ;  $T_1=68,00$  et  $T_3=51,00$ ). Il est à noter que dans la passation et la cueillette de données, la participante #9 n'a pas rempli la section contenant le QEC. La valeur de son score au temps 3 du QEC n'est donc pas disponible.



### Analyse visuelle des résultats du FFMQ (pleine conscience).

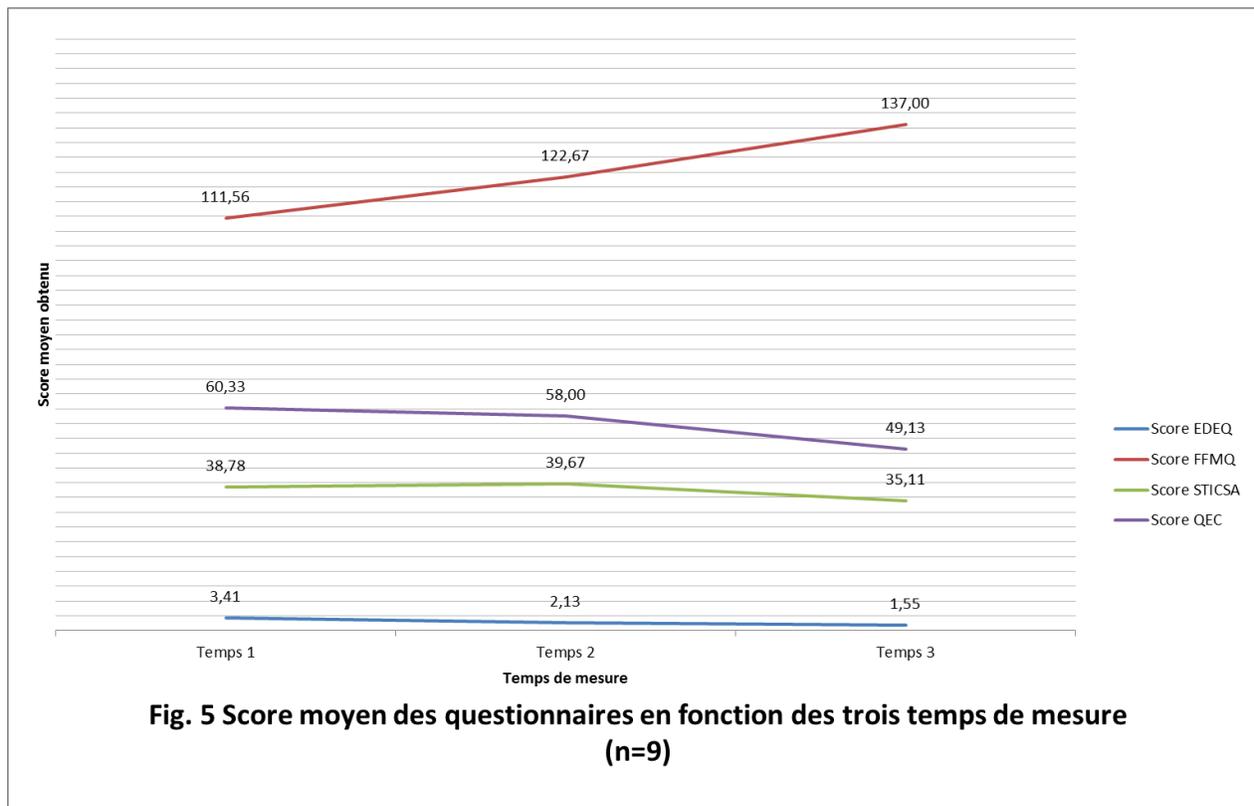
Dans l'analyse visuelle des résultats en lien avec la pleine conscience, il est possible, encore une fois, d'observer différentes tendances dans les résultats obtenus. Il est à noter que la majorité, c'est-à-dire six participantes sur neuf, a vu leur score total de pleine conscience augmenter au fil des temps de mesure et de l'exposition au programme. Effectivement, nous pouvons observer cette augmentation chez les participantes # 2-3-4-5-6 et 8. Par la suite, il est possible de voir que les participantes # 1 et # 9 ont toutes les deux rapporté un score plus bas au temps 2 (6 mois) en comparaison avec leur score initial de pleine conscience. Elles terminent toutefois avec leur score le plus élevé au temps #3. Finalement, il est possible d'observer que la participante #7 a eu une augmentation entre le temps 1 et le temps 2, que son score diminue entre le temps 2 en comparaison avec le score obtenu au temps 3 ( $T_1=118,00$ ,  $T_2= 121,00$  et  $T_3=120,00$ ), mais que l'écart entre les trois données est mince.



**Fig. 4 Score du questionnaire FFMQ pour chaque participante en fonction des trois temps de mesure (n=9)**

## Scores moyens obtenus

Pour ce qui est de l'EDE-Q (comportements alimentaires), une diminution graduelle des scores est observée. Il est possible d'observer que les scores moyens obtenus pour l'anxiété somatique/cognitive ainsi que le facteur d'évitement cognitif (STICSA et QEC) dénotent une diminution à long terme des symptômes anxieux. Dans le cas de l'anxiété somatique/cognitive, une légère augmentation entre le temps 1 et le temps 2 peut être observée. Pour la pleine conscience, les scores moyens indiquent une augmentation graduelle des scores au questionnaire (FFMQ).



