Document généré le 14 juil. 2025 17:06

Revue québécoise de psychologie

L'ESTIME DE SOI EXPLICITE ET IMPLICITE CHEZ DES FEMMES SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

EXPLICIT AND IMPLICIT SELF-ESTEEM AMONG WOMEN SUFFERING FROM EATING DISORDERS

Catherine Bégin, Katrine Boucher, Audrey St-Laurent, Jenny-Lee Heppell et Carole Ratté

Volume 37, numéro 1, 2016

LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE
EATING DISORDERS

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1040107ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1040107ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Bégin, C., Boucher, K., St-Laurent, A., Heppell, J.-L. & Ratté, C. (2016). L'ESTIME DE SOI EXPLICITE ET IMPLICITE CHEZ DES FEMMES SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES. *Revue québécoise de psychologie*, *37*(1), 133–152. https://doi.org/10.7202/1040107ar

Résumé de l'article

Cette étude vise l'approfondissement du lien entre l'estime de soi explicite et implicite, l'estime corporelle et les attitudes alimentaires en comparant 58 femmes atteintes de troubles des conduites alimentaires (TCA) à 54 femmes ayant un trouble anxieux et 96 femmes provenant d'un groupe contrôle. Les résultats montrent que le groupe TCA rapporte davantage d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles et d'insatisfaction corporelle. Il présente l'estime de soi explicite et implicite les plus faibles. Chez les TCA, bien que l'estime de soi explicite s'avère le meilleur prédicteur des construits à l'étude, l'estime de soi implicite ajoute une contribution indépendante signifiant l'importance de s'y attarder.

Tous droits réservés © Revue québécoise de psychologie, 2016

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'ESTIME DE SOI EXPLICITE ET IMPLICITE CHEZ DES FEMMES SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

EXPLICIT AND IMPLICIT SELF-ESTEEM AMONG WOMEN SUFFERING FROM EATING DISORDERS

Catherine Bégin[1]
Université Laval

Katrine Boucher
Université Laval

Audrey St-Laurent
Université Laval

Jenny-Lee Heppell
Université Laval

Carole Ratté
Centre hospitalier universitaire de Québec

L'anorexie et la boulimie figurent parmi les principaux troubles des conduites alimentaires (TCA) classifiés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e version (*DSM-5*) (American Psychiatric Association, 2013). L'anorexie se caractérise essentiellement par une restriction importante des apports énergétiques menant à un faible poids. La boulimie, quant à elle, est définie par la présence de crises de boulimie suivies de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids. L'anorexie touche environ 0,4 % des femmes et la boulimie entre 1 % et 1,5 % sur une période de 12 mois (American Psychiatric Association, 2013). Ces troubles sont associés à d'importantes conséquences physiques et psychologiques, ainsi qu'à un taux élevé de mortalité, principalement causée par de sérieuses complications médicales et par le suicide (Sullivan, 2002).

Au sein de ces deux troubles, l'estime de soi ressort comme un élément essentiel du tableau clinique. Elle est au cœur des modèles explicatifs des TCA basés sur l'approche cognitive-comportementale (Cooper & Fairburn, 1987; Vitousek, 1996; Vitousek & Hollon, 1990). Selon ce modèle, l'estime de soi est intrinsèquement liée aux préoccupations à l'égard du poids et de la silhouette et à l'adoption de comportements alimentaires dysfonctionnels. L'estime de soi fait donc partie intégrante des cibles thérapeutiques des TCA et agirait comme facteur de maintien des changements à la suite du traitement. D'ailleurs, des études montrent que les patientes qui répondent moins bien au traitement affichent une moins bonne estime de soi, comparativement à celles qui répondent mieux au traitement (Fairburn, Peverler, Jones, Hope, & Doll, 1993).

1. Adresse de correspondance : École de psychologie, Université Laval, Pavillon Félix-Antoine Savard, 2325 rue des Bibliothèques, local 1116, Québec (QC), G1V 0A6. Téléphone : 1-418-656-2131-12997. Courriel : Catherine.Begin@psy.ulaval.ca

L'estime de soi inclut deux systèmes indépendants de traitement de l'information, l'un davantage réflexif (l'estime de soi explicite) et l'autre impulsif (l'estime de soi implicite) (Epstein, 1994; Smith & DeCoster, 2000; Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000). Ces deux systèmes seraient liés à des réponses et conséquences différentes. Par exemple, la modalité implicite serait associée à des réponses et des comportements plus affectifs et impulsifs comparativement à la modalité explicite. Or, à ce jour, les chercheurs se sont surtout attardés à la modalité explicite de l'estime de soi négligeant grandement la modalité implicite. Considérant l'importance de l'estime de soi dans les modèles explicatifs et de traitement des TCA, il importe donc de s'intéresser à ces deux modalités, surtout dans un contexte où ces dernières seraient associées à des réponses différentes, permettant ainsi d'avoir une compréhension intégrée du rôle de l'estime de soi dans l'explication des TCA. La présente étude s'intéresse donc à l'approfondissement du lien entre l'estime de soi explicite et implicite, l'insatisfaction corporelle et les attitudes alimentaires.

L'estime de soi

Les chercheurs définissent généralement l'estime de soi comme étant une évaluation affective du soi dans son ensemble qui se situe sur un continuum allant de très négatif à très positif (Rosenberg, Schooler, & Schoenbach, 1989). L'estime de soi inclut deux systèmes indépendants de traitement de l'information : l'estime de soi explicite et l'estime de soi implicite (Baccus, Baldwin, & Packer, 2004; Epstein, 1994; Smith & DeCoster, 2000; Wilson *et al.*, 2000). L'estime de soi explicite serait liée au système réflexif et ferait référence à une évaluation consciente, réfléchie et contrôlée du soi (Campbell & Foster, 2007). Pour mesurer l'estime de soi explicite, la façon la plus courante est l'utilisation de questionnaires autorapportés, tels que l'Échelle d'Estime de Soi (*Rosenberg Self-Esteem Scale*; Rosenberg, 1965). L'estime de soi implicite fait référence à une évaluation inconsciente, automatique et impulsive du soi (Campbell & Foster, 2007). L'estime de soi implicite serait donc reliée aux processus associatifs/impulsifs, c'est-à-dire à l'information fournie sans effort et rapidement, mais qui est difficilement accessible à la conscience (Greenwald & Banaji, 1995). Le test le plus souvent utilisé pour mesurer l'estime de soi implicite est la Tâche d'Associations Implicites (*Implicit Association Test - IAT*; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). L'*IAT* est une tâche qui consiste à catégoriser des mots présentés sur un écran d'ordinateur selon deux paires de catégories de mots : soi versus non-soi et plaisant versus déplaisant. De façon générale, les deux modalités de l'estime de soi ne sont que faiblement corrélées (Greenwald *et al.*, 1998), ce qui appuie la proposition voulant que l'estime de soi explicite et implicite utilisent des processus différents de traitement de l'information, l'un réflexif, l'autre impulsif.

