

Université de Montréal

Étude des liens entre l'intensité du trouble alimentaire et le niveau de motivation au changement chez des adolescentes atteintes d'anorexie

par Catherine Ostiguy

Département de psychologie
Faculté des Arts et des Sciences

Essai doctoral présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Doctorat
en Psychologie
option clinique (D.Psy.)

Août 2014

© Catherine Ostiguy, 2014

Résumé

Les adolescentes atteintes d'anorexie sont souvent décrites comme étant ambivalentes au changement, voire résistantes. La motivation au changement a été identifiée comme une variable prometteuse dans le traitement de l'anorexie compte tenu de sa valeur prédictive sur les retombées de l'intervention. En ce sens, le modèle transthéorique de changement (Prochaska & DiClemente, 1982) offre un cadre théorique permettant de comprendre le processus de changement chez cette population. Les facteurs qui influencent la motivation au changement dans le processus thérapeutique restent toutefois à clarifier. L'intensité du trouble constitue un des facteurs susceptibles de moduler cette variable. Cette étude poursuit ainsi trois objectifs. Le premier vise à décrire la répartition à travers les différents stades de motivation au changement d'un groupe d'adolescentes hospitalisées pour un problème d'anorexie ($n = 32$) à l'aide de deux instruments. Ensuite, elle propose d'examiner le lien entre l'intensité du trouble et le niveau de motivation au changement chez celles-ci. Finalement, une comparaison des deux instruments de mesure de motivation est effectuée. Les participantes ont répondu à des questionnaires auto-rapportés lors de leur entrée à l'hôpital. Les résultats montrent que l'échantillon se répartit à travers les cinq stades de motivation au changement et que l'intensité du trouble est liée négativement à la motivation au changement. Les résultats trouvés avec les deux instruments de motivation au changement suggèrent que ces derniers sont similaires. Cette recherche propose aussi des cibles thérapeutiques potentielles associées à l'intensité du trouble afin de favoriser la motivation au changement.

Mots clés : motivation au changement, étape de préparation au changement, intensité du trouble, anorexie, trouble alimentaire, adolescentes, hospitalisées, psychologie clinique

Abstract

Adolescents with anorexia are often described as being ambivalent to change, even resistant. Motivation to change has been identified as a promising variable in the treatment of anorexia due to its predictive value on treatment outcomes. In this regard, the Transtheoretical Model of Change (Prochaska & DiClemente, 1982) provides a theoretical framework for understanding the process of change in this population. However, the factors that influence the motivation to change in the therapeutic process remain unclear. Eating disorder severity is one of the factors that could modulate this variable. Thus, this study has three objectives. The first is to describe the distribution of a group of teenage girls hospitalized for anorexia through the different stages of readiness to change (n = 32) using two instruments. Then, it examines the relationship between eating disorder severity and the level of motivation for change among them. Finally, a comparison of two instruments for measuring motivation is conducted. The participants completed self-report questionnaires at the beginning of their hospitalization. Results show that the sample is distributed across the five stages of motivation to change and that eating disorder severity is negatively related to motivation for change. Results found with the two instruments of motivation for change suggest that they are both similar. It also offers potential therapeutic goals associated with eating disorder severity that could foster motivation to change.

Keywords: motivation to change, stages of change, eating disorder severity, anorexia, eating disorder, adolescent girls, inpatients, clinical psychology

Table des matières

Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
Remerciements.....	viii
Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement chez des adolescentes atteintes d’anorexie.....	1
Résumé.....	2
Abstract.....	2
Introduction.....	3
Contexte théorique.....	3
Évolution du trouble.....	5
Facteurs associés à la résistance au changement.....	6
Théorie du changement.....	7
Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement.....	9
Limites des études.....	10
Objectifs et hypothèses.....	11
Méthode.....	12
Participants.....	12
Mesures.....	12
Procédures.....	14

Traitement statistique	15
Résultats	15
Description de l'échantillon	15
Distribution dans les stades de changement	16
Relations entre l'intensité du trouble et la motivation au changement	16
Comparaison des deux instruments de mesure de motivation au changement	18
Discussion	19
Distribution dans les stades de changement	19
Relations entre l'intensité du trouble et la motivation au changement	21
Comparaison des deux instruments de mesure de motivation au changement	23
Forces et limites de l'étude	24
Pistes de recherches futures	25
Conclusion	26
Références	27
Appendice A. Instrument de mesure de l'intensité du trouble	i
Appendice B. Instrument de mesure de motivation au changement (1)	iv
Appendice C. Instrument de mesure de motivation au changement (2)	x

Liste des tableaux

Tableau 1

Résultats aux analyses de comparaison de moyennes (ANSOCQ) 30

Tableau 2

Résultats aux analyses de comparaison de moyennes (MSCARED) 30

Tableau 3

Matrice de corrélations (Pearson) 31

Liste des figures

Figure 1

Distribution des participantes selon l'âge.....30

Figure 2

Distribution des participantes dans les stades de changement (ANSOCQ vs MSCARED).....31

Liste des abréviations

ANSOCQ	<i>Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire</i>
DSM-IV	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV</i>
EDI-3	<i>Eating Disorder Inventory version 3</i>
IMC	Indice de masse corporelle
MTC	Modèle transthéorique de changement
MSCARED	Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder
TCA	Trouble du comportement alimentaire

Remerciements

Quelle chance d'avoir été si bien accompagnée à travers les moments les plus difficiles, comme les plus stimulants de cette aventure.

J'aimerais d'abord remercier ma directrice, Dominique Meilleur. Votre âme de clinicienne, votre passion et votre dynamisme ont été pour moi sources d'inspiration. Aussi, votre rigueur scientifique m'a amenée à me surpasser.

J'aimerais également remercier mes ami(e)s et collègues, qui chacun à leur façon, ont rendu ce périple agréable malgré les épreuves. Une pensée spéciale pour Valérie. Merci pour ton amitié, pour nos nombreux échanges qui ont su me faire tant de bien ainsi que pour ce soutien mutuel qui nous a permis de se rendre si loin. J'aimerais aussi remercier mes parents et ma belle-famille, pour avoir cru en moi et m'avoir donné l'énergie de persévérer. Un merci particulier à toi ma sœur pour ton écoute et ta présence si précieuse.

Pour terminer, je tiens à te remercier Jean-Simon. Merci pour ton amour, ton soutien et ta patience incroyable (!). Je me sens très choyée de t'avoir à mes côtés.

**INTENSITÉ DU TROUBLE ALIMENTAIRE ET MOTIVATION AU CHANGEMENT CHEZ DES
ADOLESCENTES ATTEINTES D'ANOREXIE**

**EATING DISORDER SEVERITY AND READINESS TO CHANGE IN ADOLESCENTS WITH
ANOREXIA NERVOSA**

Catherine, OSTIGUY
Université de Montréal

Dominique, MEILLEUR
Université de Montréal

INTENSITÉ DU TROUBLE ALIMENTAIRE ET MOTIVATION AU CHANGEMENT CHEZ DES ADOLESCENTES ATTEINTES D'ANOREXIE

EATING DISORDER SEVERITY AND READINESS TO CHANGE IN ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

Résumé

L'étude vise à décrire la répartition d'un groupe d'adolescentes hospitalisées pour anorexie à travers les stades de motivation au changement (n = 32). Elle propose également d'examiner le lien entre l'intensité du trouble et le niveau de motivation au changement. Les résultats aux questionnaires auto-rapportés montrent que l'échantillon se répartit à travers les cinq stades de motivation au changement et que l'intensité du trouble est liée négativement à la motivation au changement. Les résultats de l'étude sont discutés et des cibles thérapeutiques potentielles associées à l'intensité du trouble sont proposées pour favoriser la motivation au changement.

Mots-clés : motivation au changement, intensité du trouble, anorexie, trouble alimentaire, adolescentes, hospitalisées, psychologie clinique

Abstract

This study aims to describe the distribution of a group of adolescent girls hospitalized with anorexia through the stages of readiness to change (n = 32). It also examines the link between motivation to change and eating disorder severity. Results from self-report questionnaires show that the sample is distributed among the five stages of readiness to change and that eating disorder severity is negatively linked to motivation to change. The results of the study are discussed and potential therapeutic goals related to eating disorder severity that could foster motivation to change are proposed.

Keywords: motivation to change, eating disorder severity, anorexia, eating disorder, adolescent girls, inpatients, clinical psychology

INTRODUCTION

Une recrudescence des cas d'anorexie mentale a été rapportée au cours des années 1980 et ce taux serait stable depuis (Hoek, van Hoeken, & Katzman, 2003). Les taux d'incidence récents (environ 8 par 100 000) suggèrent toutefois une augmentation du trouble chez les filles adolescentes et jeunes adultes (Currin, Schmidt, Treasure, & Jick, 2005; Hoek, 2006). L'anorexie mentale est un trouble psychique réputé comme étant difficile à traiter en raison de la présence de déni du problème et de l'ambivalence face au changement manifestés par plusieurs personnes qui en souffrent (Ward, Troop, Todd, & Treasure, 1996). Compte tenu des taux considérables de rechute et d'abandon prématuré de traitement (Button, Marshall, Shinkwin, Black, & Palmer, 1997; Strober, Freeman, & Morrel, 1997), plusieurs études se sont récemment intéressées aux facteurs personnels qui permettraient d'améliorer l'efficacité des interventions, notamment la motivation au changement (Feld, Woodside, Kaplan, Olmsted, & Carter, 2001). Bien que cette variable soit prometteuse compte tenu de sa valeur prédictive sur les retombées de l'intervention (Georgieva & Meilleur, 2013), les facteurs qui influencent la motivation au changement dans le processus thérapeutique restent à clarifier. Parmi les facteurs susceptibles de moduler cette variable, on trouve l'intensité du trouble alimentaire évaluée de diverses façons. Les études réalisées auprès de populations adolescentes sont peu nombreuses et celles réalisées à ce jour comportent plusieurs limites, telles que l'hétérogénéité qui caractérise les échantillons. Cette étude tente donc de pallier à cette limite en s'intéressant à un groupe homogène composé d'adolescentes atteintes d'anorexie, hospitalisées pour la première fois. Plus spécifiquement, l'objectif est de décrire le niveau de motivation au changement de ces adolescentes et d'étudier la relation entre l'intensité du trouble alimentaire et le niveau de motivation. Deux instruments de motivation qui diffèrent au niveau de leur spécificité sont utilisés afin de permettre une comparaison des résultats. Une meilleure connaissance de ces variables pourrait permettre d'identifier des leviers d'intervention pour favoriser le développement de la motivation au changement des personnes atteintes.

CONTEXTE THÉORIQUE

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui débute habituellement entre l'âge de 15 et 19 ans et qui touche davantage les filles que les garçons; le ratio serait de neuf pour un respectivement (Jeammet, 2004; Miller & Golden, 2010). La plupart des études indiquent un taux de prévalence pour le sexe féminin qui varie entre 0,5 et 1% (Godart, Perdereau, & Jeammet, 2004; Vanderlinden, 2006). Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR), les critères diagnostiques de l'anorexie sont le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille, une peur de prendre du poids, une perception de son corps différente de la réalité, une estime de soi influencée de façon excessive par le poids ou par la silhouette, un déni de la gravité de la maigreur actuelle ainsi qu'un arrêt des menstruations pendant au moins trois cycles consécutifs chez les femmes post-pubères (American Psychiatric Association, 2004). Les critères diagnostiques de l'anorexie sont sensiblement les mêmes dans la nouvelle version du DSM-5, outre qu'on ne parle plus d'un « refus » en termes de maintien d'un certain poids puisque cette formulation impliquerait une intention de l'individu et que le critère relatif à l'arrêt des règles a été retiré (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). On distingue deux sous-types d'anorexie: le type restrictif, caractérisé par la restriction alimentaire et l'exercice excessif, ainsi que le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs, caractérisé par la présence de crises de boulimie et de vomissements après les repas ou l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques (American Psychiatric Association, 2004). Les symptômes associés aux deux sous-types peuvent se chevaucher ou se succéder.