## **CHAPITRE 4**

### **Discussion**

En se basant sur la littérature déjà existante et considérant que l'anxiété a fait l'objet de plusieurs études au fil des ans, mais que peu d'études font état du lien unissant l'anxiété à l'HB, la présente étude visait à mieux comprendre l'association entre ces problématiques en s'intéressant à la participation à un programme de traitement de l'HB et au lien entre cette participation et la symptomatologie anxieuse d'adultes. Le premier objectif était de comprendre davantage l'association entre l'anxiété et les TCA (HB) chez des femmes qui se présentent pour un traitement de l'HB, en observant les comportements indiquant la présence d'HB et leur association avec des symptômes d'anxiété cognitive et somatique, de même qu'avec de l'évitement cognitif. Le second objectif de cette recherche était de suivre l'évolution de la symptomatologie anxieuse dans le temps chez les personnes avec un TCA exposé au programme Origine. Directement en lien avec les objectifs, il fut constaté que l'intensité de l'anxiété ne semble pas varier en fonction de la présence ou non d'accès hyperphagiques. Il ressort également que, durant l'exposition au programme Origine, une modification et une amélioration ont eu lieu sur le plan des symptômes alimentaires des participantes. Après 12 mois de traitement, celles-ci présentaient non seulement moins de comportements alimentaires problématiques, mais elles rapportaient également moins d'anxiété cognitive et somatique de même que moins d'évitement cognitif. Pour certaines des participantes, évaluées à trois reprises durant leur participation au programme, il semble que l'amélioration de leur symptomatologie alimentaire s'accompagne également d'améliorations sur le plan de leur symptomatologie anxieuse et de leur capacité à développer leur pleine conscience.

## **Degré d'anxiété chez les participantes avec et sans accès hyperphagiques**

Les résultats des analyses transversales, basées sur les réponses des participantes à leur arrivée dans le programme Origine, ne permettent pas de conclure à une plus grande présence de symptômes anxieux chez celles qui présentent plus d'accès hyperphagiques. En d'autres mots, peu importe le groupe auquel elles appartiennent (HB ou N-HB), les participantes du groupe initial (N=103) présentent un degré d'anxiété cognitive et somatique ainsi qu'un niveau d'évitement cognitif similaires. Ceci pourrait s'expliquer par un biais d'échantillonnage. En effet, l'ensemble des participantes recevait des services cliniques pour l'HB, au sein d'une clinique spécialisée dans le traitement des problèmes de poids et d'alimentation. Il s'agit donc d'un échantillon clinique et ce type d'échantillon tend généralement à présenter une symptomatologie psychiatrique plus élevée (Pallister et al., 2008). L'absence de différences significatives entre les deux groupes suggère que, pour l'ensemble des participantes qui présentent des accès hyperphagiques, l'anxiété doit être considérée dès l'admission dans un programme de traitement. Ainsi, chez des femmes issues d'un groupe clinique et qui consultent pour des problèmes d'alimentation, on peut soupçonner la présence d'une symptomatologie anxieuse, et ce, peu importe la fréquence des accès hyperphagiques qu'elles rapportent. Tel que suggéré par Pallister et al. (2008), l'anxiété peut se manifester à travers de fortes préoccupations et inquiétudes en lien avec leur poids. Elle peut aussi être en lien avec l'entrée dans un processus de traitement, des craintes par rapport au changement et une comorbidité importante entre les symptômes alimentaires et les symptômes anxieux.

Kaye et al. (2004) ont rapporté que les personnes provenant d'un échantillon clinique, en rémission d'un TCA, montraient de l'anxiété auto-rapportée plus haute que pour le groupe contrôle, et ce, même si ces personnes ne rencontraient pas les critères associés au TA. Ainsi, il

semble logique de retrouver des niveaux d'anxiété élevés chez des participantes qui rapportent avoir des accès hyperphagiques. Considérant que le programme Origine est axé sur la pleine conscience, les participantes, qui ont choisi de participer au programme et à cette étude, reconnaissent avoir besoin de ce type de programme. Ainsi, ultimement, cela pouvait déjà signifier la présence d'une symptomatologie anxieuse et alimentaire, ce qui relève d'un biais de sélection au niveau des participantes. Afin de corroborer ou infirmer ces hypothèses, une étude avec un échantillon non-clinique et un groupe contrôle devrait être réalisée. Cela permettrait de voir l'influence de l'anxiété chez les personnes présentant de l'HB et venir corriger ce biais de sélection.

### **Évolution de la symptomatologie alimentaire et anxieuse sur 12 mois.**

Sur le plan longitudinal, plusieurs tendances furent observées lors de la présentation des résultats concernant les questionnaires mesurant l'anxiété et la pleine conscience (STICSA, QEC et FFMQ). De manière générale, on observe une diminution de l'anxiété cognitive et somatique, de même que de l'évitement anxieux, au fil du temps chez certaines participantes. Toutefois, il est possible de remarquer une augmentation de l'anxiété et une diminution de la pleine conscience chez certaines participantes après les premiers six mois au sein du programme Origine. L'augmentation des scores d'anxiété au temps 2 peut être expliquée par le fait que le programme amène les personnes qui le reçoivent à ne plus utiliser l'alimentation et les accès hyperphagiques pour se réguler sur le plan émotionnel. En l'absence de ce moyen de régulation émotionnelle et tant qu'elles n'ont pas développé des manières alternatives de s'auto-réguler, les participantes peuvent avoir ressenti une augmentation de leur degré d'anxiété. Effectivement, il est possible de croire que l'impossibilité d'avoir recours à ce type de comportements a eu pour effet d'augmenter temporairement la présence de leur symptomatologie anxieuse (Pallister et al.,