L'estime de soi explicite et les TCA

Au sein de la littérature, le lien entre l'estime de soi explicite et le développement des TCA a bien été démontré. En effet, les résultats de la grande majorité des études montrent qu'une faible estime de soi explicite est liée à un plus grand risque de développer un TCA (Cervera, Lahortiga, Martínez-González, Gual, de Irala-Estévez, & Alonso, 2003; Jacobi, Paul, de Zwaan, Nutzinger, & Dahme, 2004). Il s'agit d'un facteur important durant l'enfance pouvant contribuer au développement de l'anorexie et de la boulimie (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999). De plus, une faible estime de soi explicite est associée aux différentes sous-échelles de l'*Eating Disorder Inventory* (*EDI*), soit la boulimie, la recherche de la minceur et l'insatisfaction corporelle (Shea & Pritchard, 2007). De même, plusieurs études se sont penchées sur la relation entre l'estime de soi explicite et l'insatisfaction corporelle et montrent un lien positif entre ces deux variables (Fabian & Thompson, 1989; Henriques & Calhoun, 1999; Mendelson, McLaren, Gauvin, & Steiger, 2002). Parmi ces études, l'une d'entre elles a également permis de montrer qu'en comparant un groupe de femmes souffrant de TCA à un groupe contrôle, le groupe de femmes souffrant de TCA présente une estime de soi explicite plus faible que le groupe contrôle. De même, les femmes présentant une estime de soi plus faible affichent plus d'insatisfaction corporelle (Mendelson, *et al.*, 2002). Ainsi, les résultats concernant l'estime de soi explicite chez les TCA sont assez clairs et convergents, démontrant qu'une faible estime de soi explicite est retrouvée chez cette population. Toutefois, l'ensemble des résultats repose sur des mesures autorapportées d'estime de soi pouvant comporter des biais, notamment de désirabilité sociale (Buhrmester, Blanton, & Swann Jr, 2011).

L'estime de soi implicite et les TCA

À notre connaissance, seulement deux études portant sur l'estime de soi explicite et implicite auprès des TCA ont été publiées à ce jour et ces dernières ont obtenu des résultats contradictoires. D'abord, Cockerham, Stopa, Bell et Gregg (2009) se sont intéressés à l'estime de soi dans ses modalités explicite et implicite en utilisant le *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) et l'*IAT* (Greenwald & Farnham, 2000) auprès de 20 femmes souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique et de 20 femmes d'un groupe contrôle. Les résultats font ressortir, pour ce qui est de l'estime de soi explicite, que le groupe TCA présente des résultats significativement plus faibles que le groupe contrôle. Toutefois, au niveau de l'estime de soi implicite, le groupe TCA présente des scores significativement plus élevés que le groupe contrôle, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse initialement postulée par les auteurs (Cockerham *et al.*, 2009). En effet, ces derniers avaient soulevé l'hypothèse selon laquelle les femmes souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique présenteraient

une estime de soi convergente, soit une faible estime de soi explicite et implicite, alors que les résultats ont démontré qu'elles présentaient plutôt une estime de soi divergente, c'est-à-dire une faible estime de soi explicite et une estime de soi implicite élevée.

Vanderlinden, Kamphuis, Slagmolen, Wigboldus, Pieters et Probst (2009) ont eux aussi comparé 25 femmes ayant un TCA à un groupe contrôle composé de 29 femmes n'ayant pas de TCA. Ils ont utilisé le questionnaire de Rosenberg (1965) pour mesurer l'estime de soi explicite et un dérivé de l'*IAT* qui mesure également l'estime de soi implicite, *The So-called Extrinsic Affective Simon Task* (*EAST*), créé par De Houwer (2003). Tout comme pour l'étude de Cockerham et ses collaborateurs (2009), les résultats montrent que les individus de l'échantillon TCA présentent une estime de soi explicite significativement plus faible que le groupe contrôle. Toutefois, pour l'estime de soi implicite, bien qu'aucune différence significative ne soit relevée entre les deux groupes, les femmes ayant un TCA affichent une estime de soi implicite plus faible que le groupe contrôle. Il semble donc qu'au sein de cette étude, en comparaison avec un groupe contrôle, les femmes ayant un TCA auraient une estime de soi explicite et implicite plus faibles, ce qui correspond à une estime de soi convergente. Ces deux études comportent toutefois des limites importantes. D'abord, la faible taille des échantillons peut fragiliser les résultats obtenus, l'ajout de quelques participants pouvant faire varier les résultats. De plus, il est difficile de généraliser les résultats de Cockerham et ses collaborateurs (2009) à la population souffrant de TCA puisque cette étude ne comprenait que des femmes souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique. Également, les deux études n'utilisaient pas la même mesure d'estime de soi implicite, ce qui rend difficile la comparaison des résultats.

Ce patron d'inconsistance quant aux résultats sur l'estime de soi implicite se retrouve toutefois aussi dans des résultats d'études portant sur des individus souffrant de différentes psychopathologies. En effet, alors que certaines études font ressortir la présence d'une estime de soi explicite faible et d'une estime de soi implicite élevée au sein de populations psychiatriques souffrant de dépression ou de trouble de personnalité (De Raedt, Schacht, Franck, & De Houwer, 2006; Franck, De Raedt, & De Houwer, 2007; Gemar, Segal, Sagrati, & Kennedy, 2001; Valiente, Cantero, Vázquez, Sanchez, Provencio, & Espinosa, 2011), d'autres font plutôt ressortir la présence d'estime de soi explicite et implicite faibles, notamment chez les individus souffrant de dysmorphie corporelle ou chez des gens souffrant de dépression (Buhlmann, Teachman, Gerbershagen, Kikul, & Rief, 2008; Risch, Buba, Birk, Morina, Steffens, & Stangier, 2010). Il est possible que la grande hétérogénéité au sein même des groupes de comparaison puisse contribuer à la difficulté de

faire ressortir un portrait clair. Dans ce contexte, la présente étude vient pallier les études précédentes en raffinant les groupes de comparaison. En effet, en vue de mieux distinguer ce qui est attribuable à la psychopathologie alimentaire de ce qui est attribuable à la psychopathologie générale, la présente étude propose d'ajouter un groupe contrôle psychiatrique au groupe contrôle sain. L'ajout d'un groupe psychiatrique souffrant de trouble anxieux, un trouble fortement comorbide avec les TCA, permettra justement de mieux cerner si les différences obtenues font référence au trouble alimentaire en soi ou plutôt à la vulnérabilité anxieuse fréquemment retrouvée chez les participantes souffrant de TCA.