Le recours aux comportements visant la perte de poids ainsi que les carences nutritionnelles qui en découlent peuvent avoir d'importantes répercussions sur la santé physique et psychologique de la personne atteinte d'anorexie (Chabrol, 1991). Les complications s'accroissant avec la durée de l'évolution de la maladie; les personnes qui débutent une intervention tôt dans le parcours de leur maladie auraient un meilleur pronostic (Steinhausen, 2002). Bien que la plupart de ces complications soient réversibles avec une reprise de poids (Godart et al., 2004), certains des problèmes médicaux présents chez les adolescents qui souffrent d'anorexie, tels le retard ou l'interruption du processus

pubertaire et la réduction de la masse osseuse ont des conséquences dommageables à long terme (Lock, Grange, Agras, & Dare, 2001). L'anorexie mentale se distingue par la gravité de son pronostic; son taux de mortalité étant le plus élevé de toutes les psychopathologies (Sullivan, 1995; Zipfel, Lowe, Reas, Deter, & Herzog, 2000). Ce taux est évalué entre 5 et 10% (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005; Chabrol, 2004) et plus la durée du suivi est longue, plus la mortalité augmente (Godart et al., 2004). Lorsque les études réalisées auprès d'adolescents uniquement sont comparées à celles effectuées auprès d'adultes, un taux de rétablissement plus élevé (57.1%) et un taux de mortalité moindre (1.8%) sont soulevés (Steinhausen, 2008). Pour ces raisons, une intervention précoce est recommandée, particulièrement auprès des adolescentes (Steinhausen, 2008). Bien que le suivi en clinique ambulatoire soit priorisé, celui-ci peut déboucher sur une hospitalisation lorsque les répercussions du trouble sur la santé physique ou mentale l'exigent (Jeammet, 2004).

Évolution du trouble

Une méta-analyse portant sur 119 études longitudinales qui rassemblent au total 5 590 adolescents et adultes souffrant d'anorexie mentale rapporte que dans un horizon de 4 à 10 ans, 47% des participants se sont complètement rétablis, tandis que le tiers a récupéré partiellement, 20% sont demeurés chroniquement atteints du trouble et 4.9% sont décédés (Steinhausen, 2002).

Chez les adolescents, l'anorexie mentale évolue souvent sur plusieurs années avant une guérison (Godart et al., 2004). Les résultats d'une étude longitudinale qui s'étend sur 15 ans et réalisée auprès de 95 adolescents ayant été hospitalisés pour un trouble d'anorexie rapportent un taux de rechute de près de 30% suivant la sortie de l'hôpital (Strober, Freeman, & Morrel, 1997). Les auteurs de cette étude suggèrent qu'une rechute durant la première année suivant l'hospitalisation prédit un pronostic plus sévère. Finalement, chez les adolescents et adultes hospitalisés recevant un traitement, le taux d'abandon prématuré est estimé à 50% (Button, Marshall, Shinkwin, Black, & Palmer, 1997; Vandereycken & Pierloot, 1983).

Compte tenu de sa faible prévalence ainsi que des caractéristiques de la population qui en souffre, il existe peu de données probantes liées à l'efficacité des interventions thérapeutiques qui permettent

d'orienter le choix du traitement (Chabrol, 2007). Le coût considérable qu'implique le traitement de l'anorexie (tant pour l'individu, ses proches que pour le système de santé), ne peut qu'appuyer davantage l'intérêt de mieux connaître ce trouble et les personnes qui en souffrent afin de maximiser l'efficacité des interventions.

Facteurs associés à la résistance au changement

La conduite anorexique apporterait des gains secondaires qui contribueraient au maintien du trouble et influenceraient la motivation à changer les comportements qui lui sont associés (Colton & Pistrang, 2004; Touyz et al., 2003). Comme le suggère Vandereycken (2006), la restriction alimentaire et les exercices excessifs sont entièrement compatibles avec le désir de minceur et de contrôle de soi présents chez les personnes qui souffrent d'anorexie. Dans une étude visant à identifier les bénéfices et coûts attribués à l'anorexie par les personnes atteintes, les avantages les plus fréquemment exprimés incluent: le sentiment que quelqu'un veille sur soi ou d'être protégé, le sentiment de contrôle ainsi que le sentiment d'être spéciale (Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999). Ainsi, cet aspect égocytone des symptômes constituerait la principale raison de la résistance au changement dans l'anorexie mentale (Vitousek, Watson, & Wilson, 1998; Touyz et al., 2003).

Il importe d'ajouter que la clientèle adolescente comporte certaines particularités susceptibles de contribuer à la résistance au changement. En effet, il est rare que la demande de consultation soit initiée par l'adolescent lui-même (Marcelli & Braconnier, 2008), entre autres parce que ce dernier tend à s'opposer à l'autorité par désir de s'émanciper (Lask, Geller, & Srimeswaran, 2007; Orsi, Lafortune, & Brochu, 2010). Cet enjeu peut affecter le processus thérapeutique, d'autant plus si le jeune consulte contre son gré (Castro-Blanco & Karver, 2010). Finalement, Elkind (1984) souligne que le stade de développement cognitif de l'adolescent serait susceptible d'alimenter ses croyances voulant qu'il soit invulnérable, contribuant ainsi au déni de la gravité de ses comportements. Les adolescents seraient donc nombreux à exprimer certaines réserves quant aux interventions psychologiques lorsqu'ils présentent des difficultés. Considérant cette résistance, tant reliée au trouble qu'au stade développemental, il apparaît pertinent de mieux comprendre les facteurs potentiellement impliqués dans le processus de changement.

Théorie du changement

Prochaska et DiClemente (1982) ont élaboré le modèle transthéorique du changement (MTC) pour conceptualiser le processus de changement (DiClemente, 1999; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Les auteurs postulent que chaque personne traverserait un processus similaire lorsqu'elle tente de changer un comportement. Ce processus serait progressif et divisé en cinq étapes à travers lesquelles les attitudes et les comportements de l'individu évolueraient. Ces cinq étapes sont: 1) la précontemplation (dans laquelle la conscience du problème et l'intention de changer sont limitées ou inexistantes); 2) la contemplation (l'individu est prêt à envisager le changement de son comportement, sans toutefois s'y engager); 3) la préparation (l'individu s'engage à changer son comportement dans un avenir proche); 4) l'action (l'individu travaille activement à changer) et 5) le maintien (l'individu tente de maintenir le changement effectué et travaille à prévenir la rechute). Chaque étape serait donc qualitativement différente. De plus, ce modèle inclut deux composantes essentielles dans le processus : la reconnaissance de l'importance du changement pour l'individu (balance décisionnelle) et la confiance qu'a l'individu de pouvoir changer son comportement (sentiment d'efficacité personnelle). L'individu pourrait donc désirer changer un comportement mais ne pas se sentir capable de le faire ou encore, il pourrait penser être capable de changer son comportement mais ne pas désirer le faire.

En outre, ce modèle avance l'idée que différents processus ou stratégies de changement seraient mis en évidence à chacune des étapes, lesquels permettraient une progression à travers les stades (Sutton, 1996). Les auteurs insistent donc sur la nécessité de prendre en considération le stade (étape) de motivation au changement où se situe l'individu au moment d'établir les objectifs et de choisir les stratégies lors d'une intervention. Une disparité entre l'étape à laquelle se situe l'individu et les stratégies utilisées lors de l'intervention engendrerait de la résistance et par conséquent en influencerait le résultat (Prochaska et al., 1992). Ce modèle suggère que l'individu doit se situer au moins dans le stade préparation ou action (stades 3 et 4 respectivement) pour que le changement survienne. S'il se situe dans des stades antérieurs (1- précontemplation ou 2- contemplation), il serait davantage pertinent de préparer le changement en favorisant le développement de la motivation chez la personne. Finalement, les auteurs attribuent un caractère dynamique à ce processus de changement qui serait cyclique plutôt

que linéaire. La rechute serait ainsi perçue comme faisant partie de la démarche. Bien que ce modèle ait d'abord été étudié auprès d'individus présentant des problèmes de dépendance comme la consommation d'alcool et de tabac, il a dernièrement été appliqué aux troubles alimentaires et plus précisément, à l'anorexie mentale (Blake, Turnball, & Treasure, 1997; Touyz et al., 2003). Plusieurs auteurs suggèrent d'ailleurs que le MTC serait utile dans le traitement de ce trouble puisqu'il permettrait de mieux comprendre l'ambivalence reliée au changement qui est caractéristique de la population qui en souffre (Colton & Pistrang, 2004; Ward et al., 1996). Selon McHugh (2007), les individus souffrant d'anorexie mentale qui se situent dans les deux premiers stades, soit précontemplation et contemplation, peuvent être perçus comme ayant une faible motivation au changement et ceux qui se situent dans l'ensemble des stades suivants, comme ayant une forte motivation au changement. Toutefois, il est à noter que la plupart des études effectuées jusqu'à présent l'ont été auprès de populations adultes ou mixtes (soit composées à la fois d'adultes et d'adolescents); celles réalisées auprès d'adolescents uniquement sont peu nombreuses.

L'avènement de ce modèle théorique (MTC) ainsi que l'accroissement de l'intérêt pour la motivation au changement a amené la création de divers outils pour la mesurer comme le *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA, McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) et le *Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder* (MSCARED, Gusella, Butler, Nichols, & Bird, 2003). Les symptômes des TCA étant nombreux, le niveau de motivation à changer pourrait varier selon les différents comportements qui s'y rapportent (Blake et al., 1997; Geller, Cockell, & Drab, 2001). Ainsi, en appliquant une échelle unidimensionnelle aux TCA, il en résulte un manque de précision à plusieurs niveaux (Rieger et al., 2000; Sullivan & Terris, 2001). Étant donné la nature complexe de ces troubles, d'autres instruments ont été créés en introduisant une échelle multidimensionnelle (Geller & Drab, 1999; Rieger et al., 2000). Ces outils se sont révélés utiles pour prédire les résultats de l'intervention (Geller, 2002). Un instrument a donc été créé spécifiquement pour les individus souffrant d'anorexie : le *Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire* (ANSOCQ; Rieger et al., 2000). Les résultats en début de traitement à ce questionnaire auto-rapporté permettraient de prédire la modification des symptômes en cours d'intervention et l'abandon prématuré du traitement (Rieger et al., 2000).

Intensité du trouble alimentaire et motivation au changement

La motivation au changement étant une variable importante dans le traitement de l'anorexie, plusieurs auteurs se sont intéressés aux facteurs pouvant lui être associés. Parmi ceux-ci, l'intensité du trouble alimentaire constitue une variable considérée dans quelques études. Sa définition varie toutefois selon les auteurs. D'abord, certains définissent l'intensité du trouble par la présence de facteurs associés à un mauvais pronostic tels que : le nombre d'hospitalisations antérieures, la durée d'évolution du trouble, la présence de comportements boulimiques, le pourcentage de la perte de poids ou encore, l'indice de masse corporelle (IMC) (Rieger et al., 2000; Godart et al., 2004). Parmi ces différents indicateurs, l'IMC semble être la variable qui fait consensus dans les écrits scientifiques. Certaines études effectuées auprès d'adolescents souffrant d'un TCA suggèrent que l'IMC serait corrélé positivement au niveau de la motivation au changement (Geller & Drab, 1999; Rushford, 2006) alors que d'autres ne trouvent pas de lien significatif (Casasnovas et al., 2007; Gusella et al., 2003; Zaitsoff & Taylor, 2009).