2008; Swinbourne et al., 2012; Bouchard, 2015). Par le fait même, cela pourrait également contribuer à l'augmentation de l'évitement cognitif pour certaines participantes. Rappelons que les personnes prises avec l'HB et l'anxiété ont souvent recours à des stratégies d'évitement et à la substitution de sentiments négatifs par des sensations agréables procurées par la nourriture (Fairburn et al., 2003; Pallister et al., 2008; Swinbourne et al., 2012, Bouchard, 2015; Rigaud et al., 2016). La nourriture agit en quelque sorte comme un réconfort émotionnel pour la personne. En travaillant cliniquement sur ce réconfort et en l'abolissant, il devient probable d'assister à une possible augmentation de l'anxiété. De plus, les résultats obtenus suggèrent potentiellement que les techniques du programme, qui visent la pleine conscience, telle que l'alimentation intuitive et les techniques de relaxation (reconnues comme étant probantes dans le traitement des TCA et des TA), aident les participantes à tolérer l'anxiété et à remplacer au fil du temps, c'est-à-dire sur une période de 12 mois, les comportements d'accès hyperphagiques. Ces techniques réfèrent ici à la théorie de l'exposition qui vise l'extinction des symptômes anxieux en présence de la source ou de l'élément déclencheur, en exposant graduellement la personne, afin de défaire les pensées irrationnelles, les rigidités cognitives, les biais de perception (distorsions cognitives) et de désensibiliser le corps aux stimuli anxieux. Ceci leur apprend donc à gérer l'émotion ou les sensations corporelles rattachées à l'émotion, en se concentrant sur le moment présent au lieu de l'éviter (Rapee et al., 2009; Nebel-Schwalm et David, 2013; Greeno et al., 2000; Fairburn et al., 2003; Pallister et al., 2008; Bouchard, 2015; Swinbourne et al., 2012). La pleine conscience, à la base du programme Origine, répond exactement au deuxième type d'évitement émotionnel, référant au blocage émotionnel, employé en général par une personne souffrant d'un TCA ou d'un TA (Pallister et al., 2008). Ces personnes ont donc été confrontées à cesser l'utilisation de leurs stratégies d'évitement, en devant miser sur l'acceptation des émotions et des sensations corporelles ressenties. Il est donc normal d'observer des fluctuations, voire même des

augmentations temporaires d'anxiété, considérant l'inaccessibilité des moyens usuels utilisés pour la réguler. Par ailleurs, il est logique de croire qu'un programme, comme Origine, destiné au traitement de l'HB et comportant des stratégies d'intervention axées sur l'alimentation intuitive, l'écoute des signaux de faim et de satiété, l'intégration des interdits alimentaires et la pleine conscience, ait un plus grand effet sur la symptomatologie alimentaire que sur les autres variables étudiées. Au final, une tendance générale montre une augmentation dans les scores de pleine conscience des participantes, qui rapportent une diminution de leur anxiété et une augmentation de leur état de pleine conscience au fil du programme Origine.

Le programme Origine vise à amener des changements comportementaux permanents chez les participantes. Or, ce genre de changements demande du temps puisqu'il implique de modifier les manières qu'ont les participantes de s'alimenter et de gérer leurs émotions. Afin d'être en mesure d'effectuer ces changements, le programme peut mettre les participantes en déséquilibre, afin d'enclencher un changement chez elles. Ce genre de déséquilibre peut induire une pression sur le système familial ou interne de la participante et, de par ce fait, augmenter momentanément la symptomatologie anxieuse de cette personne. Par exemple, exiger un changement sur le plan alimentaire peut induire une pression sur la sphère conjugale ou familiale de la participante. En effet, afin de retrouver un équilibre, ces changements ou instabilités peuvent durer un certain temps et venir affecter les personnes gravitant autour de la participante. Par exemple, l'irritabilité vécue par la participante suite au retrait des accès hyperphagiques peut créer des tensions sur ses relations interpersonnelles et professionnelles telles qu'avec sa famille, ses amies ou son employeur. La vie amoureuse de la participante peut également être indirectement affectée par ces changements, en créant des conflits, des problèmes matrimoniaux ou bien encore sur le plan sexuel. Ces déséquilibres peuvent donc venir moduler les résultats

obtenus dans la présente étude. Il est à noter que les variations observées dans les scores d'anxiété et de pleine conscience des participantes peuvent également être expliquées par des événements indépendants survenus à l'extérieur du programme, dans la vie personnelle des participantes.

### **Forces, limites et recommandations**

Certaines forces furent relevées et viennent enrichir les connaissances sur l'association entre l'HB et les TA. Toutefois, quelques limites présentes dans cette étude viennent influencer également l'interprétation possible des résultats obtenus.

#### **Forces de l'étude**

##### **Nature de l'échantillon et processus de recherche.**

Pour commencer, il importe de mentionner que cette étude, portant sur l'évaluation de l'association des symptômes d'HB et de l'anxiété, se base sur un échantillon entièrement québécois. Effectivement, comme mentionné précédemment, les études québéco-francophones dans le domaine des TCA, particulièrement de l'HB et des TA, s'avèrent très rares en sciences sociales. Il s'agit d'une chance d'avoir des données provenant du Québec, mais surtout de données en français. Ceci facilitera la généralisation des résultats à des groupes comparables, considérant que tout le processus est basé selon les normes culturelles de la population ciblée. Toutefois, nous n'avons pas pu évaluer empiriquement l'effet du programme Origine de façon longitudinale, conçu initialement pour le traitement de l'HB, sur une population ciblée par ce type de programme, considérant la faible taille de l'échantillon. Or, malgré cela, il a été possible de voir visuellement (analyse graphique) que les résultats obtenus corroborent la littérature voulant que la pleine conscience puisse avoir des effets bénéfiques sur la symptomatologie

alimentaire. Dans le cas présent, cette pleine conscience est très axée sur l'alimentation, qui est par le fait même associée à une amélioration de la pleine conscience en général chez les participantes. L'impact des programmes, tels qu'Origine, mise sur la pleine conscience comme techniques d'intervention auprès de celles qui y participent. Il semblerait que les techniques employées par le programme, soit la régulation émotionnelle, les techniques de la pleine conscience et les saines habitudes de vies, pourraient favoriser les impacts positifs tant au niveau des comportements alimentaires que des symptômes anxieux chez un échantillon dit clinique. Effectivement, comme discuté précédemment, la substitution de l'évitement cognitif par des techniques de pleine conscience (tant au niveau personnel qu'alimentaire) permettrait de réduire l'anxiété et réduirait les comportements de compensation alimentaires (accès hyperphagiques).

Par ailleurs, la collaboration avec la clinique MuUla a pu offrir l'opportunité d'utiliser des données cliniques, plus difficiles à obtenir, mais pourtant nécessaires pour faire avancer les connaissances actuelles en matière d'anxiété et d'HB. Ces conclusions furent possibles, car le type d'échantillon ciblé répondait aux critères du programme et la clinique a permis la distribution des questionnaires auprès des participantes au fil du programme Origine.