Finalement, une seule étude s'est intéressée à la relation entre l'estime de soi implicite et les comportements alimentaires. Cette dernière, menée auprès d'une population non clinique, semble démontrer que l'estime de soi implicite n'est pas reliée significativement au trouble alimentaire. En effet, l'étude de Bos, Huijding, Muris, Vogel et Biesheuvel (2010) a examiné l'association entre l'estime de soi explicite, l'estime de soi implicite et les symptômes psychopathologiques d'un échantillon non clinique de 264 adolescents. Les résultats montrent que seule l'estime de soi explicite est reliée de manière significative aux problèmes alimentaires. L'estime de soi implicite, mesurée avec l'*IAT*, n'était pas corrélée aux problèmes alimentaires chez les adolescents. Toutefois, dans cette étude, les difficultés alimentaires étaient mesurées par un outil général de psychopathologie. L'utilisation d'une mesure plus spécifique et validée auprès de clientèles TCA aurait pu permettre de capturer différentes facettes du problème. De plus, ces résultats ont été obtenus au sein d'un échantillon non clinique d'adolescents. Aucune étude s'intéressant à la relation entre l'estime de soi explicite, implicite et les attitudes et comportements alimentaires n'a été recensée chez les adultes souffrant de TCA. De même, aucune étude n'a tenté d'examiner la contribution des deux modalités d'estime de soi dans l'explication de l'insatisfaction corporelle.

Notre étude permettra donc d'approfondir la relation entre l'estime de soi explicite, implicite et les TCA. La présence d'une taille d'échantillon plus grande que celle retrouvée dans les études conduites jusqu'à maintenant, l'ajout d'un groupe contrôle psychiatrique aux fins de comparaison et l'examen du lien entre les deux modalités d'estime de soi, les attitudes alimentaires et l'insatisfaction corporelle auprès d'un échantillon clinique adulte souffrant de TCA contribueront à la qualité de l'étude.

Objectifs

Le premier objectif de la présente étude est de comparer des femmes souffrant de TCA à des participantes souffrant de troubles anxieux (groupe ANX) et des participantes n'ayant pas de troubles psychiatriques (groupe CONT) quant à l'estime de soi explicite et implicite, aux attitudes alimentaires et à l'estime corporelle. Le deuxième objectif vise à prédire, chez les personnes souffrant de TCA, l'insatisfaction corporelle et les attitudes alimentaires dysfonctionnelles à l'aide de l'estime de soi explicite et implicite. Ceci permettra de vérifier si les deux modalités d'estime de soi ont une contribution indépendante dans l'explication de l'insatisfaction corporelle et des attitudes alimentaires dysfonctionnelles.

MÉTHODE

Participants

L'étude comporte trois échantillons. Le groupe clinique (TCA) est constitué de 58 femmes âgées de 18 à 55 ans (M = 26,53, ET = 7,93). Cet échantillon inclut des femmes répondant aux critères diagnostiques du *DSM-IV-TR* d'anorexie mentale (40,7 %), de boulimie (37,3 %) et de TCA non spécifié (21,9 %). La présence de troubles comorbides (p. ex., troubles de l'humeur, troubles anxieux ou troubles liés aux substances) n'était pas un facteur d'exclusion du groupe clinique, sauf si les femmes présentaient des symptômes psychotiques actuels rendant difficiles la complétion des instruments et de la tâche expérimentale. Le groupe contrôle psychiatrique (ANX) est composé de 54 femmes âgées de 19 à 57 ans (M = 27,22, ET = 9,06) présentant un trouble anxieux, sans souffrir de TCA ou de symptômes psychotiques actuels. Le groupe contrôle (CONT) est constitué de 96 femmes âgées de 19 à 47 ans (M = 24,53, ET = 5,93), ne présentant aucun trouble psychiatrique (incluant TCA, troubles anxieux et symptômes psychotiques actuels). Deux participantes ont dû être retirées de l'étude (n initial =98) puisqu'elles présentaient des attitudes alimentaires dysfonctionnelles. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les trois groupes quant à l'âge, l'état matrimonial, la situation familiale, l'ethnie et le revenu moyen (p entre .054 et .904). En général, les participantes étaient soit célibataires sans enfant (45.9 %) ou en couple sans enfant (44.5 %). Les participantes étaient aussi majoritairement caucasiennes (94,7 %). Pour la plupart, leur revenu variait entre 0 et 40 000 $ par année (83.8 %). Les patientes du groupe TCA étaient légèrement plus fortunées (p = .054) que les participantes du groupe ANX et CONT. Des différences ont été retrouvées entre les groupes quant à la scolarité, $F(2, 206) = 3{,}23$, $p < .05$, et l'occupation, $F(2, 206) = 9{,}13$, $p < .01$. Le groupe TCA est moins scolarisé que le groupe ANX et CONT. Aussi, les femmes des groupes ANX et CONT sont

davantage représentées par des étudiantes que les femmes du groupe TCA.

Procédure

Le groupe TCA a été recruté via le Programme d'Intervention des Troubles des Conduites Alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Québec à la suite de la première rencontre d'évaluation avec la psychiatre qui visait à établir le diagnostic selon le DSM-IV. Le projet de recherche était ensuite présenté à la participante. Si elle était intéressée à y participer, elle rencontrait l'expérimentatrice. Cette dernière décrivait l'étude de façon un peu plus détaillée sans toutefois faire référence au fait que la tâche d'associations implicites (*IAT*) permettait de mesurer l'estime de soi implicite. Les participantes étaient plutôt informées qu'elles recevraient plus d'informations à la suite de leur participation. Si elles acceptaient, elles signaient le formulaire de consentement, recevaient l'ensemble des questionnaires et complétaient l'*IAT*. Chaque participante accomplissait cette tâche seule, dans un local où il y avait le moins de stimuli possible. À la fin de leur participation, dans un souci de transparence, l'expérimentatrice précisait que l'*IAT* est en fait une mesure d'estime de soi implicite.