D'autres études évaluent aussi l'intensité du trouble alimentaire à partir d'échelles tirées d'un questionnaire conçu dans le but d'évaluer différents aspects reliés aux TCA, soit le *Eating Disorder Inventory* (EDI, Garner, 1991). Ces échelles ont été construites à partir des manifestations associées aux critères diagnostiques du trouble. Celles-ci sont : le désir de minceur, les comportements et attitudes boulimiques et l'insatisfaction corporelle. Certains auteurs réfèrent à ces trois échelles de façon indépendante pour mesurer l'intensité (McHugh, 2007; Zaitsoff & Taylor, 2009) alors que d'autres en font la somme afin d'obtenir un « score global d'intensité » (Bewell & Carter, 2008; Geller et al., 2001; Geller et al., 2008). La dernière version du EDI (EDI-3; Garner, 2004) inclut d'ailleurs un « score total de risque de désordre alimentaire », soit un score composite d'intensité qui correspond à la somme de ces trois échelles. À la différence des versions antérieures, le score composite de cette version tient compte du diagnostic dans son calcul, soit en accordant une pondération différente à chaque échelle.

Les résultats de quelques études, qui utilisent le score global de l'EDI-2, suggèrent que l'intensité de la symptomatologie des TCA serait négativement corrélée à la motivation au changement, et ce, tant chez les adultes que chez les adolescents. D'abord, une étude effectuée auprès de 65 adolescentes hospitalisées ou suivies en clinique externe pour leur trouble d'anorexie a révélé qu'une intensité élevée

des symptômes était associée à une faible motivation au changement (Geller et al., 2008). Ensuite, une étude suggère que la motivation au changement constituerait la variable intermédiaire par laquelle l'intensité du trouble alimentaire prédit les résultats au traitement (Bewell & Carter, 2008). Cette étude avance ainsi qu'une forte intensité du trouble influencerait négativement la motivation au changement, qui elle, prédirait les résultats au traitement.

Les liens trouvés semblent toutefois diverger lorsqu'on s'intéresse aux trois échelles spécifiquement. Par exemple, dans une étude effectuée auprès de 54 adolescentes atteintes d'anorexie se présentant pour un traitement dans une clinique pour TCA et qui utilise le MSCARED comme mesure de motivation au changement, l'insatisfaction corporelle des jeunes se situant dans le stade précontemplation était significativement supérieure à ceux se situant dans le stade action (Zaitsoff & Taylor, 2009). Par contre, les différences de moyennes relatives au désir de minceur et aux comportements et attitudes boulimiques n'étaient pas significatives. Ensuite, une étude de Rieger et ses collègues (2000) réalisée auprès de 71 adolescents et adultes hospitalisés pour leur trouble d'anorexie a montré des liens significatifs entre les échelles désir de minceur et insatisfaction corporelle, et la motivation au changement telle que mesurée par l'ANSOCQ. Cependant, aucun lien significatif n'a été trouvé au niveau de l'échelle boulimie. Quant aux résultats d'une autre étude, utilisant le MSCARED comme mesure de motivation au changement et étant effectuée auprès de 34 adolescentes souffrant d'un TCA, dont 15 d'anorexie, ceux-ci indiquent que le désir de minceur et l'insatisfaction corporelle des participantes initialement dans le stade action étaient significativement plus faibles que celles se situant dans des stades antérieurs (précontemplation, contemplation, préparation) (Gusella et al., 2003). En conclusion, les relations entre les échelles d'intensité et la motivation au changement tendent à différer entre les études.

Limites des études

Malgré l'intérêt que suscitent les résultats de ces études, quelques réserves sont notées. D'abord, celles-ci ont recours à différents instruments pour évaluer le niveau de motivation au changement, dont certains qui ne sont pas spécifiques à l'anorexie et d'autres qui ne sont composés que d'une seule question. Aussi, les échantillons de ces quelques études ne sont pas homogènes. En effet, l'âge des participants varie : certaines études s'intéressent spécifiquement aux adolescents tandis que d'autres ont

des échantillons mixtes. De plus, le type de traitement que reçoivent les participants diffère au sein des études. Certaines d'entre elles s'intéressent soit aux individus recevant un traitement en clinique externe, soit à ceux hospitalisés ou encore, aux deux groupes à la fois. Finalement, certaines études sont composées d'adolescents en début d'intervention tandis que d'autres incluent ceux qui se situent à diverses étapes de leur traitement. Cette grande hétérogénéité au plan méthodologique fournit ainsi peu d'information applicable à une population spécifique. Or, ces informations s'avèrent pertinentes pour orienter l'intervention auprès d'une clientèle précise. Considérant qu'il est recommandé d'adapter l'intervention au stade de changement dans lequel se situe l'individu, il serait fort utile pour les intervenants de connaître la répartition de leur clientèle au sein des stades. De plus, l'examen du lien entre l'intensité du trouble et la motivation au changement auprès d'un échantillon ciblé permettrait d'identifier des leviers d'intervention plus adaptés pour favoriser la progression dans les stades de motivation. La présente étude tente donc de pallier aux limites des études antérieures en ayant recours à un échantillon plus homogène.

Objectifs et hypothèse

Le premier objectif de cette étude est d'évaluer le niveau de motivation au changement d'un groupe d'adolescentes atteintes d'anorexie à leur arrivée sur une unité de soins spécialisés en troubles alimentaires. L'objectif est de décrire la répartition des adolescentes à travers les différentes étapes de motivation au changement à l'aide de deux instruments de mesure de motivation au changement.

Le deuxième objectif est d'étudier les liens entre l'intensité du trouble alimentaire et l'étape de motivation au changement chez ce groupe d'adolescentes. Plus précisément, nous cherchons à savoir si l'intensité du trouble (mesurée à l'aide de deux scores : le score composite au EDI-3 et l'IMC) influence l'étape de motivation au changement dans laquelle les adolescentes se situent. À partir des résultats des études recensées, nous posons l'hypothèse que l'intensité du trouble sera négativement liée au niveau de motivation au changement.

Le troisième objectif est de comparer les scores obtenus par les adolescentes aux deux instruments d'évaluation de la motivation soit l'ANSOCQ (Rieger et al., 2000) et le MSCARED (Gusella et al., 2003). Cette analyse comparative s'intéresse principalement à la distribution respective des participantes dans

les différents stades de changement, à la validité convergente des deux outils ainsi qu'aux différences de liens trouvés entre l'intensité du trouble et la motivation au changement.

MÉTHODE

Participants

L'échantillon est composé d'adolescentes (n=32) âgées entre 12 et 17 ans, hospitalisées pour la première fois pour un problème d'anorexie mentale sur une unité de soins spécialisés pour les troubles alimentaires d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Le présent projet a obtenu l'autorisation du comité d'éthique à la recherche de l'établissement. Les données ont été récoltées entre janvier 2012 et janvier 2014. Le choix des participantes a reposé sur plusieurs critères. Les participantes devaient être de sexe féminin et avoir reçu un diagnostic d'anorexie mentale (de type restrictif ou de type boulimique). Également, celles-ci devaient être au début de leur première hospitalisation (première ou deuxième semaine suivant l'admission) et n'avoir aucun retard mental connu des intervenants (diagnostiqué et présent au dossier de la jeune). Finalement, les adolescentes, avec l'accord d'au moins un de leurs parents, devaient avoir accepté de participer à l'étude en signant le formulaire de consentement prévu à cette fin. Toutes les adolescentes hospitalisées pour ce problème ont été sollicitées pour participer à l'étude. Le taux de participation est de 61%.

Mesures

Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). L'ANSOCQ (Rieger et al., 2000) est un questionnaire auto-rapporté spécifique au TCA de type anorexie pour évaluer la motivation au changement. Il est inspiré du MTC de Prochaska et DiClemente (1982) et comporte 20 items dont les choix de réponse correspondent à des énoncés qui réfèrent chacun à un stade de changement. Ceux-ci sont 1) la précontemplation, 2) la contemplation, 3) la préparation, 4) l'action et 5) le maintien. Le score catégoriel, qui varie entre 1 et 5, est obtenu en faisant la moyenne des scores aux items afin de déterminer le stade dans lequel se trouve chacune des participantes. Le score total, qui varie entre 20 et 100, permet quant à lui de mesurer le niveau de motivation à changer. Les 20 items de l'instrument se

regroupent en trois facteurs, soit « gain de poids » (7 items), « préoccupations relatives à l'alimentation, à la silhouette et au poids » (7 items) et « caractéristiques associées au trouble » (6 items). Validée auprès de 71 adolescents et adultes souffrant d'anorexie, la version anglaise présente de bonnes qualités psychométriques, soit une consistance interne de 0.90 ainsi qu'une fidélité test-retest à 1 semaine de 0.89 (Rieger et al., 2000). De plus, une analyse factorielle a confirmé la structure à trois facteurs de l'instrument (Rieger & Touyz, 2006). Dans l'étude de Rieger et ses collègues (2000), différents critères ont permis d'évaluer la validité de l'outil. D'abord, une corrélation de .54 ($p < .001$) est rapportée entre le score au ANSOCQ obtenu par le thérapeute et celui du jeune. Ensuite, quatre échelles adaptées aux troubles alimentaires du *Contemplation Ladder* (Biener & Abrams, 1991) ont été utilisées comme critères convergents. Ces échelles corrélaient toutes fortement avec le ANSOCQ (corrélations de .70 à .77, $p < .001$). Ces résultats indiquent une bonne validité de cette mesure de motivation au changement. Dans le cadre de cette étude, une version française traduite selon la méthode de traduction renversée est utilisée. La consistance interne est de 0.97. La version française ayant été traduite, mais n'ayant pas encore été validée, un deuxième instrument de motivation a été ajouté dans cette étude afin, entre autres, d'avoir un point de comparaison et d'augmenter notre niveau de confiance dans les résultats.

Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder (MSCARED). Spécifiquement développé pour les adolescents qui souffrent d'un TCA, le MSCARED (Gusella et al., 2003) comporte deux sections distinctes. La première, composée d'un seul item, vise à mesurer le stade de motivation au changement dans lequel se situe le jeune. La seconde évalue les attitudes face aux conduites spécifiques associées au trouble. Étant donné que l'intérêt principal de cette étude porte sur les stades de motivation au changement, seule la première section du questionnaire a été utilisée. L'item qui le compose comporte une description des cinq stades de motivation au changement et il est demandé à l'adolescent d'indiquer lequel correspond le mieux à sa situation actuelle. Cet item a été validé dans l'étude de Gusella et al., 2003. La fidélité test-retest à une semaine est de .92. La validité a été évaluée à l'aide de différents critères. Une corrélation de .79 ($p < .001$) est rapportée entre l'évaluation du stade de motivation au changement par le thérapeute responsable de l'entrevue diagnostique et l'évaluation effectuée par le jeune à l'aide de l'item du MSCARED. Aussi, une corrélation de .64 ($p < .05$) est trouvée

entre l'évaluation de la mère du jeune et celle de ce dernier. Ces fortes corrélations indiquent une bonne validité de cette mesure de motivation au changement.

Eating Disorder Inventory-3. L'EDI-3 (Garner, 2004) est un questionnaire auto-rapporté composé de 12 échelles, dont trois évaluent la sévérité des symptômes associés aux troubles alimentaires et neuf évaluent certains traits psychologiques qui y sont reliés. Il comporte 91 items auxquels l'adolescente répond sur une échelle de Likert en six points allant de « toujours » à « jamais ». Le score total de risque de désordre alimentaire sera utilisé pour mesurer l'intensité du trouble. Ce score composite est calculé en faisant la somme des scores T des trois échelles visant à mesurer la sévérité des symptômes associés aux TCA. Celles-ci sont: désir de minceur (p.ex., *je suis préoccupée par le désir d'être plus mince*), boulimie (p.ex., *j'ai l'idée d'essayer de vomir dans le but de perdre du poids*) et insatisfaction corporelle (p.ex., *je pense que mes fesses sont trop grosses*). Ce questionnaire possède une consistance interne des échelles variant entre 0.63 et 0.96 ainsi qu'une fidélité test-retest à une semaine variant entre 0.86 et 0.98 (Garner, 2004). Dans cette étude, la consistance interne des trois échelles retenues est respectivement de 0.92 (désir de minceur), 0.56 (boulimie) et 0.91 (insatisfaction corporelle). L'EDI-3 a été largement utilisé auprès d'adolescents et pour l'instant, des normes en anglais sont disponibles pour cette population (Garner, 2004). La version française utilisée a été traduite selon la méthode de traduction renversée.