Par la suite, un point fort de la présente étude repose sur le fait que, malgré la complexité de l'anxiété, plusieurs questionnaires, validés empiriquement, furent utilisés afin de s'assurer de bien évaluer l'anxiété et plusieurs de ses dimensions. En effet, l'évaluation de l'anxiété repose sur la passation de trois questionnaires, monitorant des aspects différents de l'anxiété (STICSA, QEC, FFMQ). En évaluant l'anxiété somatique, cognitive ainsi que l'utilisation des stratégies d'évitement et de pleine conscience, il a été possible d'évaluer plus finement les variations des stratégies qui sont connues pour favoriser l'apparition et le maintien de l'anxiété chez ces

participantes (ex. évitement cognitif). De cette manière, une compréhension plus globale a pu être tirée de l'association entre les symptômes d'HB et ceux de l'anxiété.

## **Limites de l'étude**

### **Recrutement et méthodologie.**

Dans un premier temps, il est à noter que la taille de l'échantillon longitudinal disponible pour ce projet est une limite majeure de la présente étude. Effectivement, considérant que 103 participantes ont répondu aux questionnaires au temps 1 et qu'il n'a été possible d'avoir des suivis aux temps 2 et 3 que pour neuf participantes, il devient impossible de généraliser les conclusions de l'étude actuelle. En fait, des analyses statistiques plus robustes, quantitatives et portant sur un nombre de participantes adéquat s'avèrent impossibles. Des relances centralisées par la même personne et un nombre de mois plus important auraient été nécessaires afin d'obtenir plus de participantes. Il y a eu un manque au niveau des suivis et des relances, ce qui a occasionné une attrition dans la rétention des participantes. Par ailleurs, le format de recrutement utilisé, soit des questionnaires électroniques, répondus de façon volontaire au domicile des participantes, a complexifié le recrutement et le suivi des réponses obtenus. Ainsi, toutes ces raisons expliquent le fait que certaines participantes aient, par exemple, répondu au temps 1 et au temps 3, mais pas au temps 2. Cette lacune limite la taille de l'échantillon et la généralisation des résultats. Considérant que l'attrition des participantes est anormalement importante dans ce type de recherche, certaines des stratégies reconnues pour favoriser la rétention des participantes pourraient être employées. Par exemple, la littérature reconnaît comme efficace d'implanter un suivi servant de rappel durant la collecte de données (téléphonique, par courriel, par message texte, etc.), raccourcir les questionnaires à remplir et donner des incitations financières afin d'encourager les répondantes à compléter les questionnaires (Elfeky, Gillies, Gardner, Fraser,

Ishaku, & Treweek, 2020). Pour répondre à cette lacune, un suivi plus serré dans la participation aux trois temps de mesure serait nécessaire. Il serait également intéressant d'envisager un prolongement de la prise de données, avec un quatrième temps de mesure après, par exemple, deux ans, de manière à comprendre l'effet du programme sur le long terme et voir si les effets bénéfiques d'une intervention sur l'HB, basée sur la pleine conscience, demeurent ou s'estompent avec le temps. Finalement, les types de questionnaire utilisés, par exemple, l'EDE-Q et le FFMQ, démontraient de bonnes stabilités en somme, mais certains facteurs, pris individuellement, avaient des valeurs plus faibles à la fidélité temporelle (ex. les items des comportements compensatoires avec une valeur de 0,51 à 0,92 pour l'EDE-Q et le 0,41 pour le non-jugement dans le FFMQ). Ceci pourrait donc venir limiter la fidélité des résultats lors des deux post-tests (T2 et T3) et ainsi biaiser les résultats.

Également, la faible représentativité de l'échantillon affecte l'interprétation des résultats. Effectivement, considérant que l'échantillon est essentiellement clinique et que la participation à la présente étude implique de suivre un programme de pleine conscience, il n'est pas possible d'inférer que les résultats pourraient s'appliquer à des femmes présentant des accès hyperphagiques, mais ne consultant pas. De plus, seulement un homme fut répertorié dans l'échantillon initial. Notons que l'HB est le TCA le plus répandu chez les hommes, mais que ceux-ci sont généralement moins représentés dans les études cliniques, car ils consultent moins afin d'obtenir de l'aide pour ce trouble. Il aurait été intéressant d'avoir davantage d'hommes afin d'avoir une meilleure représentativité de la population atteinte d'HB, sachant qu'il s'agit du TCA avec le ratio le plus élevé entre les femmes et les hommes (HB 2 : 1, comparativement à un ratio de 10 : 1 pour l'AM et la B; APA, 2013). L'évolution de la symptomatologie anxieuse aurait pu être différente chez les hommes en supposant qu'ils utiliseraient peut-être des stratégies de

coping différentes ou bien qu'ils pourraient avoir une relation différente avec la reconnaissance de leur symptomatologie anxieuse (ex. difficulté à reconnaître les symptômes physiques du stress?, utilisation de régulation émotionnelle par la nourriture vs. l'évitement cognitif). Un prochain groupe masculin pourrait être composé pour voir l'impact du programme en fonction du sexe du participant et valider ou infirmer ces hypothèses.

De plus, il aurait été intéressant d'ajouter du contenu qualitatif à la présente étude (par exemple, à partir d'entrevues semi-structurées), de manière à mieux comprendre certains résultats, comme l'augmentation des scores d'anxiété au temps 2. Il est à noter que l'absence de contrôle sur les facteurs externes est un biais possible aux résultats obtenus lors des analyses. Effectivement, ces facteurs externes ont pu venir moduler la réponse au traitement des participantes, et ainsi avoir un impact sur les scores d'anxiété et de pleine conscience obtenus. Une entrevue semi-structurée pourrait également permettre de documenter l'effet perçu du programme Origine par les participantes et les sources externes venant moduler les réponses en lien avec l'anxiété. Afin de mener des explorations plus rigoureuses entre l'anxiété et l'HB, des contrôles biologiques avec des échantillons salivaires pour mesurer le cortisol (hormone du stress), à des moments prédéterminés, pourraient également s'avérer pertinents afin de suivre l'évolution biologique des symptômes de stress chez ces personnes, et ne pas simplement se reposer sur des questionnaires auto-rapportés pour mesurer l'effet perçu du programme sur leur état de stress et d'anxiété.