Les participantes du groupe ANX et CONT ont été recrutées par le biais d'un courriel adressé à tous les étudiants et les employés de l'Université Laval. Elles se sont présentées au Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval pour une rencontre d'environ 60 minutes. La même procédure que celle du groupe TCA a été utilisée à l'exception que l'expérimentatrice, après avoir obtenu le consentement de la participante, administrait une entrevue structurée, le *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) afin de s'assurer que les participantes ANX et CONT répondaient bien aux critères d'inclusion et d'exclusion (voir section participants pour plus de détails).

Matériel

Critères d'inclusion et d'exclusion

Le *Mini-International Neuropsychiatric Interview, version 5.0.0* (MINI*;* Sheehan *et al.*, 1998) est une courte entrevue structurée permettant d'évaluer la présence ou l'absence de troubles mentaux tels que définis par le DSM-IV. Le MINI est construit sous forme de questions fermées. Le temps moyen de passation est de 15 minutes. Les modules portant sur les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les TCA et les troubles psychotiques ont été utilisés. Les propriétés psychométriques sont considérées dans l'ensemble comme étant très acceptables. En effet, l'équipe de Sheehan (1998) a comparé la concordance des diagnostics entre la passation du MINI et du *Structured Clinical Interview Diagnosis*

axis I (SCID-1) et ont obtenu de très bonnes valeurs de Kappa allant de 0.43 à 0.90. De plus, cette entrevue structurée possède une excellente fidélité interjuge (valeurs Kappa entre .75 et .95) (Sheehan *et al.*, 1997).

Informations générales

Un questionnaire maison a permis de compiler les informations relatives à l'âge, l'état matrimonial, la situation familiale (p. ex., avec enfant ou sans enfant), le milieu de vie, le revenu moyen, le type d'occupation (p. ex., emploi à temps plein ou à temps partiel), l'origine ethnique et le niveau de scolarité.

Symptômes alimentaires

La version francophone de l'*Eating Disorder Examination-Questionnaire* (*EDE-Q4*) permet de mesurer les attitudes et les comportements alimentaires associés aux TCA (Fairburn & Beglin, 1994). Il comprend les sous-échelles suivantes, évaluées à l'aide d'échelles de type Likert allant de 1 (*pas du tout*) à 7 (*beaucoup*) : restriction alimentaire, préoccupations à l'égard de l'alimentation, préoccupations à l'égard du poids et préoccupations à l'égard de la silhouette. L'*EDE-Q4* possède une très bonne cohérence interne et une stabilité test-retest satisfaisante pour chaque sous-échelle (Luce & Crowther, 1999). L'alpha de Cronbach pour la présente étude est de .91 pour la restriction alimentaire, .89 pour les préoccupations à l'égard de l'alimentation, de .92 pour les préoccupations à l'égard du poids et de .95 pour les préoccupations à l'égard de la silhouette, ce qui est très satisfaisant.

Estime corporelle

L'*Échelle d'estime corporelle* (*EEC*; Valls, Rousseau, & Chabrol, 2011) est la version francophone du *Body Esteem Scale* (*BES*; Mendelson, Mendelson, & White, 2001). Il s'agit d'un questionnaire autorapporté qui évalue les sentiments et les attitudes qu'une personne éprouve envers son corps et son apparence à l'aide de 23 items sur une échelle de type Likert allant de 1 (*jamais*) à 5 (*toujours*). Mendelson et ses collègues (2001) ont rapporté une fidélité test-retest à trois mois d'intervalle satisfaisante pour les trois sous-échelles : apparence ($\alpha = .89$), poids ($\alpha = .92$) et attribution ($\alpha = .83$). Dans la présente étude, les alphas de Cronbach sont les suivants : apparence ($\alpha = .94$), poids ($\alpha = .94$) et attribution ($\alpha = .46$). La sous-échelle attribution présente généralement des qualités psychométriques plus faibles au sein de la population TCA et elle n'est, par conséquent, pas toujours utilisée dans les études (Provencher, Bégin, Gagnon-Girouard, Tremblay, Boivin, & Lemieux, 2008). Considérant la faible consistance interne de cette sous-échelle dans la présente étude, elle a donc été retirée pour les analyses.

Estime de soi explicite

L'*Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg* (*ÉES-10*; Vallières & Vallerand, 1990) est la version francophone du *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965). C'est un questionnaire autorapporté sur l'estime de soi comprenant 10 items évalués sur une échelle de type Likert allant de 1 (*tout à fait en désaccord*) à 4 (*tout à fait en accord*). Le *ÉES-10* possède une validité de construit et une stabilité test-retest très adéquate (r = .84) (Vallières & Vallerand, 1990). La cohérence interne de la présente étude est très satisfaisante (α = .93).

Estime de soi implicite

L'*Implicit Association Test* (*IAT*), créé par Greenwald et Farnham (2000), sert à évaluer l'estime de soi de façon implicite. Le but de *l'IAT* est d'associer des mots en deux catégories apparaissant au centre de l'écran le plus rapidement et précisément possible, en faisant le moins d'erreurs possible. Il s'agit de catégories qui font référence aux termes « plaisant et non plaisant » (p. ex., joie, soleil, torture, mort) et aux termes « soi et non-soi » (p. ex., je, me, moi, il, elles). Au premier essai, les participantes distinguent les termes plaisant et non plaisant et au deuxième essai, le soi et le non-soi. Puis, les participantes doivent associer les termes soi et plaisant (même bouton de réponse) et les termes non plaisant et non-soi (même bouton de réponse). Il est proposé qu'associer les termes soi et plaisant (bloc congruent) devrait être plus facile pour les personnes ayant une bonne estime de soi, leur temps de réaction devrait être plus court, alors qu'associer plaisant et non-soi (bloc incongruent) devrait être plus difficile, le temps de réaction devrait être plus long. À l'inverse, pour les personnes ayant une faible estime de soi, associer les termes soi et plaisant (bloc congruent) devrait être plus difficile, leur temps de réaction devrait être plus long (Greenwald *et al.*, 1998). Pour calculer le résultat à l'*IAT*, un nouvel algorithme, basé sur les recommandations de Greenwald, Nosek et Banaji (2003), est utilisé. Il inclut les blocs d'essais en plus des blocs expérimentaux et un écart-type inclusif. L'algorithme engendre un *D* représentant la différence entre la moyenne des temps de latence au bloc incongruent et la moyenne des temps de latence au bloc congruent divisé par l'écart-type inclusif du temps de latence pour les deux blocs combinés. Ainsi, pour les personnes ayant une bonne estime de soi, la différence des temps de réaction entre le bloc incongruent et congruent devrait être positive et élevée, alors que pour les personnes ayant une faible estime de soi, la différence des temps de réaction entre le bloc incongruent et congruent devrait tendre vers zéro ou même être négative. Afin de contrôler les données aberrantes, les erreurs et les temps de réaction plus longs que 10 000 ms sont exclus. Les données des participantes qui ont plus de 10 % de leurs essais ayant un temps de réaction inférieur à 300 ms sont supprimées pour éliminer les participantes