Indice de masse corporelle. L'IMC est calculé à partir du poids et de la taille de la participante, récupérés à partir de son dossier médical. La formule internationale de calcul utilisée est: $IMC = \text{poids en kg} / (\text{taille en mètre})^2$ (Must, Dalla, & Dietz, 1991). Il est important de rappeler que l'IMC moyen des personnes en santé se situe entre 18.5 et 25 (Santé Canada, 2003).

Procédures

Les participantes ont été recrutées à leur arrivée à l'unité de soins d'hospitalisation pour troubles alimentaires. Le projet de recherche a été présenté à chaque adolescente individuellement et un formulaire de consentement lui a été remis. Une fois celui-ci signé par la jeune et un de ses parents, les

questionnaires ont été remis à cette dernière afin qu'elle puisse les compléter. La complétion s'est faite seule ou en présence de l'assistante de recherche.

Traitement statistique

Afin d'évaluer l'étape de préparation au changement à laquelle se situe le groupe des participantes, des analyses descriptives ont été effectuées. Des analyses de comparaison de moyennes à l'aide de tests-t à groupes indépendants ainsi que des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin d'examiner les liens entre l'intensité du trouble et la motivation au changement. Une corrélation de Pearson a été utilisée pour quantifier la force du lien entre les mesures d'intensité et les scores de motivation.

Dans le but de comparer les deux outils visant à mesurer la motivation au changement (l'ANSCOQ et le MSCARED), la distribution des participantes obtenue dans les stades de changement avec chacun des outils a été comparée à l'aide d'un test de chi-carré. Ce test a vérifié si la répartition au sein des stades selon la catégorisation proposée par McHugh (2007), soit faible motivation (stades 1 et 2) et forte motivation (stades 3, 4 et 5), est significativement différente entre les deux outils. La validité convergente a aussi été examinée en évaluant la corrélation entre les deux instruments. Finalement, les liens trouvés entre l'intensité du trouble (résultats aux analyses de comparaisons de moyennes et aux analyses corrélationnelles) et chacun des outils ont été comparés.

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

L'échantillon est composé de 32 adolescentes ayant toutes reçu un diagnostic d'anorexie de type restrictif. L'âge des participantes varie entre 12 et 17 ans, avec une moyenne de 14.7 ans ($ET = 1.4$) (voir Figure 1). L'âge moyen des participantes qui présentent un faible niveau de motivation est de 14.45 ans ($ET = 1.57$) avec l'ANSOCQ et de 13.93 ans ($ET = 1.47$) avec le MSCARED. L'âge moyen des

participantes qui présentent un fort niveau de motivation est de 14.88 ans ($ET = 1.33$) avec l'ANSOCQ et de 15.05 ans ($ET = 1.29$) avec le MSCARED.

L'IMC moyen de l'ensemble de l'échantillon est de 14.86 ($ET = 1.62$), le situant sous le 3^{ème} percentile (Kuczmarski et al., 2002).

Distribution dans les stades de changement

ANSOCQ. Les résultats démontrent que l'échantillon de participantes se répartit dans les cinq stades de motivation au changement (voir Figure 2). Les stades dans lesquels se situe le plus grand nombre de participantes sont le stade 2 (contemplation) et 3 (préparation), avec chacun 31.3 % ($n = 10$) des sujets. Les stades 1 (précontemplation) et 5 (maintien) sont ceux qui incluent le moins de participantes, regroupant chacun 9.4 % ($n = 3$) d'entre elles. Finalement, 18.8 % ($n = 6$) des participantes se situent dans le stade 4 (action). Selon la catégorisation proposée par McHugh (2007), les stades 1 et 2 réfèrent à une faible motivation au changement alors que les stades 3, 4 et 5 renvoient à une forte motivation au changement. Ainsi, 40.6 % ($n = 13$) de cet échantillon aurait une faible motivation à changer et 59.4 % ($n = 19$) aurait une forte motivation à changer.

MSCARED. Les résultats obtenus avec le MSCARED montrent également que l'échantillon se répartit dans les cinq stades de motivation au changement (voir Figure 2). Le stade dans lequel se situe le plus de participantes est le stade 4 (action), avec 28.1 % ($n = 9$) des sujets. Le stade 1 (précontemplation) est celui qui inclue le moins de participantes, soit 6.3 % ($n = 2$) d'entre elles. Finalement, 25.0 % ($n = 8$) des participantes se situent dans le stade 2 (contemplation), 21.9 % ($n = 7$) se situent dans le stade 3 (préparation) et 18.8 % ($n = 6$) se situent dans le stade 5 (maintien). Ainsi, 31.3 % ($n = 10$) de cet échantillon aurait une faible motivation à changer et 68,7 % ($n = 22$) aurait une forte motivation à changer.

Relations entre l'intensité du trouble et la motivation au changement

Les postulats préalables aux analyses statistiques ont été vérifiés. L'absence de données extrêmes ainsi que la normalité de la distribution des variables sont confirmées.

Afin de procéder aux analyses de comparaison de moyennes (test-t), des groupes de motivation ont été créés selon la catégorisation de McHugh (2007). Le postulat d'égalité des variances a été vérifié en examinant les valeurs du test de Levene. Lorsque ces dernières étaient non significatives ($p > .05$), l'hypothèse de variances égales était assumée. Dans le cas contraire, le test- t ajusté pour l'hétérogénéité de la variance a été utilisé.

Les résultats avec l'ANSOCQ montrent que le score composite de l'intensité du trouble est significativement plus élevé dans le groupe de participantes qui présentent une faible motivation comparativement à celui retrouvé dans le groupe qui présente une forte motivation [$t(30) = 3.80, p < .01$] (voir Tableau 1). En se référant aux barèmes établis par Cohen (1988), la magnitude de cette différence (différence de moyenne = 11.65) est très grande ($d = 1.39$). En regardant plus spécifiquement les composantes de ce score d'intensité, les deux groupes présentent aussi une différence significative au niveau des échelles désir de minceur [$t(27.78) = 3.88, p < .01$], boulimie [$t(30) = 3.31, p < .01$] et insatisfaction corporelle [$t(30) = 2.47, p < .05$]. La magnitude de ces différences (différences de moyenne = 11.06; 9.56; 7.34) est très grande ($d = 1.47; 1.21; 0.90$). Les différences vont toutes dans le même sens, à savoir que le groupe d'adolescentes qui présentent une faible motivation au changement rapporte une intensité plus forte sur ces échelles que le groupe qui présente une forte motivation. On ne trouve toutefois pas de différence significative quant à l'IMC entre les deux groupes de motivation ($p = .58$).

Quant aux résultats obtenus avec le MSCARED, le score composite de l'intensité du trouble est significativement plus élevé dans le groupe de participantes présentant une faible motivation comparativement à celui retrouvé dans le groupe qui présente une forte motivation [$t(30) = 4.61, p < .01$] (voir Tableau 2). La magnitude de cette différence est très grande (différence de moyenne = 13.95; $d = 1.68$). Les résultats avec les trois échelles affichent une direction similaire. Les deux groupes diffèrent significativement au niveau de celles-ci : désir de minceur [$t(29.55) = 3.83, p < .01$], boulimie [$t(10.36) = 3.85, p < .01$] et insatisfaction corporelle [$t(30) = 3.32, p < .01$]. Ces trois différences (différences de moyenne = 10.65; 13.39; 9.78) sont de grande magnitude ($d = 1.41; 2.39; 1.21$). Finalement, on ne trouve pas de différence significative quant à l'IMC entre les deux groupes de motivation ($p = .47$).

En ce qui concerne les analyses corrélationnelles, les postulats de normalité, de linéarité et d'homoscédasticité des données ont été vérifiés et aucune violation n'a été détectée avec l'ensemble des variables. Avec l'ANSOCQ, les résultats montrent que l'ensemble des indicateurs d'intensité covarient fortement et négativement avec le niveau de motivation à changer, excepté l'IMC (voir Tableau 3). Effectivement, les résultats indiquent que le score composite de l'intensité du trouble ($r = -.80, p < .01$), et les échelles désir de minceur ($r = -.78, p < .01$), boulimie ($r = -.53, p < .01$) et insatisfaction corporelle ($r = -.74, p < .01$) sont négativement liés à la motivation au changement. Avec le MSCARED, l'ensemble des indicateurs d'intensité sont également liés fortement et négativement avec le niveau de motivation au changement, sauf pour l'IMC (voir Tableau 3). Les résultats montrent que le score composite de l'intensité du trouble ($r = -.78, p < .01$) et les échelles désir de minceur ($r = -.68, p < .01$), boulimie ($r = -.63, p < .01$) et insatisfaction corporelle ($r = -.73, p < .01$) sont négativement liés à la motivation au changement.

Comparaison des deux instruments de mesure de motivation au changement

Les résultats obtenus aux deux mesures de motivation indiquent une répartition des participantes à travers les cinq stades de motivation au changement. Un test de chi-carré ne démontre aucune différence significative au niveau des proportions du présent échantillon dans les groupes de faible motivation et de forte motivation à changer avec l'ANSOCQ en comparaison aux proportions trouvées avec le MSCARED [$\chi^2(1, n = 32) = 1.16, p = .28$]. La distribution des participantes avec les deux instruments de motivation au changement est donc similaire. Finalement, l'ANSOCQ et le MSCARED présentent une validité convergente satisfaisante ($r = .78, p < .01$).

Les résultats obtenus aux analyses de comparaisons de moyennes (tests-t) avec les deux mesures sont semblables. Aussi, de façon générale, les analyses corrélationnelles montrent que plus les scores d'intensité du TCA et aux échelles désir de minceur, boulimie et insatisfaction corporelle sont élevés, plus le niveau de motivation à changer est faible. Les résultats obtenus avec les deux mesures de motivation au changement présentent donc un portrait des liens globalement similaire entre l'intensité du trouble et la motivation au changement.

DISCUSSION

Les trois objectifs de cette recherche consistaient à : décrire un groupe d'adolescentes hospitalisées pour la première fois pour anorexie à leur arrivée dans les services et à évaluer l'étape de motivation au changement à laquelle ces dernières se situent; examiner les liens entre l'intensité du TCA et le niveau de motivation à changer chez celles-ci et comparer les résultats obtenus par les participantes aux deux outils d'évaluation de la motivation utilisés.

Distribution dans les stades de changement

Les résultats de cette étude montrent que l'échantillon se répartit dans les cinq stades de changement. Plus de la moitié des participantes rapportent un niveau de motivation à changer élevé (préparation, action, maintien). Ces résultats diffèrent quelque peu de ceux rapportés dans d'autres études où une faible motivation à changer avait une prévalence plus importante parmi les participantes (Geller et al., 2001; Serpell et al., 1999; Treasure & Schmidt, 2001; Rieger et al., 2000; Vitousek et al., 1998; Ward et al., 1996). Ainsi, les résultats obtenus par les participantes quant à la répartition aux étapes 4 et 5 (ANSOCQ : 18.8% et 9.4%; MSCARED : 28.1% et 18.8%) soulèvent certaines interrogations.