L'absence de groupe contrôle ou témoin représente une autre limite de cette étude. Effectivement, considérant que le projet de recherche a été basé sur un programme offert à un échantillon clinique, il aurait été souhaitable, afin de mieux pouvoir juger des effets potentiels du programme sur l'anxiété, de composer un groupe contrôle ou témoin, présentant les mêmes

caractéristiques cliniques, mais n'étant pas exposé au programme Origine. Ceci aurait permis de supporter l'hypothèse du retrait de la stratégie de coping (accès hyperphagique) comme effet modérateur de l'anxiété vécue par ces personnes, en comparant si les niveaux d'anxiété varient également dans le temps pour le groupe contrôle. Par ailleurs, il aurait également été possible de constituer un groupe non-clinique de répondants présentant des caractéristiques cliniques similaires, dans la population générale. Ainsi, une comparaison en fonction du type d'anxiété vécu entre un échantillon clinique et non-clinique permettrait de mieux cerner les relations reliant l'anxiété avec l'HB.

Force est de constater qu'il existe un lien entre l'anxiété et l'HB. Toutefois, la nature et la complexité du phénomène n'ont pas pu être pleinement prouvées par ce présent projet. Ainsi, il serait important d'envisager des études futures utilisant un devis longitudinal de même qu'un groupe témoin ou contrôle clinique et un groupe contrôle non-clinique, dans le but de comprendre l'effet du programme sur la symptomatologie anxieuse des participantes. Nous pourrions voir alors émerger des différences au plan statistique en fonction de la nature de la symptomatologie et de l'intensité des symptômes vécus par les participantes cliniques en comparaison de celles non-cliniques et du groupe contrôle.

Finalement, un autre aspect qui a pu limiter les conclusions de la présente étude réfère à la composition en soit de l'échantillon utilisé. Effectivement, lorsqu'on s'intéresse à la description de l'échantillon, il est possible de voir une hétérogénéité au niveau de l'âge des participantes. Compte-tenu du large empan d'âge (âge moyen = 45,46 ans, E-T. 11,45; min = 19 ans et max = 71 ans), les résultats peuvent être biaisés par le fait qu'à certains moments charnières de leur vie, dans des stades de développement précis, les participantes pourraient vivre plus d'anxiété (ex. durant la transition de la maison familiale à la vie adulte; tranche d'âge ciblée par les régimes

minceurs, etc.; Rigaud et al., 2016). Ainsi, il serait intéressant de refaire cette étude, en se concentrant sur un âge cible précis, afin d'éviter de potentielles variations dans les mesures de l'anxiété, modulées par leur âge, leur développement personnel, leurs stratégies de coping apprises au fil de leur vie et les défis d'adaptation différents pour chacune d'elle. Une proposition serait de se concentrer sur les 18-35 ans, tranche d'âge ciblée par les restructurations du noyau familial, les transformations de la dynamique de la famille, de la prise de poids naturelle du corps qui vieillit et du culte de la beauté vendu par les compagnies publicitaires, éléments déclencheurs de certains accès hyperphagiques (Rigaud et al., 2016, Bouchard, 2015).

Un fait intéressant à mentionner est que 24,3 % (n= 25) des participantes nommaient n'avoir eu aucun épisode d'accès hyperphagique au cours des 28 derniers jours. Considérant que ces participantes venaient spécialement consulter pour un programme relié à l'HB, il apparaît étrange que ces personnes mentionnent n'avoir eu aucun épisode. Il faut donc en déduire que ces personnes ne peuvent pas avoir remarqué une diminution de leurs épisodes d'accès hyperphagiques, considérant que ce nombre était nul au départ. Par ailleurs, cela nous laisse également supposer que ces personnes présentaient peut-être également un niveau moindre d'anxiété. Une hypothèse alternative serait que ces répondantes n'étaient pas à l'aise d'indiquer qu'elles avaient des accès hyperphagiques dans le questionnaire.

Au final, nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de données quant à l'implantation en soi du programme (nombre de séances auxquelles ont participé les femmes, fidélité dans l'animation du programme, etc.). Il serait intéressant de poursuivre l'analyse du programme Origine dans un projet futur, en se penchant sur l'évaluation de l'implantation du programme par la clinique afin de documenter ce volet de la recherche.

## Conclusion

Il semble que le lien entre les TA et l'HB soit à la fois vaste et complexe. Les construits ne sont pas simples à définir et les liens qui les réunissent semblent multiples et difficiles à définir empiriquement. Cliniquement, le présent projet contribue à démontrer la pertinence de comprendre les liens reliant les deux problématiques, afin d'arrimer les pratiques en matière d'intervention. En fait, les neuf participantes de la partie longitudinale du projet semblent avoir vu leur anxiété diminuer suite au programme Origine. L'approfondissement de la compréhension de l'association entre l'anxiété et les comportements alimentaires problématiques à travers de futures recherches s'avère primordial. Par ailleurs, considérant que l'HB est un des troubles les plus méconnus parmi les TCA et aussi un des plus répandus dans la population générale, que peu de données probantes québécoises et actuelles sur le sujet sont recensées, il serait d'autant plus important de poursuivre la documentation de cette association entre l'HB et l'anxiété. Si l'on considère les résultats de la présente étude et des recherches précédentes, il ressort que l'HB et l'anxiété présentent assurément des points en commun. L'expression des symptômes anxieux diffère lorsque nous avons une situation de comorbidité avec les TCA, mais le traitement relève de souches communes. Les stratégies de coping et de régulations émotionnelles employées par les personnes ayant un TA et un TCA nous force à revoir les traitements offerts. L'exposition graduelle à un stimulus stressant ainsi que les types d'interventions mis de l'avant par le programme Origine misant sur l'alimentation intuitive, la pleine conscience et l'estime de soi peuvent avoir eu un effet indirect sur les symptômes anxieux des répondantes. Ceci nous indique donc que l'hypothèse selon laquelle il faut intervenir sur les habitudes alimentaires de ces personnes et sur leurs stratégies de régulations émotionnelles s'avère des plus plausibles. Effectivement, il semblerait que ce type d'intervention puisse affecter l'expression, l'intensité ou