qui appuieraient lorsque le stimulus est à peine perceptible à l'œil (Greenwald *et al.*, 2003). Concernant les propriétés psychométriques de cet instrument de mesure, l'*IAT* a une bonne validité de construit (Bosson, Brown, Zeigler-Hill, & Swann Jr, 2003), tout comme une validité prédictive acceptable (Greenwald, Poehlman, Uhlmann, & Banaji, 2009).

Analyses statistiques

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 20.0. La normalité des variables de même que l'hétérogénéité des variances ont été vérifiées. Afin de vérifier s'il existe une différence entre les groupes (TCA, ANX, CONT) quant aux variables d'intérêt (estime de soi explicite et implicite, insatisfaction corporelle et attitudes alimentaires dysfonctionnelles), des analyses de variance univariées et multivariées ont été effectuées. Des comparaisons multiples ont été réalisées avec correction de Bonferroni pour la présence des trois groupes. Dans le but de prédire l'insatisfaction corporelle et la sévérité des attitudes alimentaires dysfonctionnelles à partir de l'estime de soi explicite et implicite, des analyses de régressions hiérarchiques ont été effectuées en entrant dans le 1er boc l'estime de soi explicite et dans le 2e bloc l'estime de soi explicite et implicite permettant ainsi de connaître la contribution unique de l'estime de soi implicite au modèle. Des analyses corrélationnelles ont préalablement été conduites pour explorer les liens entre les variables à l'étude.

RÉSULTATS

Comparaisons de groupes

Les moyennes pour chacune des variables en fonction des groupes sont présentées au Tableau 1. En ce qui concerne les résultats à l'*EDE-Q4*, l'analyse de variance multivariée révèle qu'il y a au moins une différence entre les groupes pour l'ensemble des attitudes alimentaires dysfonctionnelles, $F(8,390) = 55,56$, $p < .001$. Plus spécifiquement, pour les sous-échelles restriction alimentaire et préoccupations à l'égard de l'alimentation, une différence entre les trois groupes, $F(2, 198) = 201,05$, $p < .001$ et $F(2, 198) = 271,71$, $p < .001$, est observée. Les comparaisons multiples montrent que le groupe TCA obtient des scores plus élevés à ces deux sous-échelles comparativement aux groupes ANX et CONT, mais que ces deux derniers groupes ne se distinguent pas significativement entre eux. Concernant les préoccupations relatives au poids et à la silhouette, une différence significative est également retrouvée entre les trois groupes, $F(2, 198) = 126,02$, $p < .001$ et $F(2, 198) = 137,99$, $p < .001$. Le groupe TCA présente davantage de préoccupations à l'égard du poids et de la silhouette, suivi du groupe ANX et du groupe CONT.

Tableau 1

Statistiques descriptives selon les trois groupes pour l'estime de soi explicite et implicite, les attitudes alimentaires dysfonctionnelles et l'insatisfaction corporelle

	TCA (N=58)	ANX (N=54)	CONT (N=96)
Variables	M (E.T.)	M (E.T.)	M (E.T.)
Attitudes et comportements alimentaires			
Restriction alimentaire	4,89 (1,50)[a]	1,92 (0,91)[b]	1,56 (0,66)[bc]
Préoccupation à l'égard de l'alimentation	4,29 (1,32)[a]	1,42 (0,71)[b]	1,17 (0,42)[bc]
Préoccupation à l'égard du poids	5,21 (1,60)[a]	2,81 (1,55)[b]	1,84 (0,82)[c]
Préoccupation à l'égard de la silhouette	5,83 (1,22)[a]	3,36 (1,53)[b]	2,33 (1,13)[c]
Insatisfaction corporelle			
Apparence	2,02 (0,73)[a]	3,15 (0,79)[b]	3,65 (0,57)[c]
Poids	2,01 (0,76)[a]	3,15 (0,90)[b]	3,74 (0,66)[c]
Estime de soi explicite	23,74 (5,66)[a]	30,30 (5,56)[b]	34,06 (4,13)[c]
Estime de soi implicite	0,32 (0,28)[a]	0,38 (0,27)[a]	0,40 (0,25)[a]

Note. Les moyennes partageant un même exposant ne diffèrent pas significativement à un seuil de signification de $p < .017$.

En ce qui a trait à l'insatisfaction corporelle, l'analyse de variance multivariée révèle qu'il y a au moins une différence significative entre tous les groupes, $F(4,408) = 48,39$ $p<.001$. Plus spécifiquement, une différence entre les groupes est observée pour les sous-échelles insatisfaction corporelle reliée à l'apparence, $F(2, 205) = 104,38$, $p < .001$, et au poids, $F(2, 205) = 95.49$, $p < .001$. Ainsi, le groupe TCA présente davantage d'insatisfaction à l'égard de son apparence et de son poids que le groupe ANX qui, à son tour, présente plus d'insatisfaction corporelle que le groupe CONT.

Concernant l'estime de soi explicite, l'analyse révèle la présence d'une différence significative entre les groupes, $F(2, 205) = 73,61$, $p < .001$. Les comparaisons multiples révèlent que le groupe TCA présente une estime de soi explicite plus faible que les groupes ANX et CONT. En ce qui a trait

à l'estime de soi implicite, aucune différence significative n'est observée entre les groupes, $F(2, 201) = 1{,}51$, $p = .22$.