La distribution des participantes de cette étude dans les différents stades de motivation au changement pourrait être expliquée par plusieurs facteurs. D'abord, certains auteurs rapportent que la nature des interactions avec le personnel soignant influence les attitudes des individus envers le traitement (Beresin, Gordon, & Herzog, 1989; Colton & Pistrang, 2004). Par exemple, si elle doit avoir lieu, l'hospitalisation est parfois «préparée» par les intervenants auprès des adolescentes lors du suivi en ambulatoire afin de favoriser leur collaboration et leur motivation. Cette façon de faire pourrait expliquer que certaines adolescentes arrivent dans les services d'hospitalisation à une étape élevée de motivation à changer malgré une forte intensité du trouble. De plus, suite à l'admission sur l'unité de soins spécialisés, il est possible que la qualité de la relation entre l'adolescente et les intervenants se soit améliorée au fil des interactions, ce qui pourrait avoir influencé positivement son niveau de motivation. Ensuite, il est possible que le milieu de soins ait un impact sur la perception de la jeune vis-à-vis sa

mobilisation au changement. En effet, dans son évaluation subjective de son étape de préparation au changement, la jeune peut interpréter l'hospitalisation comme un moyen pris (action) pour changer. Comme autre piste explicative, le nombre de jours qui se sont écoulés entre le début de l'hospitalisation et la complétion des questionnaires peut avoir influencé positivement les résultats aux questionnaires de motivation. En moyenne, ce délai est de 17.84 jours. La prise en charge comprend des changements comportementaux dès les premières semaines d'hospitalisation (ex. reprise progressive de l'alimentation régulière, exercice physique restreint). Au fil du temps, la jeune est donc susceptible de se percevoir comme tentant de maintenir ces changements. Finalement, les contacts avec les autres jeunes hospitalisées (particulièrement celles qui sont plus avancées dans leur traitement) pendant le nombre de jours qui se sont écoulés entre l'entrée à l'hôpital et la complétion des questionnaires peuvent avoir eu un impact positif sur la motivation de l'adolescente. Colton et Pistrang (2004) suggèrent que les contacts réguliers des individus atteints d'anorexie avec d'autres atteints du même trouble et qui se trouvent vers la fin de leur hospitalisation pourraient représenter une source de motivation.

Plusieurs implications découlent d'une telle distribution. D'abord, cette répartition dans les différents stades de changement nous indique que nous ne pouvons pas assumer que les adolescentes qui entrent à l'hôpital pour la première fois pour recevoir des soins pour leur anorexie ont nécessairement un faible niveau de motivation à changer, et ce, même si leur IMC est faible. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Geller et Drab (1999) qui stipulent que le niveau de motivation à changer ne peut être inféré seulement à partir du diagnostic. Nos résultats indiquent aussi que le niveau de motivation ne peut être inféré à partir de l'IMC, puisqu'aucune différence n'est notée sur cet aspect entre les participantes qui ont une motivation faible ou élevée. Cette distribution met ainsi en lumière la complexité avec laquelle l'équipe soignante doit composer. En effet, cette réalité comporte des défis cliniques pour les intervenants puisque les jeunes peuvent se présenter pour un même problème, mais avec une motivation différente. Cela nous amène à se questionner sur l'efficacité relative à l'établissement d'un protocole unique d'intervention auprès d'une population aussi variée. Les résultats suggèrent donc la nécessité d'avoir recours à un programme de traitement plus flexible, voire plus individualisé. Rappelons que le MTC démontre l'importance de considérer l'arrimage entre les objectifs thérapeutiques et le stade de

motivation au changement dans lequel se situe l'individu (Prochaska et al., 1992) et d'utiliser des stratégies qui s'y rapportent (Sutton, 1996).

Relations entre l'intensité du trouble et la motivation au changement

Les résultats montrent que plus l'intensité du trouble est élevée, plus l'adolescente se situe à une étape de préparation au changement faible. Notre hypothèse voulant que l'intensité du trouble soit négativement liée au niveau de motivation au changement est donc confirmée. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'autres études réalisées auprès d'adolescents (Casanovas et al., 2007; Geller & Drab, 1999; Geller et al., 2008; Gusella et al., 2003). Plus spécifiquement, ces résultats suggèrent que tous les indicateurs d'intensité (désir de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle) sont négativement liés au niveau de motivation à changer, sauf l'IMC. En ce sens, plus les symptômes associés au trouble sont intenses (i.e. plus les scores aux échelles désir de minceur, boulimie et insatisfaction corporelle sont élevés), moins la jeune serait motivée à changer ses comportements anorexiques. Plusieurs facteurs pourraient être considérés afin de mieux comprendre cette relation. On peut penser notamment à la balance décisionnelle (reconnaissance de l'importance du changement pour l'individu) et le sentiment d'efficacité personnelle (confiance qu'a l'individu de pouvoir changer son comportement), deux composantes importantes du MTC. En effet, étant donné que les symptômes anorexiques liés à l'intensité du trouble sont caractérisés par leur aspect égocytone (Vitousek et al., 1998), ces derniers pourraient favoriser le sentiment d'efficacité des jeunes envers la poursuite de leurs comportements anorexiques au détriment de leur changement. Un sentiment d'efficacité élevé envers le maintien de ces comportements anorexiques pourrait influencer négativement l'importance accordée au fait de changer ces derniers, d'où une motivation plus faible. Compte tenu de l'aspect multidimensionnel du trouble, la contribution de ces variables intermédiaires devrait toutefois être étudiée davantage. Les résultats trouvés sont aussi cohérents avec ceux de plusieurs études qui montrent une absence de lien entre l'IMC et la motivation à changer (Casanovas et al., 2007; Gusella et al., 2003; Serrano et al., 2004; Zaitsoff & Taylor, 2009). L'IMC constitue une mesure physique objective alors que les autres indicateurs utilisés dans cette étude (désir de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle) réfèrent à des attitudes auto-rapportées par les participantes. Certains auteurs soulignent que les attitudes envers sa silhouette et son

corps chez les individus recevant des soins pour anorexie persisteraient malgré une reprise pondérale et seraient des facteurs prédictifs de rechute (Pike, 1998). Ces deux mesures évalueraient donc des variables différentes; l'IMC renseigne sur le ratio poids / taille et sur certains aspects de la santé physique de la jeune, mais ne reflète pas nécessairement les attitudes de cette dernière envers son trouble. Ces résultats suggèrent ainsi que l'intervention ne devrait pas se baser uniquement sur l'IMC ou sur le gain de poids. De fait, les variables désir de minceur, boulimie et insatisfaction corporelle étant liées à la motivation au changement, notre étude soulève l'importance d'évaluer celles-ci et d'en tenir compte dans l'intervention.

Ensuite, des liens plus forts sont trouvés entre les indicateurs désir de minceur et insatisfaction corporelle et le niveau de motivation à changer. Ces résultats concordent avec ceux rapportés dans d'autres études (Rieger et al., 2000; Serrano et al., 2004). Ces deux échelles de l'EDI (désir de minceur et insatisfaction corporelle) seraient les plus reliées aux symptômes centraux de l'anorexie (à savoir un refus de maintenir un poids normal, une peur de prendre du poids, une vision déformée de son corps ainsi qu'un déni de la gravité de la maigreur actuelle) et identifiées comme ayant un rôle important dans le développement et le maintien des comportements anorexiques (Gila, Castro, Toro, & Salamero, 1998). Le caractère égocytone des comportements rattachés à ces symptômes serait d'ailleurs la principale raison de la résistance au changement dans l'anorexie (Vitousek et al., 1998). Quant à l'échelle boulimie, elle présente une relation moins forte avec la motivation que les deux autres échelles. Ce résultat étonne peu puisque les participantes de l'étude avaient un diagnostic d'anorexie-restrictive, ce trouble étant caractérisé par l'absence de comportements boulimiques. Il s'agirait ainsi d'une variable moins centrale à la motivation à changer en raison de sa faible prévalence chez les jeunes atteintes d'anorexie-restrictive.

Ces liens trouvés entre l'intensité du trouble et la motivation à changer suggèrent des pistes d'intervention potentielles. En effet, il pourrait être pertinent de considérer les attitudes et comportements associées à l'intensité du trouble (telle que mesurée par les trois échelles du EDI-3, soit le désir de minceur, la boulimie et l'insatisfaction corporelle) comme cibles thérapeutiques afin de favoriser l'augmentation du niveau de motivation à changer du jeune au début d'une intervention. En d'autres termes, travailler à modifier les attitudes liées au trouble (principalement désir de minceur et insatisfaction

corporelle) pourrait favoriser la progression des jeunes dans les stades de changement et la modification des comportements problématiques. Des activités ciblées pourraient ainsi être développées (p.ex. distorsions cognitives liées à la perception du corps). Rappelons que le MTC suggère de personnaliser l'intervention en tenant compte du stade de motivation au changement dans lequel se situe l'individu et que miser sur l'augmentation de la motivation à changer est particulièrement profitable pour ceux qui se situent dans les stades précontemplation et contemplation. Ainsi, on peut penser que les cibles thérapeutiques proposées seraient surtout bénéfiques pour les adolescentes qui présentent un faible niveau de motivation à changer.

Comparaison des deux instruments de mesure de motivation au changement

Dans cette étude, deux mesures de motivation ont été utilisées. De façon générale, ces deux mesures permettent une discrimination similaire entre les participantes présentant une faible motivation au changement et celles présentant une forte motivation au changement. Plusieurs chercheurs réfèrent d'ailleurs à cette conceptualisation dichotomique de la motivation (McHugh, 2007; Wade et al., 2009). L'analyse des résultats obtenus par les participantes montrent une forte corrélation entre les deux outils ($r=.78$) indiquant que l'ANSOCQ et le MSCARED mesurent un construit similaire de la motivation au changement. Cette corrélation illustre qu'avec les deux instruments, les participants se situent dans des stades similaires ou rapprochés. L'ANSOCQ permet d'évaluer la motivation au changement de manière plus spécifique sur différents comportements associés à l'anorexie. Il peut s'avérer utile pour identifier des cibles thérapeutiques précises. L'utilisation du MSCARED permet d'évaluer la motivation au changement d'une manière plus globale. Il a l'avantage d'être bref et rapide à compléter et peut évaluer la motivation de façon plus générale.

En ce qui a trait aux liens trouvés avec l'intensité du trouble, les deux outils de motivation présentent des relations similaires. Ainsi, malgré la différence au niveau de la spécificité des items des deux instruments, celle-ci ne semble pas avoir d'impact sur la relation avec l'intensité du trouble.

Forces et limites de l'étude

Cette étude se distingue des études antérieures sur le sujet par l'homogénéité et la spécificité de son échantillon de participantes tant au niveau du diagnostic, de l'âge, du moment où la motivation au changement a été évaluée que du milieu de soins. En effet, les 32 participantes sont des adolescentes, atteintes d'anorexie de type restrictif et en sont au début de leur première hospitalisation sur une unité de soins spécialisée pour TCA. L'homogénéité de ces caractéristiques permet un certain contrôle méthodologique en diminuant les sources d'invalidité en provenance de tierces variables non contrôlées. Nous avons ainsi un plus haut niveau de confiance envers le caractère réel de la relation identifiée entre l'intensité du trouble et le niveau de motivation au changement. Finalement, contrairement aux études répertoriées, celle-ci utilise la troisième version de l'EDI (Garner, 2004) qui permet notamment d'obtenir un score total de risque de désordre alimentaire, d'utiliser des scores-T ainsi que des normes mises à jour pour la population clinique adolescente. Les améliorations apportées à cette version de l'instrument permettent une appréciation plus juste des résultats.

Cette étude comporte également certaines limites. Notons d'abord la petite taille de l'échantillon. Bien que de petits échantillons ne soient pas rares avec cette population (Serpell et al., 1998; Gusella et al., 2003), il demeure qu'un échantillon plus grand serait souhaitable. La taille de l'échantillon nous incite à la prudence quant à la généralisation des résultats obtenus à toutes les adolescentes atteintes d'anorexie.

Par ailleurs, bien que l'ANSOCQ soit un outil recommandé pour être utilisé auprès d'adolescentes qui présentent un problème d'anorexie (Georgieva & Meilleur, 2013), la version française n'est pas encore validée en français. C'est la raison pour laquelle nous avons aussi utilisé le MSCARED, soit afin de comparer les résultats avec un second instrument utilisé dans le domaine des TCA. D'ailleurs, dans cette étude, les versions françaises de ces deux mesures de motivation affichent une corrélation satisfaisante entre elles. L'ANSOCQ présente également une excellente consistance interne.