la fréquence de la symptomatologie anxieuse des personnes qui la reçoit. Par ailleurs, les résultats de la présente étude corroborent également cette hypothèse. Par exemple, il semblerait que l'accent mis sur la pleine conscience soit une avenue intéressante pour la pratique clinique au niveau de l'HB et des TA. Cette technique amène un potentiel d'efficacité pour la réduction des comportements alimentaires problématiques et de l'anxiété, tout en favorisant la pleine conscience de la personne qui la pratique. Elle peut être aisément enseignée ou incorporée dans des programmes d'intervention auprès des personnes ayant une problématique d'HB ou TA. En somme, la pleine conscience se confirme de plus en plus à être une technique de choix, ayant un beau potentiel et pouvant rejoindre plusieurs personnes, ce qui n'est pas négligeable dans le domaine de l'intervention psychosociale. Ces hypothèses relèvent un beau créneau de recherche et un domaine qui serait pertinent à explorer pour le futur de la science sociale.

## Références

- Aldao, A., & Mennin, D. (2014). Emotion Regulation. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, 191-200.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias : A Cognitive Perspective* : Basic Books.
- Berdah, C. (2010). *Obésité et troubles psychopathologiques*. Communication présentée aux Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric Evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire : A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 428-438.
- Black C. B., DeViva J. C., & Zayfert, C. (2004) Eating Disorder Symptoms Among Female Anxiety Disorder Patients In Clinical Practice: The Importance of Comorbidity Assessment. *Journal of Anxiety Disorders* (18), 255-275.
- Bodell, P., & Devlin, M. J. (2010). Pharmacotherapy for Binge-Eating Disorder. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, 402-414.
- Bouchard, L. (2015). *Estimation de la prévalence de l'hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorder) et relations avec les stratégies de coping, le genre et l'image corporelle auprès d'adolescents du Saguenay*. Université du Québec à Chicoutimi.
- Bouvet, C., Grignon, C., Zachariou, Z., & Lascar, P. (2015). *Liens entre le développement de la pleine conscience et l'amélioration de la dépression et de l'anxiété*. Communication présentée à l'Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Bulik, C. M. (1995). Anxiety Disorders and Eating Disorders: A Review of Their Relationship. *New Zealand Journal of Psychology*, 24, 51-62.
- Burstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The Effect of Parental Modeling of Anxious Behaviors and Cognitions In School-Aged Children: An Experimental Pilot Study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 506-515.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders : Science and practice*.
- Coelho, C. M., & Purkis, H. (2009). The Origins of Specific Phobias: Influential Theories and Current Perspectives. *Review of General Psychology*, 13(4), 335.

- Cousineau, D. (s.d.). *Cours 10 : Plans à mesures répétées*. Document inédit, Université d'Ottawa. Repéré à [http://web5.uottawa.ca/www5/dcousineau/home/Teaching/PSY1004A/1-NotesCours/PSY1004\\_10.pdf](http://web5.uottawa.ca/www5/dcousineau/home/Teaching/PSY1004A/1-NotesCours/PSY1004_10.pdf)
- Cummings, C. M., Read, K. L., Brodman, D. M., O'Neil, K. A., Villaboe, M. A., Gere, M. K., & Kendall, P. C. (2013). Continuing to Advance Empirically Supported Treatments : Factors In Empirically Supported Practice for Anxiety Disorders. *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* : Springer, 57-79.
- Danglade, A. (2016). *La remédiation cognitive dans l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent, une nouvelle perspective thérapeutique?* Université de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie.
- Duhamel, C., Bax-D'auveuil, C., Oswald, L., Vallee, T., Bacon, B. A., & Gosselin, P. (s. d.). *Anxiété somatique et anxiété cognitive : évaluation distincte d'une version francophone du STICSA*. Document inédit, Université de Sherbrooke.
- Elfeky, A., Gillies, K., Gardner, H., Fraser, C., Ishaku, T., & Treweek, S. (2020). Non-randomised Evaluations of Strategies to Increase Participant Retention In Randomised Controlled Trials: A Systematic Review. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-13.
- Ehring, T. (2014). Cognitive Theory. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, 104-124.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A "Transdiagnostic" Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety Disorders In Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Co-Morbidity and Chronology of Appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M., Ladouceur, R., Dugas, M., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12(1), 24-37.
- 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(1), 95.
- Grilo, C. M., (2002). Binge Eating Disorder. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 2, 178-182.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (2010). *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*: Guilford Press.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge Eating As Escape From Self-Awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86.

- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-Cultural Validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and Validation In a French-Speaking Sample. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61(3), 147-151.
- Hoek H. W., (2006). Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Curr Opin Psychiatry* 19(4), 389–394.
- Howell, D., Bestgen, Y., Yzerbyt, V., & Rogier, M. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*.
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2018). *Quelles sont les particularités de la pharmacothérapie pour les troubles anxieux*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/pharmacotherapie.html#particu>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions In Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., & Group, P. F. C. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V.,... Benjet, C. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder In the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. *Mindfulness-based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*, 75.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-Based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357-363.
- Lebel, Gérard. (2011). Guide d'auto soins pour la gestion du stress : Fou de soi pas fou du stress. Montréal. Repéré à [http://www.douglas.qc.ca/publications/153/file\\_fr/060611-guide-stress.pdf](http://www.douglas.qc.ca/publications/153/file_fr/060611-guide-stress.pdf)
- Lewis-Fernández R., Hinton D. E., Laria A. J., & al. (2010). Culture and the Anxiety Disorders: Recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(2), 212–229.
- Lomanowska, A., & Guitton, M. (2012). Multimodal Perceptual and Emotional Integration In Eating Disorders. *Eating Disorders: Causes, Diagnosis and Treatments*, 39-60.
- 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(3), 349-351.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Emotional Overeating and Its Associations With Eating Disorder Psychopathology Among Overweight Patients With Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146.

- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2007). *Binge-Eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment*: Guilford Press.
- Moquin, C. (2014). *Étude-pilote portant sur une intervention de groupe auprès de femmes souffrant d'hyperphagie boulimique et l'évaluation de ses effets potentiels*. Université de Montréal.
- Mountford, V., Haase, A., & Waller, G. (2006). Body Checking in the Eating Disorders: Associations Between Cognitions and Behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 708-715.
- Nebel-Schwalm, M. S., & Davis, T. E. (2013). Nature and Etiological Models of Anxiety Disorders. *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* (pp. 3-21) : Springer.
- Newman, M. G., Jacobson, N. C., & Castonguay, L. G. (2014). Interpersonal and Emotion-Focused Processing Psychotherapy. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, 840-851.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety In the Eating Disorders: Understanding the Overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366-386.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Rigaud, D., Gimenez, A., & Perroud, A. (2016). *Faire face aux troubles alimentaires : anorexie, boulimie, compulsions*. Paris : Retz.
- Roemer L., Graham, J. R., Morgan, L., & Orsillo, S. M. (2014). Mindfulness and Acceptance-Based Behavioral Therapies. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, 804-823.
- Salkovskis, P. M. (1991). The Importance of Behaviour In the Maintenance of Anxiety and Panic : A Cognitive Account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
- Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (2010). The Control and Worry-Focused Treatment of Eating-Disorders. *Cognitive Therapy of Eating Disorders on Control and Worry*, 49.
- Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and Preparedness. *Behavior Therapy*, 2(3), 307-320.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body Checking and Its Avoidance In Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.
- Stein, D. J. (2014). Nosology and Classification. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, 13-25.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The Comorbidity Between Eating Disorders and Anxiety Disorders: Prevalence In an Eating Disorder Sample and Anxiety Disorder Sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131.

- Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2010). Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, 271-293.
- VanBoven, A. M., & Espelage, D. L. (2006). Depressive Symptoms, Coping Strategies, and Disordered Eating Among College Women. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 341-348.
- Vinai, P., Cardetti, S., Carpegna, G., Ferrato, N., Vallauri, P., Todisco, P., & Tugnoli, E. (2010). Pathogenesis of Binge Eating Disorders: Loss of Control, Impulsivity and Intolerance of Emotions. *Cognitive Therapy of Eating Disorders on Control and Worry*, 67.
- Vossbeck-Elsebusch, A. N., & Ehring, T. (2014). Cognitive Therapy. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*, 757-775.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia nervosa. *Journal of Educational Psychology*, 73(4), 541-555. Liographiques

## Tableaux

Tableau 1. Statistiques descriptives de l'échantillon au temps 1.

|  | Groupe HB<br>(n = 61) | Groupe N-HB<br>(n = 42) |
|--|-----------------------|-------------------------|
| Âge moyen                                | 43,26 (11,64)         | 48,64 (10,35)           |
| EDE-Q 6.0                                |                       |                         |
| Restriction                              | 2,02 (1,64)           | 1,25 (1,41)             |
| Préoccupations liées<br>au poids         | 4,48 (1,17)           | 3,57 (1,30)             |
| Préoccupations liées à<br>l'apparence    | 4,89 (1,12)           | 4,03 (1,19)             |
| Préoccupations liées à<br>l'alimentation | 2,88 (1,45)           | 1,74 (1,57)             |
| EDE-Q 6.0 global                         | 3,57 (1,08)           | 2,65 (1,02)             |
| STICSA <sup>a</sup>                      | 42,41 (9,72)          | 40,71 (10,91)           |
| QEC <sup>b</sup>                         | 56,67 (19,09)         | 49,97 (19,30)           |
| FFMQ <sup>c</sup>                        | 115,23 (18,14)        | 122,27 (18,08)          |

*Note* : n = nombre de participantes de l'échantillon; Groupe A = participantes ayant eu quatre épisodes ou plus d'hyperphagie boulimique (HB) dans le dernier mois; Groupe B = participantes ayant eu 3 épisodes ou moins d'HB dans le dernier mois; EDE-Q 6.0 = Eating Disorder Examination-Questionnaire version 6.0; STICSA = State-Trait Inventory For Cognitive and Somatic Anxiety; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif; FFMQ = Five Facets Mindfulness Questionnaire; a = groupe A constitué de 58 participantes, groupe B est constitué de 35 pour le STICSA; b = groupe A constitué de 54 participantes, groupe B est constitué de 33 pour le QEC; c = groupe A constitué de 60 participantes, groupe B est constitué de 37 pour le FFMQ. Les données manquantes ont été exclues et l'échantillon est constitué entièrement de femmes.