Analyses corrélationnelles

Les analyses corrélationnelles indiquent que, pour le groupe TCA, une faible estime de soi explicite est intimement liée à des attitudes alimentaires dysfonctionnelles et de l'insatisfaction corporelle liée à l'apparence et au poids. Aucune relation significative n'a été retrouvée entre l'estime de soi implicite, d'une part, et les attitudes alimentaires dysfonctionnelles et l'insatisfaction corporelle, d'autre part. Finalement, la force des relations entre l'estime de soi explicite, l'estime de soi implicite, les attitudes alimentaires dysfonctionnelles et l'insatisfaction corporelle a été comparée entre les trois groupes (TCA, ANX, CONT) à l'aide d'un chi-carré. De façon générale, les trois groupes ne se distinguent pas en ce qui a trait à la force des liens qui unit les variables, c'est pourquoi seule la matrice de corrélations du groupe TCA est présentée (voir Tableau 2). Une seule exception, toutefois, pour la relation entre l'estime de soi implicite et la restriction alimentaire : la force de la relation est significativement plus

Tableau 2

Matrice de corrélations de Pearson des variables à l'étude pour le groupe TCA

Échelles	Estime de soi explicite	Estime de soi implicite	Restriction alimentaire	Préoccupation alimentaire	Préoccupation poids	Préoccupation silhouette	Insatisfaction apparence	Insatisfaction poids
Estime de soi explicite	1	0.03	-0.35**	-0.40**	-0.48**	-0.56**	0.75**	0.55**
Estime de soi implicite		1	-0.25	-0.10	-0.24	-0.26	0.09	0.24
Restriction alimentaire			1	0.57**	0.48**	0.51**	-0.48**	-0.48**
Préoccupation alimentaire				1	0.47**	0.52**	-0.47**	-0.35**
Préoccupation poids					1	0.86**	-0.63**	-0.73**
Préoccupation silhouette						1	-0.69**	-0.73**
Insatisfaction apparence							1	0.79**
Insatisfaction poids								1

Note. L'estime de soi explicite est mesurée par le ÉES-10; l'Estime de soi implicite par l'*IAT*; les attitudes alimentaires dysfonctionnelles sont mesurés par l'EDE-Q4 et l'insatisfaction corporelle est mesurée par l'EEC.
* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

forte au sein du groupe TCA (r = -.25, p = .065) comparativement au groupe ANX (r = .06, p = .652) et CONT (r = .11, p = .298). C'est donc dire que la relation entre l'estime de soi implicite et la restriction alimentaire semble plus importante dans le groupe TCA. Une estime de soi implicite faible est liée à la restriction alimentaire.

Analyses de régressions

Les coefficients β et leur niveau de signification pour tous les modèles en fonction de chacun des prédicteurs (estime de soi explicite et implicite) sont présentés dans le Tableau 3. Le premier modèle visant à prédire l'insatisfaction corporelle reliée à l'apparence est significatif, $F(3, 50) = 24{,}18$, $p < .001$, et permet d'expliquer 54 % de la variance. Seule l'estime de soi explicite contribue toutefois au modèle. Pour ce qui est du modèle visant à prédire l'insatisfaction corporelle reliée au poids, ce dernier est également significatif, $F(3, 50) = 10{,}61$, $p < .001$. Dans ce modèle, la présence de l'estime de soi implicite ajoute à la contribution initiale de l'estime de soi explicite. En effet, alors que l'estime de soi explicite explique 28 % de la variance, l'estime de soi implicite apporte contribution unique et indépendante de 4 %.

Pour ce qui est des modèles qui visent à prédire la sévérité des attitudes alimentaires dysfonctionnelles, les résultats laissent entrevoir que pour la restriction alimentaire et les préoccupations à l'égard du poids, les modèles sont significatifs, $F(3, 50) = 4{,}18$, $p < .05$ et $F(3, 49) = 7{,}80$, $p < .001$. Dans ces deux modèles, l'estime de soi explicite explique respectivement 10 % et 21 % de la variance. L'estime de soi implicite

Tableau 3

Contribution de chaque prédicteur dans les modèles de régressions hiérarchiques

Prédicteurs (VIs)	Insatisfaction corporelle Apparence	Insatisfaction corporelle poids	Restriction alimentaire	Préoccupation alimentaire	Préoccupation poids	Préoccupation silhouette
	β					
Bloc 1						
Estime de soi explicite	0.74***	-.0.55***	-0.34*	-0.41**	-0.48***	-0.55***
R2	0.54	0.28	0.10	0.15	0.21	0.29
Bloc 2						
Estime de soi explicite	0.74***	-0.54***	-0.33*	-0.41**	-0.49***	-0.57***
Estime de soi implicite	0.06	-0.22 *	-0.24†	-0.13	-0.28*	-0.29**
R2	0.54	0.32	0.14	0.15	0.27	0.37

*$p \leq .05$; **$p \leq .01$; ***$p \leq .001$. † $p \leq .10$

apporte contribution unique de 4 % et 6 %. Le modèle de régressions visant à prédire les préoccupations à l'égard de l'alimentation est significatif, $F(3, 49) = 3{,}89$, $p < .05$, et permet d'expliquer 15 % de la variance. L'estime de soi explicite représente la seule contribution significative du modèle. Enfin, le dernier modèle de régressions visant à prédire les préoccupations à l'égard de la silhouette est significatif, $F(3, 49) = 13{,}78$, $p < .001$. Alors que l'estime de soi explicite explique 29 % de la variance, l'estime de soi implicite apporte contribution unique de 8 %.

DISCUSSION

La présente étude visait, d'une part, à comparer des femmes présentant un TCA, à des femmes ayant un trouble anxieux et des femmes n'ayant aucun trouble psychiatrique en termes d'estime de soi explicite et implicite, d'estime corporelle et d'attitudes alimentaires et, d'autre part, à prédire l'insatisfaction corporelle et les attitudes et comportements alimentaires à l'aide de l'estime de soi explicite et implicite. Les résultats font ressortir que le groupe TCA présente plus d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles et d'insatisfaction corporelle que les deux groupes contrôles, ce qui rejoint les données déjà disponibles (Button, Davies, & Sonuga-Barke, 1997; Cervera *et al.*, 2003). De même, chez le groupe TCA, la faible estime de soi explicite est liée à la présence d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles et d'insatisfaction corporelle. Tous ces résultats représentent un support supplémentaire à ce que l'on retrouve dans la littérature (Cervera *et al.*, 2003; Shea & Pritchard, 2007) et renforcent la conception selon laquelle l'estime de soi explicite est intimement liée aux attitudes alimentaires dysfonctionnelles et à l'insatisfaction corporelle. Le groupe ANX se différencie aussi du groupe CONT en présentant davantage de préoccupations à l'égard du poids et de la silhouette et d'insatisfaction corporelle. Il en est de même pour l'estime de soi explicite. En effet, bien que le groupe TCA présente l'estime de soi explicite la plus faible, il est possible d'observer que le groupe ANX a une estime de soi explicite plus faible que le groupe CONT. La présence d'une psychopathologie pourrait rendre ces femmes plus vulnérables sur le plan de l'estime de soi. De ce fait, celles-ci pourraient être plus sensibles aux pressions sociales de minceur et ainsi être davantage préoccupées et moins satisfaites de leur apparence, sans toutefois adopter des comportements alimentaires dysfonctionnels tels que présentés chez les personnes aux prises avec un TCA. D'ailleurs, il existe une très forte comorbidité entre les TCA et les troubles anxieux (American Psychiatric Association, 2013). L'ajout d'un groupe ANX au groupe CONT permet de voir un effet de gradation entre les trois groupes, le groupe TCA affichant un profil plus sévère suivi du groupe ANX et CONT, non seulement pour les variables directement reliées au TCA, mais aussi pour l'estime de soi