Une troisième limite à cette étude a trait à l'échantillonnage. Il est connu que les individus qui acceptent de participer aux projets de recherche présentent des caractéristiques différentes de ceux qui refusent (Robert, 1998). Puisque les jeunes qui composent l'échantillon de cette étude ont participé sur

une base volontaire, on peut se questionner si leur niveau de motivation à changer ou l'intensité de leur trouble étaient différents de ceux qui ont refusé.

Ensuite, les participants ont répondu à leurs questionnaires à la deuxième ou troisième semaine suivant leur arrivée à l'hôpital. Ce délai entre leur arrivée et la complétion des questionnaires pourrait potentiellement avoir influencé les résultats, notamment au niveau de l'intensité du trouble (i.e. désir de minceur, insatisfaction corporelle). En effet, il est possible de penser que l'intensité ait évolué en raison notamment de la présence des autres jeunes filles hospitalisées (Colton & Pistrang, 2004). En effet, bien qu'il ait été démontré que ce contact quotidien puisse avoir des impacts positifs sur le rétablissement du jeune, il semble que plusieurs conséquences négatives lui soient aussi associées (p.ex. ressentir de la compétition par rapport à la minceur).

Pistes de recherches futures

Considérant l'importance de la variable motivationnelle dans le traitement des TCA, les recherches futures devront tenter de mieux comprendre comment l'intégrer aux interventions. La présente étude suggère de considérer l'introduction de cibles thérapeutiques liées à l'intensité du trouble pour améliorer la motivation à changer en début d'hospitalisation. Les recherches à venir pourraient donc se concentrer sur le développement d'interventions associées à ces cibles. Il serait aussi opportun d'étudier le rôle médiateur de la balance décisionnelle et du sentiment d'efficacité personnelle au sein de la relation entre l'intensité du trouble et la motivation. Bien qu'il soit plausible au plan théorique qu'il s'agisse de variables intermédiaires, il serait pertinent de l'évaluer empiriquement. Également, il serait intéressant d'évaluer comment évolue la motivation au changement durant le traitement. Évaluer cette variable régulièrement en cours d'intervention (i.e. plusieurs temps de mesure) permettrait de vérifier si sa relation avec l'intensité du trouble change dans le temps. Une atténuation de ce lien au cours de l'hospitalisation suggérerait alors de s'intéresser davantage à d'autres leviers d'intervention visant à augmenter la motivation durant le suivi. Aussi, afin de déterminer l'influence potentielle de la qualité des relations avec le personnel soignant sur l'évolution de la motivation, un questionnaire mesurant la qualité de l'alliance thérapeutique pourrait être introduit dans une future étude. De plus, il serait intéressant de tenir compte de l'aspect volontaire ou non de l'hospitalisation pour l'adolescente afin d'examiner son influence dans la

motivation au changement manifestée par la jeune. Finalement, compte tenu du peu d'études ciblant spécifiquement les adolescents, davantage de recherches devront être réalisées auprès de cette population. Celle-ci comporte en effet certaines particularités telles que l'importance d'intervenir rapidement considérant le risque de subir des conséquences irréversibles.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude s'ajoutent au bassin croissant d'auteurs qui suggèrent que la motivation au changement constitue une variable pertinente à étudier auprès de personnes atteintes d'anorexie. Plus spécifiquement, l'étude démontre qu'on ne peut assumer que cette population se situe dans un même stade de changement puisqu'elle présente un niveau de motivation varié. Également, l'étude met en relief que l'IMC, en tant qu'indicateur d'intensité du trouble, ne s'avère pas être un bon indicateur du niveau de motivation à changer. Ainsi, en accord avec le MTC qui propose d'adapter les interventions à l'étape dans laquelle se situe l'individu, les variables psychologiques d'intensité du trouble (désir de minceur, boulimie, insatisfaction corporelle) apparaissent comme des cibles thérapeutiques prometteuses chez les jeunes qui présentent une faible motivation à changer.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.; traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association (2013). Feeding and eating disorders. Repéré à <http://www.dsm5.org>
- Beresin, E.V., Gordon, C., & Herzog, D.B. (1989). *The process of recovering from an anorexia nervosa*. *Journal of the American of Psychoanalysis*, 17, 103-130.
- Bewell, C. V. & Carter, J. C. (2008). Readiness to change mediates the impact of eating disorder symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 368-371).
- Biener, L., & Abrams, D.B. (1991). The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10, 360–365.
- Blake, W., Turnball, S., & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 43, 186-191.
- Bulik, C. M., Reba, L, Siega-Riz, A. & Reichborn-Kjennerud, T. R. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Button, E. J., Marshall, P., Shinkwin, R., Black, S. H., & Palmer, R. (1997). One hundred referrals to an eating disorder service: progress and service consumption over a 2-4 year period. *European Eating Disorders Review*, 5, 47-63.
- Casasnovas, C., Fernandez-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jimenez-Murcia, S., Bulik, C. M., & Vallejo-Ruiloba, J. (2007). Motivation to change in eating disorders: Clinical and therapeutic implications. *European Eating Disorders Review*, 15, 449-456.
- Castro-Blanco, D., & Karver, M.S. (2010). *Elusive alliance: treatment engagement strategies with high-risk adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chabrol, H. (1991). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. Paris, Belgique : Presses Universitaires de Belgique.
- Chabrol, H. (2004). *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris : Belin.
- Chabrol, H. (2007). *Les troubles de conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Marseille: Solal.
- Cohen, J.W.(1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.
- DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10, 209-213.
- Elkind, D. (1984). Teenage thinking: implications for health care. *Pediatric Nursing*, 10(6), 383-385.
- Feld, R., Woodside, D. B., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P., & Carter, J. C. (2001). Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 393-400.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004). *EDI-3 Eating Disorder Inventory-3 professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Geller, J. (2002). What a motivational approach is and what a motivational approach isn't : Reflections and responses. *European Eating Disorders Review*, 10, 155-160.
- Geller, J., Brown, K. E., Zaitsoff, S. L., Bates, M. E., Menna, R., & Dunn, E. C. (2008). Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview – adolescent version. *Psychological Assessment*, 20, 63-69.
- Geller, J., & Drab, D. L. (1999). The readiness and motivation interview: A symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 7, 259-278.

- Geller, J., Cockell, S. J., & Drab, D. L. (2001). Assessing readiness for change in eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychological Assessment, 13*, 189-198.
- Georgieva, P., & Meilleur, D. (2013). La variable motivationnelle dans la prise en charge des adolescents atteintes d'anorexie : relevé de la littérature. *Revue québécoise de psychologie, 34*(1), 151-172.
- Gila, A., Castro, J., & Toro, J. (1998). Subjective body-image dimensions in normal and anorexic adolescents. *British Journal of Medicinal Psychology, 71*, 175-184.
- Godart, N., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2004). Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture, 17*, 327-330.
- Gusella, J., Bird, D., & Butler, G. (2003). Tipping the scales: Is decision making related to readiness to change in girls with eating disorders? *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 12*(4), 110-112.
- Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its applications to group therapy. *European Eating Disorders Review, 11*, 58-71.
- Hoek, H. W., van Hoeken, D., & Katzman, M. A. (2003). Epidemiology and cultural aspects of eating disorders: A review. Dans M. Maj, K. Halmi, J.J. López-Ibor et N. Sartorius (dir.), *Eating disorders* (1^{ère} éd., vol.6, p.75-104). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*, 389-394.
- Jeammet, P. (2004). Anorexie et Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence. Paris : Hachettes Littératures.
- Kuczmariski, R.J., Ogden, C.L., Guo, S.S. et al. (2002). 2000 CDC growth charts for the United States: Methods and development. *Vital and Health Statistics, 11*(246), 1-190.
- Lask, B., Geller, J., & Srikaneswaran, S. (2007). Motivational approaches. Dans B., Lask et R. Bryant-Waught (dir.), *Eating Disorders in childhood and adolescence* (3^e éd., p. 177-198). New York, NY: Routledge.
- Lock, J., Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa*. New York, NY: The Guilford Press.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2008). Adolescence et psychopathologie. (7^e éd.). France : Elsevier Masson.
- McHugh, M. D. (2007). Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *Internal Journal of Eating Disorders, 40*, 602-612.
- Miller, C. A., & Golden, N. H. (2010). An introduction to eating disorders: Clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutrition in Clinical Practice, 25*(2), 110-115.
- Must, A., Dallal, G., & Dietz, W. (1991). Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *American Journal of Clinical Nutrition, 53*, 839-846.
- Orsi, M.M., Lafortune, D., & Brochu, S. (2010). « Care and control : Working alliance among adolescents in authoritarian settings », *Residential Treatment for Children & Youth, 27*, 277-303.
- Prochaska J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-288.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Rieger, E., & Touyz, S. (2006). An investigation of factorial structure of motivation to recover in anorexia nervosa using the anorexia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review, 14*, 269-275.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S. ... Griffiths, R. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 387-396.
- Robert, M. (1998). Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (3^e éd.). St-Hyacinthe, Québec : Edisem.
- Rushford, N. (2006). Readiness to recover in anorexia nervosa: What does it depend on in female inpatients? *European Eating Disorders Review, 14*, 388-396.

- Santé Canada (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. (Publication no H49-179/2003). Repéré à <http://www.agencesss04.qc.ca/Diabete/pages/PDFs/Nomogramme%20IMC.pdf>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.
- Serrano, E., Castro, J., Ametller, L., Martinez, E., & Toro, J. (2004). Validity of a measure of readiness to recover in Spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *The British Psychological Society*, 77, 91-99.
- Steinhausen, H-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Steinhausen, H.-C. (2008). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Sullivan, V. & Terris, C. (2001). Contemplating the stages of change measures for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 287-291.
- Sutton, S. (1996). Can 'stages of change' provide guidance in the treatment of addictions? A critical example of Prochaska and DiClemente's model. Chapitre de livre dans: *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions*, Cambridge : University Press, 189-205.
- Touyz, S., C. Thornton, Rieger, E., George, L., & Beumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12, 65-71.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: Motivational assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 4-18.
- Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa – a conceptual review: Part 2 –different forms and meanings. *European Eating Disorder Review*, 14, 352-368.
- Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 145-156.
- Vanderlinden, J. (2006). *Vaincre l'anorexie mentale*. Bruxelles, Belgique : De Boek & Larcier.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (1996). To change or not to change – 'How' is the question?, *British Journal of Medical Psychology*, 69, 139-146.
- Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355, 721-722.

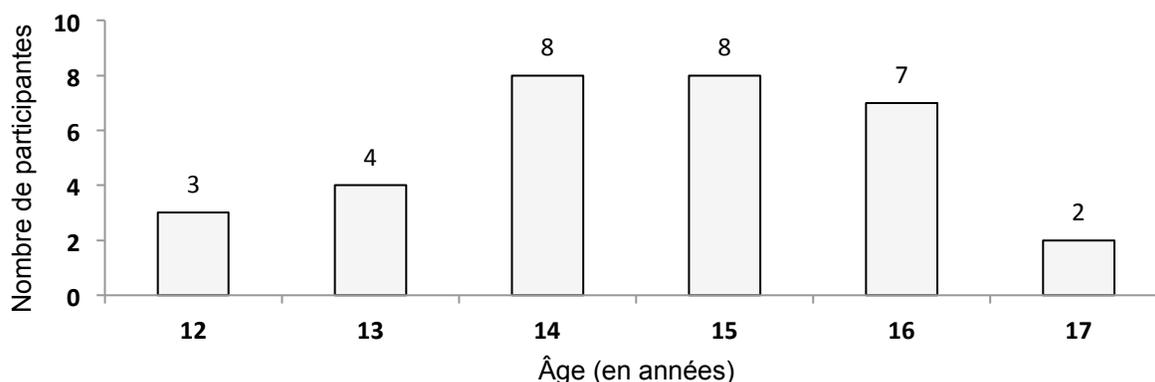


Figure 1. Distribution des participants selon l'âge

Tableau 1
Résultats aux analyses de comparaison de moyennes (ANSOCQ)

	Faible motivation		Forte motivation		test- <i>t</i>	<i>dl</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>			
SC	55.23	7.03	43.58	9.38	3.80**	30	1.39
DM	55.85	5.26	44.79	10.68	3.88**	27.78	1.47
B	52.77	7.69	43.21	8.24	3.31**	30	1.21
IC	55.23	6.25	47.90	9.34	2.47*	30	.90
IMC	14.66	1.61	14.99	1.66	-.55	30	-.20

* $p < .05$ (bilatéral). ** $p < .01$ (bilatéral).