Tableau 2. Résultats de l'ANOVA à un facteur de l'EDE-Q 6.0 et ses sous-échelles, du STICSA, du QEC et du FFMQ en fonction des deux groupes de comparaisons.

|                                       |               | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | F      | Signification ( <i>p</i> ) |
|---------------------------------------|---------------|------------------|-----|--------------------|--------|----------------------------|
| EDE-Q 6.0                             |               |                  |     |                    |        |                            |
| Restriction                           | Inter-groupes | 14,701           | 1   | 14,701             | 6,113  | ,015                       |
|                                       | Intra-groupes | 242,888          | 101 | 2,405              |        |                            |
|                                       | Total         | 257,589          | 102 |                    |        |                            |
| Préoccupations liées au poids         | Inter-groupes | 20,690           | 1   | 20,690             | 13,812 | ,000                       |
|                                       | Intra-groupes | 151,296          | 101 | 1,498              |        |                            |
|                                       | Total         | 171,985          | 102 |                    |        |                            |
| Préoccupations liées à l'apparence    | Inter-groupes | 18,331           | 1   | 18,331             | 13,924 | ,000                       |
|                                       | Intra-groupes | 132,963          | 101 | 1,316              |        |                            |
|                                       | Total         | 151,294          | 102 |                    |        |                            |
| Préoccupations liées à l'alimentation | Inter-groupes | 32,276           | 1   | 32,276             | 14,350 | ,000                       |
|                                       | Intra-groupes | 227,173          | 101 | 2,249              |        |                            |
|                                       | Total         | 259,449          | 102 |                    |        |                            |
| EDE-Q 6.0 global                      | Inter-groupes | 21,034           | 1   | 21,034             | 16,502 | ,000                       |
|                                       | Intra-groupes | 128,738          | 101 | 1,275              |        |                            |
|                                       | Total         | 149,773          | 102 |                    |        |                            |
| STICSA                                | Inter-groupes | 63,046           | 1   | 63,046             | ,608   | ,437                       |
|                                       | Intra-groupes | 9433,212         | 91  | 103,662            |        |                            |
|                                       | Total         | 9496,258         | 92  |                    |        |                            |
| QEC                                   | Inter-groupes | 918,639          | 1   | 918,639            | 2,499  | ,118                       |
|                                       | Intra-groupes | 31240,970        | 85  | 367,541            |        |                            |
|                                       | Total         | 32159,609        | 86  |                    |        |                            |
| FFMQ                                  | Inter-groupes | 1133,310         | 1   | 1133,310           | 3,452  | ,066                       |
|                                       | Intra-groupes | 31188,031        | 95  | 328,295            |        |                            |
|                                       | Total         | 32321,340        | 96  |                    |        |                            |

*Note* : Groupe A = participantes ayant eu quatre épisodes ou plus d'hyperphagie boulimique (HB) dans le dernier mois; Groupe B = participantes ayant eu 3 épisodes ou moins d'HB dans le dernier mois; EDE-Q 6.0 = Eating Disorder Examination-Questionnaire version 6.0; STICSA = State-Trait Inventory For Cognitive and Somatic Anxiety; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif; FFMQ = Five Facets Mindfulness Questionnaire; ddl = degré de liberté; F = résultat obtenu; *p* = signification et  $p \leq 0,05$  pour avoir une différence significative.

Tableau 3. Scores individuels et moyens des questionnaires, pour chacun des temps de mesures, en fonction des participantes (n=9).

|                 |         | EDE-Q 6.0 | STICSA | QEC    | FFMQ   |
|-----------------|---------|-----------|--------|--------|--------|
| Participante #1 | Temps 1 | 1,87      | 35,00  | 54,00  | 117,00 |
|                 | Temps 2 | 1,23      | 44,00  | 75,00  | 110,00 |
|                 | Temps 3 | 0,65      | 30,00  | 46,00  | 135,00 |
| Participante #2 | Temps 1 | 4,15      | 35,00  | 96,00  | 91,00  |
|                 | Temps 2 | 3,35      | 32,00  | 68,00  | 129,00 |
|                 | Temps 3 | 3,23      | 32,00  | 75,00  | 135,00 |
| Participante #3 | Temps 1 | 2,80      | 30,00  | 33,00  | 106,00 |
|                 | Temps 2 | 1,48      | 32,00  | 45,00  | 127,00 |
|                 | Temps 3 | 0,60      | 28,00  | 37,00  | 156,00 |
| Participante #4 | Temps 1 | 3,51      | 38,00  | 52,00  | 88,00  |
|                 | Temps 2 | 3,31      | 51,00  | 59,00  | 94,00  |
|                 | Temps 3 | 1,92      | 34,00  | 50,00  | 108,00 |
| Participante #5 | Temps 1 | 3,81      | 41,00  | 40,00  | 135,00 |
|                 | Temps 2 | 1,75      | 30,00  | 31,00  | 160,00 |
|                 | Temps 3 | 1,64      | 34,00  | 32,00  | 164,00 |
| Participante #6 | Temps 1 | 3,00      | 38,00  | 60,00  | 109,00 |
|                 | Temps 2 | 1,52      | 47,00  | 63,00  | 123,00 |
|                 | Temps 3 | 0,73      | 43,00  | 55,00  | 146,00 |
| Participante #7 | Temps 1 | 3,78      | 42,00  | 74,00  | 118,00 |
|                 | Temps 2 | 2,13      | 35,00  | 60,00  | 121,00 |
|                 | Temps 3 | 1,70      | 32,00  | 47,00  | 120,00 |
| Participante #8 | Temps 1 | 3,56      | 43,00  | 68,00  | 125,00 |
|                 | Temps 2 | 2,59      | 48,00  | 68,00  | 127,00 |
|                 | Temps 3 | 1,65      | 42,00  | 51,00  | 142,00 |
| Participante #9 | Temps 1 | 4,23      | 47,00  | 66,00  | 115,00 |
|                 | Temps 2 | 1,80      | 38,00  | 53,00  | 113,00 |
|                 | Temps 3 | 1,81      | 41,00  | ND     | 127,00 |
| Score moyen     | Temps 1 | 3,41      | 38,78  | 60,33  | 111,56 |
|                 | Temps 2 | 2,13      | 39,67  | 58,00  | 122,67 |
|                 | Temps 3 | 1,55      | 35,11  | 49,13* | 137,00 |

*Note* :  $n$  = nombre de participantes de l'échantillon; EDE-Q 6.0 = Eating Disorder Examination-Questionnaire version 6.0; STICSA = State-Trait Inventory For Cognitive and Somatic Anxiety; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif; FFMQ = Five Facets Mindfulness Questionnaire; ND = donnée non-disponible; \* = score moyen calculé sur huit participantes.