explicite, ce qui vient donc nuancer et raffiner les résultats obtenus précédemment.

Pour l'estime de soi implicite, les résultats obtenus n'ont pas permis de détecter de différence significative entre les groupes, bien que l'estime de soi implicite du groupe TCA soit la plus faible. L'ajout d'un groupe contrôle psychiatrique n'a pas permis de trouver des différences ou encore de raffiner notre compréhension des résultats obtenus quant à l'estime de soi implicite. Ainsi, la présentation de l'estime de soi obtenue correspond davantage à une estime de soi convergente (faible estime de soi explicite et implicite), plutôt qu'à une estime de soi divergente (p.ex., faible estime de soi explicite et estime de soi implicite élevée). Nos résultats confirment ceux obtenus par Vanderlinden et ses collaborateurs (2009), mais réfutent ceux obtenus par Cockerham et ses collaborateurs (2009). L'échantillon recruté pourrait être un facteur explicatif puisque l'étude de Vanderlinden et ses collaborateurs (2009) reposait sur un échantillon de femmes ayant un diagnostic d'anorexie et de boulimie, alors que celle de Cockerham et ses collaborateurs (2009) avait sélectionné des participantes présentant de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique. L'inclusion de personnes souffrant d'hyperphagie boulimique et l'exclusion de personnes souffrant d'anorexie dans l'échantillon de l'étude de Cockerham pourraient expliquer les différences obtenues. Bien qu'il s'agisse de troubles appartenant tous à la grande famille des TCA, on ne peut exclure que ces derniers soient assez différents les uns des autres pour générer des différences importantes sur des mesures plus associatives.

D'autres études effectuées auprès de populations psychiatriques ont aussi retrouvé cette convergence entre les modalités d'estime de soi (Buhlmann *et al.*, 2008; Risch *et al.*, 2010). D'un point de vue clinique, une estime de soi convergente implique que les femmes souffrant de TCA présentent une faible estime dans les deux modalités, et ce, malgré l'indépendance de ces deux construits telle que démontrée par une très faible corrélation et appuyée par la littérature (Bos *et al.*, 2010; Cockerham *et al.*, 2009; Greenwald *et al.*, 2003). Les TCA sont reconnus pour être des troubles de l'estime de soi et les résultats de la présente étude soutiennent cette proposition en mettant en lumière la fragilité des deux modalités de l'estime de soi (Silverstone, 1992).

Qui plus est, il semble que l'estime de soi explicite et l'estime de soi implicite contribuent de façon indépendante dans l'explication des attitudes alimentaires dysfonctionnelles de même que de l'insatisfaction corporelle. L'estime de soi explicite demeure un prédicteur très important de l'insatisfaction corporelle ainsi que du développement des attitudes alimentaires dysfonctionnelles. Toutefois, l'estime de soi implicite est également importante puisque même en présence de l'estime de soi

explicite, un prédicteur robuste, elle apporte une contribution significative additionnelle dans l'explication de plusieurs sous-échelles, soit l'insatisfaction corporelle reliée au poids, la préoccupation à l'égard du poids et de la silhouette et de façon marginale, à la restriction alimentaire. Ainsi, la modalité implicite de l'estime de soi, compte tenu de son association à des réponses plus affectives et impulsives, semble contribuer de façon unique et non négligeable à l'explication de facteurs qui pourraient être qualifiés de plus affectifs comme l'insatisfaction corporelle et les tourments à l'égard du poids et de la silhouette. Dans ce contexte, les résultats de la présente étude ajoutent à ceux des études précédentes, notamment en démontrant la valeur ajoutée de la modalité implicite de l'estime de soi dans l'explication de certaines dimensions fortement associées au TCA. Ces résultats préliminaires peuvent servir d'appui empirique certain à la validité de contenu de l'*IAT*. À ce jour, plusieurs chercheurs se questionnent encore sur ce que l'*IAT* mesure réellement. Certains auteurs mettent même en doute la notion « d'inconscience » dans cette tâche puisque, selon eux, la personne est consciente du construit étudié (Krizan, 2008). Néanmoins, des études subséquentes seront nécessaires. L'étude de sous-groupes cliniques plus spécifiques tels que la comparaison des personnes souffrant d'anorexie restrictive et celles qui font des crises de boulimie (une dimension plus affective et impulsive) en termes d'estime de soi implicite, mais également en relation avec les comportements alimentaires présents pourrait être une avenue de recherche pertinente. De la même façon, il pourrait être intéressant de comparer, au sein même des TCA, les personnes qui présentent une estime de soi implicite élevée ou faible en fonction de l'appartenance diagnostique et la présence de différents comportements alimentaires, comme l'usage abusif de laxatifs, de diurétiques, les vomissements et les crises de boulimie (reliée à la dimension impulsive).

D'un point de vue clinique, ces résultats soutiennent la pertinence de tenir compte des deux modalités d'estime de soi afin d'obtenir une pleine compréhension de la contribution de l'estime de soi dans le développement d'un TCA. Il est possible de croire que la convergence d'estime de soi faible joue un rôle dans l'adoption de comportements alimentaires drastiques et autodestructeurs des patientes (usage abusif de laxatifs, diurétiques, vomissements, crises de boulimie). En retour, ces comportements autodestructeurs pourraient permettre aux patientes de s'approcher de l'idéal promu et ainsi recevoir la reconnaissance et la validation tant attendue pour compenser le sens de soi fragile, créant ainsi un cercle vicieux. Dans ce contexte, il serait très intéressant d'examiner l'effet d'une intervention de type cognitive-comportementale sur les deux modalités d'estime de soi. Bien que ces deux modalités semblent converger en début de traitement, est-il possible qu'en cours de traitement la trajectoire de chacune des modalités évolue de façon différente? La

dimension explicite pourrait s'améliorer sans être accompagnée de réel changement au niveau de la dimension implicite de l'estime de soi, créant ainsi une forme de divergence. Ceci pourrait signifier que les changements s'opèrent plus à un niveau conscient qu'inconscient. Il serait aussi possible que l'amélioration des deux modalités d'estime de soi soit liée aux changements post-traitement maintenant ainsi la convergence. Bref, l'examen de la dimension implicite quant à l'issue du traitement pourrait être fort pertinent et enrichissant.