Note. SC = Score composite d'intensité. DM = Désir de minceur. B = Boulimie. IC = Insatisfaction corporelle. IMC = Indice de masse corporelle. *M* = Moyenne. *ET* = Écart-type. *dl* = Degré de liberté. *d* = Taille d'effet de Cohen.

Tableau 2
Résultats aux analyses de comparaison de moyennes (MSCARED)

	Faible motivation		Forte motivation		test- <i>t</i>	<i>dl</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>			
SC	57.90	7.20	44.05	8.22	4.61**	30	1.68
DM	56.60	5.25	45.96	10.47	3.83**	29.55	1.41
B	56.30	10.63	42.91	4.30	3.85**	10.36	2.39
IC	57.60	5.60	47.82	8,49	3.32**	30	1.21
IMC	15.17	2.00	14.72	1.45	.73	30	.27

* $p < .05$ (bilatéral). ** $p < .01$ (bilatéral).

Note. SC = Score composite d'intensité. DM = Désir de minceur. B = Boulimie. IC = Insatisfaction corporelle. IMC = Indice de masse corporelle. *M* = Moyenne. *ET* = Écart-type. *dl* = Degré de liberté. *d* = Taille d'effet de Cohen.

Tableau 3
Matrice de corrélations (Pearson)

Corrélations bivariées entre mesures de motivation au changement et mesures d'intensité du trouble							
Mesure	1	2	3	4	5	6	7
1. ANSOCQ	--	.78**	-.80**	-.78**	-.53**	-.74**	.03
2. MSCARED		--	-.78**	-.68**	-.63**	-.73*	-.08
3. SC			--	.91**	.78**	.93**	.22
4. DM				--	.48**	.86**	.14
5. BN					--	.56**	.29
6. IC						--	.16
7. IMC							--

* $p < .05$ (bilatéral). ** $p < .01$ (bilatéral).

Note. SC = Score composite d'intensité. DM = Désir de minceur. B = Boulimie. IC = Insatisfaction corporelle. IMC = Indice de masse corporelle.

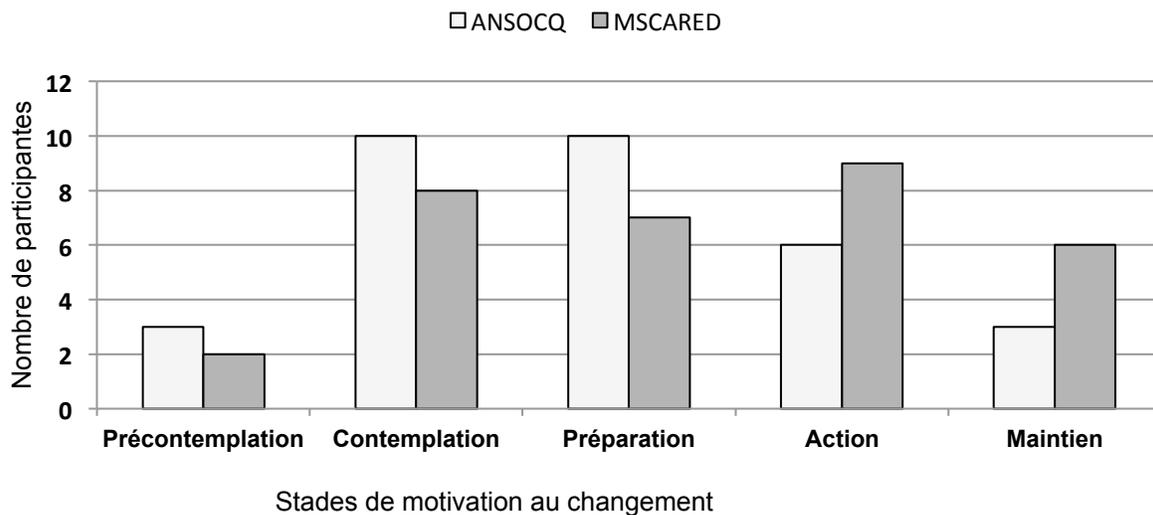


Figure 2. Distribution des participantes dans les stades de changement (ANSOCQ vs MSCARED)

Appendice A

Instrument de mesure de l'intensité du trouble

Eating Disorders Inventory (EDI-3)
Inventaire des Comportements Alimentaires¹

Âge : _____

A. Poids actuel : _____ livres ou _____ Kg

B. Grandeur : _____ pieds _____ pouces ou en mètres _____

INSTRUCTIONS :

Premièrement, les énoncés concernent tes attitudes, tes sentiments et des comportements. Quelques affirmations sont reliées à la nourriture ou au fait de manger ; d'autres parlent davantage de tes sentiments à propos de toi-même.

Pour chaque énoncé, décide si celui-ci te décrit bien : **TOUJOURS (1)**, **HABITUELLEMENT (2)**, **SOUVENT (3)**, **QUELQUEFOIS (4)**, **RAREMENT (5)** ou **JAMAIS (6)**. Coche le chiffre qui te convient le mieux directement sur la feuille. Par exemple, si le score choisi pour un énoncé est **souvent**, coche le chiffre 3.

Réponds à toutes les questions et assure-toi de cocher le chiffre qui décrit réellement ta situation.

	Toujours	Habituellement	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1. Je mange du sucre et des hydrates de carbone (glucides) sans me sentir nerveuse.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
2. Je pense que mon ventre est trop gros.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
4. Je mange lorsque je suis contrariée.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
5. Je me gave de nourriture.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
7. Je pense à me mettre à la diète.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
9. Je pense que mes cuisses sont trop grosses.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i

¹ **Garner (2004)**

Adaptation en français : Dominique Meilleur, Ph.D.

11. Je me sens extrêmement coupable après avoir trop mangé.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
12. Je pense que mon ventre est de la bonne grosseur.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
16. Je suis terrifiée de prendre du poids.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
19. Je me sens satisfaite à propos de ma silhouette.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
25. J'exagère ou j'amplifie l'importance du poids.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
28. J'ai vécu des périodes de consommation excessive de nourriture où je sentais que je ne pouvais plus m'arrêter.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
31. J'aime la forme de mes fesses.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
32. Je suis préoccupée par le désir d'être plus mince.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
38. Je pense à faire des excès de consommation de nourriture (trop manger).	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
45. Je pense que mes hanches sont trop larges.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
46. Je mange modérément en présence des autres et je me gave lorsqu'ils sont partis.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
47. Je me sens gonflée après avoir mangé un repas normal.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
49. Si je gagne une livre, je m'inquiète de continuer d'en gagner.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
53. J'ai l'idée d'essayer de vomir dans le but de perdre du poids.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
55. Je pense que mes cuisses sont de la bonne grosseur.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
59. Je pense que mes fesses sont trop grosses.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
61. Je mange ou je bois en secret.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
62. Je pense que mes hanches sont de la bonne largeur.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i
64. Lorsque je suis contrariée, je suis inquiète de me mettre à manger.	1 i	2 i	3 i	4 i	5 i	6 i

Appendice B

Instrument de mesure de motivation au changement (1)

Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)
Questionnaire d'Étapes de Changement de l'Anorexie Mentale – version française²

Encerle l'énoncé qui correspond le mieux à toi actuellement.

1. Les énoncés suivants se rapportent à la prise de poids :

- a) En ce qui me concerne je n'ai pas besoin de prendre du poids.
- b) Par moments je pense que je serais peut-être mieux si je prenais un peu de poids.
- c) J'ai décidé que j'essaierais de prendre du poids.
- d) En ce moment je fais beaucoup d'efforts pour prendre du poids.
- e) Je travaille à maintenir le poids que j'ai gagné.

2. Les énoncés suivants se rapportent à ton poids corporel :

- a) En ce qui me concerne, je n'ai pas besoin de peser au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- b) Parfois, je pense que je serais peut-être mieux si je pesais au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- c) J'ai décidé que j'essaierais d'atteindre un poids d'au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- d) En ce moment je fais beaucoup d'efforts pour atteindre un poids d'au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- e) Je travaille à maintenir un poids d'au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).

3. Les énoncés suivants se rapportent à certaines parties de ton corps qui peuvent particulièrement te préoccuper par rapport au gain de poids (comme par exemple tes hanches, tes cuisses, ton ventre ou tes fesses) :

- a) D'aucune façon je pourrais être prête à prendre du poids sur ces parties de mon corps.
- b) Parfois je pense que je serais prête à prendre du poids sur ces parties de mon corps.
- c) J'ai décidé que j'étais prête à prendre du poids sur ces parties de mon corps.
- d) Présentement j'essaie de prendre du poids sur ces parties de mon corps.
- e) Je travaille à maintenir le poids que j'ai pris sur ces parties de mon corps.

4. Les énoncés suivants se rapportent à ton apparence :

- a) Je ne veux pas être à mon poids santé (poids normal) parce que je serai moins satisfaite de mon apparence si je pèse au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- b) Occasionnellement j'ai pensé peser mon poids santé (normal) parce que parfois je crois que je serais plus satisfaite de mon apparence si je pesais au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- c) J'ai décidé d'atteindre un poids santé (normal) parce que je crois que je serai plus satisfaite de mon apparence si je pèse au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- d) Actuellement j'essaie d'atteindre un poids santé parce que je crois que je serai plus satisfaite avec mon apparence si je pèse au moins ____ kg (insérer votre poids santé minimal).

² Rieger, Touyz, Schotte, Beumont, Russell, Clarke, Kohn et Griffiths (2000)
Adaptation en français : Dominique Meilleur, PhD.

e) Je travaille à maintenir mon poids santé (normal) parce que je suis plus satisfaite de mon apparence avec un poids minimal de ____ kg (insérer votre poids santé minimal).

5. Les énoncés suivants se rapportent à ta santé :

- a) Je n'ai pas besoin d'être à mon poids santé parce qu'il n'y a aucun risque pour ma santé si mon poids est inférieur à ____ kg (insérer le poids santé minimal)
- b) Occasionnellement j'ai pensé être à mon poids santé parce qu'il y a des risques pour ma santé si mon poids est inférieur à ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- c) J'ai décidé d'atteindre mon poids santé parce qu'il y a des risques pour ma santé si mon poids est inférieur à ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- d) Actuellement j'essaie d'atteindre mon poids santé parce qu'il y a des risques pour ma santé lorsque mon poids est inférieur à ____ kg (insérer votre poids santé minimal).
- e) Je travaille à maintenir mon poids santé parce qu'il y a des risques pour ma santé lorsque mon poids est inférieur à ____ kg (insérer votre poids santé minimal).

6. Les énoncés suivants se rapportent à l'importance que tu accordes à ta silhouette (forme corporelle) et à ton poids :

- a) Je n'exagère pas l'importance accordée à ma silhouette ou à mon poids pour déterminer mon bonheur et mon succès.
- b) Parfois je pense que j'exagère l'importance que j'accorde à ma silhouette ou à mon poids pour déterminer mon bonheur et mon succès.
- c) J'ai décidé que je dois réduire l'importance que j'accorde à ma silhouette ou à mon poids pour déterminer mon bonheur et mon succès.
- d) J'essaie souvent de diminuer l'importance que j'accorde à ma silhouette ou à mon poids pour déterminer mon bonheur et mon succès.
- e) J'ai réussi à diminuer ma tendance à accorder trop d'importance à ma silhouette ou à mon poids pour déterminer mon bonheur et mon succès et je souhaite maintenir ce changement.

7. Les énoncés suivants se rapportent à la peur de grossir (d'être grosse) :

- a) Ma peur de devenir grosse n'est pas excessive.
- b) Occasionnellement je pense que ma peur de devenir grosse est excessive
- c) J'ai décidé que je dois faire quelque chose à propos de ma peur de devenir grosse car elle me contrôle.
- d) Je sais que ma peur de devenir grosse m'a causé des problèmes et j'essaie maintenant de changer la situation.
- e) J'ai réussi à diminuer ma peur de devenir grosse et je souhaite maintenir ce changement.

8. Les énoncés suivants se rapportent à la perte de poids :

- a) J'aimerais perdre plus de poids.
- b) Parfois je pense qu'il faudrait que j'arrête de perdre du poids.
- c) J'ai décidé d'arrêter de perdre du poids.
- d) J'essaie d'arrêter de perdre du poids.
- e) J'ai réussi à arrêter de perdre du poids et j'espère maintenir ce changement.

9. Les énoncés suivants se rapportent au gras corporel (body fat) et aux muscles :

- a) Je pourrais penser développer mes muscles volontairement mais je ne penserais jamais prendre (gagner) du gras volontairement.
- b) Parfois il m'arrive de penser que je pourrais avoir besoin de prendre un peu de gras (corporel) même si je préférerais prendre seulement des muscles.
- c) J'ai décidé que pour être en santé j'ai besoin d'avoir un peu de gras sur mon corps.
- d) Je réalise que j'ai besoin d'avoir un peu de gras sur mon corps et je travaille pour y arriver.
- e) J'ai réussi à augmenter le niveau de gras sur mon corps et j'essaie de le maintenir.

10. Les énoncés suivants se rapportent à la prise de poids :

- a) D'aucune façon je pourrais être prête à gagner au moins 1 kg par semaine.
- b) Parfois je pense que je pourrais être prête à gagner 1 kg par semaine.
- c) J'ai décidé qu'en général ce serait mieux pour moi de prendre au moins 1 kg par semaine.
- d) Je fais beaucoup d'efforts pour prendre au moins 1 kg par semaine.
- e) Je travaille à maintenir mon poids mais je serais prête à prendre au moins 1 kg par semaine si c'était nécessaire.

11. Les énoncés suivants se rapportent à certains barèmes (points de repères, repères, limites) que tu pourrais avoir par rapport à ta silhouette et à ton poids pour évaluer ton corps (comme par exemple être satisfaite de ton corps seulement lorsque ton ventre est plat ou lorsque ton poids est inférieur à un certain chiffre) :

- a) Les barèmes que j'utilise pour évaluer mon corps ne sont pas trop sévères.
- b) Parfois je pense que les barèmes que j'utilise pour évaluer mon corps sont peut-être trop sévères.
- c) J'ai décidé que les barèmes que j'utilise pour évaluer mon corps sont trop sévères et ont besoin d'être modifiés.
- d) Je déploie beaucoup d'efforts pour changer/ modifier les barèmes sévères que j'utilise pour évaluer mon corps.
- e) J'ai réussi à enlever certains barèmes sévères que j'utilisais avant pour évaluer mon corps et je souhaite maintenir ce changement.

12. Les énoncés suivants se rapportent à certains aliments que tu évites peut-être de manger (comme par exemple des aliments riches en calories ou en gras, la viande rouge, ou les produits laitiers) :

- a) Il y a certains aliments que j'évite de manger de manière stricte et que je n'accepterais jamais de manger.
- b) Il y a certains aliments que j'essaie d'éviter de manger, mais parfois je pense que je pourrais en manger occasionnellement.
- c) Je pense que je suis trop sévère (stricte) face aux aliments que je me permets de manger et j'ai décidé que j'essaierais de manger certains aliments que d'habitude j'évite.
- d) Je fais beaucoup d'efforts pour manger régulièrement des aliments qu'habituellement j'évite.
- e) Maintenant je mange régulièrement certains aliments qu'auparavant j'évitais.

13. Les énoncés suivants se rapportent à la consommation quotidienne de nourriture :

- a) Je n'ai pas besoin de manger 3 repas réguliers et une collation chaque jour.
- b) Parfois je pense que je devrais manger 3 repas réguliers et une collation chaque jour.
- c) J'ai décidé que j'ai besoin de manger 3 repas réguliers et une collation chaque jour.

- d) Je fais beaucoup d'efforts pour manger 3 repas réguliers et une collation à chaque jour.
- e) Je travaille à maintenir des habitudes alimentaires régulières soit 3 repas réguliers et une collation à chaque jour.

14. Les énoncés suivants se rapportent au temps que tu passes à penser à la nourriture et à ton poids (comme par exemple les pensées se rapportant à devenir grosse, compter les calories ou le gras contenu dans la nourriture, ou calculer le montant d'énergie dépensée en faisant de l'exercice) :

- a) Il n'y a rien d'erroné ou Il n'y a pas de problème quant à la quantité de temps que je passe à penser à la nourriture et à mon poids.
- b) Parfois la quantité de temps que je passe à penser à la nourriture et à mon poids est un problème.
- c) J'ai décidé que j'avais besoin d'utiliser des stratégies pour m'aider à diminuer la quantité de temps que je passe à penser à la nourriture et à mon poids.
- d) J'utilise des stratégies pour m'aider à réduire / diminuer la quantité de temps que je passe à penser à la nourriture et à mon poids.
- e) Auparavant je passais beaucoup trop de temps à penser à la nourriture et à mon poids, j'ai réussi à réduire ce temps et je travaille à maintenir ce changement.

15. Les énoncés suivants se rapportent à certains comportements alimentaires (comme par exemple : avoir besoin de manger un ou des aliment(s) à un certain rythme ou à un moment précis de la journée, jouer avec sa nourriture dans son assiette, être incapable de manger tous les aliments présents dans son assiette, prendre plus de temps que les autres pour manger son repas, avoir de la difficulté à manger avec les autres, mâcher ses aliments un certain nombre de fois avant de les avaler ou avoir besoin de manger les mêmes aliments (repas) à chaque jour) :

- a) Je n'ai rien à changer en ce qui concerne ma façon de manger mes repas.
- b) Parfois je pense que j'ai besoin de changer certains aspects dans ma façon de manger mes repas.
- c) J'ai décidé d'essayer de changer certains aspects dans ma façon de manger mes repas.
- d) Je fais beaucoup d'efforts pour changer certains aspects dans ma façon de manger mes repas.
- e) J'ai réussi à changer certains aspects dans ma façon de manger mes repas (m'alimenter) et je souhaite maintenir ces changements.

16. Les énoncés suivants se rapportent à certains sentiments associés au fait de manger (comme le sentiment de culpabilité) et au fait de ne pas manger / jeûner (comme le sentiment d'être en contrôle) :

- a) Je n'ai pas besoin de changer mes sentiments associés au fait de manger ou de ne pas manger (jeûner).
- b) Parfois je pense que j'aurais besoin de changer mes sentiments associés au fait de manger ou de ne pas manger (jeûner).
- c) J'ai décidé d'essayer de changer mes sentiments associés au fait de manger et ne pas manger (jeûner).
- d) Je fais beaucoup d'efforts pour changer mes sentiments associés au fait de manger et ne pas manger (jeûner).

e) J'ai réussi à changer mes sentiments associés au fait de manger et ne pas manger (jeûner) et je souhaite maintenir ce changement.

17. Les énoncés suivants se rapportent aux méthodes qu'il t'arrive d'utiliser pour contrôler ton poids (par exemple : a) restreindre ton alimentation soit en jeûnant ou en te privant de manger, b) faire de l'exercice, c) vomir, d) prendre des laxatifs, e) prendre un autre produit ou pilules). Tu peux choisir plus d'un énoncé pour identifier les différentes méthodes que tu utilises pour contrôler ton poids. Pour chaque énoncé, indiques dans l'espace blanc entre parenthèses, à quelle méthode de contrôle de poids tu réfères.

a) Il n'y a rien de très mauvais avec la(les) méthode(s) (____) que j'utilise pour contrôler mon poids

b) Parfois je pense qu'il y a peut-être des problèmes associés à la(les) méthode(s) (____) que j'utilise pour contrôler mon poids

c) J'ai décidé d'essayer d'arrêter d'utiliser certaines méthodes (____) pour contrôler mon poids.

d) Je fais beaucoup d'efforts pour arrêter d'utiliser certaines méthodes (____) pour contrôler mon poids.

e) J'ai réussi à arrêter d'utiliser une ou certaines méthode(s) (____) pour contrôler mon poids et je souhaite maintenir ce changement.

18. Les énoncés suivants se rapportent à certains problèmes émotifs (comme la dépression, l'anxiété ou l'irritabilité) :

a) Je n'ai aucun problème émotif sur lequel je devrais travailler.

b) Parfois je pense que j'ai certains problèmes émotifs sur lesquels je devrais travailler.

c) J'ai certains problèmes émotifs sur lesquels j'ai décidé de travailler.

d) Je travaille activement sur mes problèmes émotifs.

e) Mes problèmes émotifs se sont améliorés et je travaille à maintenir ces changements.

19. Les énoncés suivants se rapportent à certaines caractéristiques (comme le perfectionnisme, une faible estime de soi, sentir le besoin de contrôler) :

a) Je n'ai aucun problème sur lequel je devrais travailler par rapport à la façon que je vois la vie.

b) Parfois je pense que j'ai peut-être certains problèmes sur lesquels je devrais travailler par rapport à ma façon d'envisager la vie.

c) J'ai certains problèmes dans ma façon d'envisager la vie sur lesquels j'ai décidé de travailler.

d) Je travaille activement sur mes problèmes se rapportant à ma façon d'envisager la vie.

e) J'ai amélioré mes problèmes quant à ma façon d'envisager la vie et j'essaie de maintenir ces changements.

20. Les énoncés suivants se rapportent aux problèmes relationnels (comme les relations avec ta famille ou tes ami(e)s) :

a) Je n'ai aucun problème dans mes relations avec les autres sur lequel je devrais travailler.

b) Parfois je pense que j'ai des problèmes dans mes relations avec les autres que je devrais travailler.

c) J'ai certains problèmes dans mes relations avec les autres et j'ai décidé de les travailler.

d) Je travaille activement sur mes problèmes dans mes relations avec les autres.

e) Mes problèmes dans mes relations avec les autres se sont améliorés et je travaille à maintenir ces changements.

Appendice C

Instrument de mesure de motivation au changement (2)

**Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder
(MSCARED)**

**Étapes de motivation au changement pour adolescents atteints d'un trouble du
comportement alimentaire – version française³**

<p>Les jeunes bénéficiant de services pour un trouble de la conduite alimentaire peuvent adopter différentes attitudes et comportements face à leur problème. Selon ton appréciation quelle phrase caractérise le mieux ton comportement global actuellement. Coche la réponse (le cercle) qui est la plus représentative de ta conduite globale actuelle face à ton problème.</p>		
<input type="radio"/>	Pré-contemplation	Les gens autour de moi pensent que j'ai un trouble alimentaire. Moi, je ne pense pas avoir un trouble alimentaire, ou je ne veux pas changer.
<input type="radio"/>	Contemplation	Je réalise que j'ai un trouble alimentaire mais je ne suis pas certain(e) que je suis prêt(e) à changer.
<input type="radio"/>	Préparation	Au cours des 6 (six) derniers mois, je me prépare à poser des gestes et des actions dans le but de changer mon trouble alimentaire.
<input type="radio"/>	Action	Au cours des 6 (six) derniers mois, j'ai pris des actions spécifiques pour résoudre mon trouble alimentaire.
<input type="radio"/>	Maintien	Je travaille à maintenir les changements que j'ai effectués pour résoudre mon trouble alimentaire.
<input type="radio"/>	Rétablissement	J'ai pris des actions pour résoudre mon trouble alimentaire et je suis maintenant complètement rétabli(e).

³ Gusella, Butler, Nichols, & Bird (2003)
Adaptation en français : Dominique Meilleur, PhD.