La présente étude comporte certaines limites. D'abord, le concept même de l'estime de soi implicite est peu connu et il demeure peu étudié au sein de la population des TCA. Cela a pour conséquence l'absence de barèmes clairs, outre des critères statistiques, pour déterminer à partir de quelle valeur exacte une estime de soi implicite est considérée comme faible, modérée ou élevée. Également, le fait que le devis de l'étude soit transversal ne nous permet pas d'examiner la fluctuation possible de l'estime de soi dans le temps, cette dernière ayant davantage été conceptualisée comme une variable fixe et stable. Un devis longitudinal aurait peut-être permis de mieux comprendre la complexité de ce construit ou les possibles variations dans le temps. De plus, l'échantillon recruté était majoritairement caucasien et provenait du milieu universitaire, il est donc impossible de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. Finalement, la taille d'échantillon, quoique raisonnable, aurait pu être un peu plus élevée en réponse aux recommandations de Tabachnick et Fidell (2012) afin d'accroitre la puissance statistique des tests effectués. Ceci aurait pu permettre de faire des analyses en s'intéressant à des sous-groupes, par exemple, les anorexiques restrictives *versus* les anorexiques boulimiques et ainsi mieux isoler la composante impulsive/affective

Bref, cette étude avait pour objectif d'explorer les dimensions explicite et implicite de l'estime de soi chez une population souffrant de TCA. Il appert que les femmes souffrant de TCA présentent plus d'insatisfaction corporelle et plus d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles relatives à la faible estime de soi. Il est possible de conclure que la contribution de l'estime de soi est des plus significative et qu'il est important de s'y intéresser afin d'accroître nos connaissances à ce sujet et d'ainsi améliorer les traitements offerts. Toutefois, avant de pouvoir intervenir plus directement sur la modalité implicite de l'estime de soi, il importe de poursuivre les études permettant de définir encore mieux son rôle au sein des TCA et dans l'efficacité des traitements.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Baccus, J. R., Baldwin, M. W., & Packer, D. J. (2004). Increasing implicit self-esteem through classical conditioning. *Psychological Science*, *15*(7), 498–502.

Bos, A. E. R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R. R., & Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *48*(3), 311-316.

Bosson, J. K., Brown, R. P., Zeigler-Hill, V., & Swann Jr, W. B. (2003). Self-enhancement tendencies among people with high explicit self-esteem : The moderating role of implicit self-esteem. *Self and Identity*, *2*(3), 169-187.

Buhlmann, U., Teachman, B. A., Gerbershagen, A., Kikul, J., & Rief, W. (2008). Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cognitive Therapy and Research, 32*(2), 213-225.

Buhrmester, M. D., Blanton, H., & Swann Jr, W. B. (2011). Implicit self-esteem : nature, measurement, and a new way forward. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*(2), 365-385.

Button, E. J., Davies, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Self-esteem, eating problems, and well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16 : A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, *21*(1), 39-47.

Campbell, W. K., & Foster, J. D. (2007). The narcissistic self : Background, an extended agency model, and ongoing controversies. *In* C. Sedikides & S. J. Spencer (Éds), *The self* (p. 115-138). New York, NY : Psychology Press.

Cervera, S., Lahortiga, F., Martínez-González, M. A., Gual, P., de Irala-Estévez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(3), 271-280.

Cockerham, E., Stopa, L., Bell, L., & Gregg, A. (2009). Implicit self-esteem in bulimia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*(2), 265-273.

Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination : A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *6*(1), 1-8.

De Houwer, J. (2003). The extrinsic affective simon task. *Experimental Psychology*, *50*(2), 77-85.

De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E., & De Houwer, J. (2006). Self-esteem and depression revisited : implicit positive self-esteem in depressed patients? *Behaviour Research and Therapy*, *44*(7), 1017-1028.

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, *49*(8), 709-724.

Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 63-74.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders : Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 363-370.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa : three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*(5), 468-476.

Fairburn, C. G., Peveler, R. C, Jones, R, Hope, R. A., & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 696-698.

Franck, E., De Raedt, R. D., & De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2448-2455.

Gemar, M. C., Segal, Z. V, Sagrati, S., & Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the Implicit Association Test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(2), 282-289.

Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition : attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, *102*(1), 4-27.

Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the Implicit Association Test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(6), 1022-1038.

Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition : the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(6), 1464-1480.

Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test : I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 197-216.

Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test : III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(1), 17-41.

Henriques, G. R., & Calhoun, L. G. (1999). Gender and ethnic differences in the relationship between body esteem and self-esteem. *The Journal of Psychology*, *133*(4), 357-368.

Jacobi, C., Paul, T., de Zwaan, M., Nutzinger, D. O., & Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *35*(2), 204-210.

Krizan, Z. (2008). What is implicit about implicit self-esteem*? Journal of Research in Personality, 42(6),* 1635-1640.

Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the eating disorder examination-Self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 349-351.

Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 318-323.

Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment, 76*(1), 90-106.

Provencher, V., Bégin, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Tremblay, A., Boivin, S., & Lemieux, S. (2008). Personality traits in overweight and obese women : Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, *9*(3), 294-302.

Risch, A. K., Buba, A., Birk, U., Morina, N., Steffens, M. C., & Stangier, U. (2010). Implicit self-esteem in recurrently depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(3), 199-206.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems : Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, *54*(6), 1004-1018.

Shea, M. E., & Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, *42*(8), 1527-1537.

Sheehan, D. V, Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., *et al.* (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(S20), 22-33.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., *et al.* (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, *12*(5), 232-241.

Silverstone, P. H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Medical Hypotheses*, *39*(4), 311-315.

Smith, E. R., & DeCoster, J. (2000). Dual process models in social and cognitive psychology : conceptual integration and links to underlying memory systems. *Personal and Social Psychology Review*, *4*(2), 108-131.

Sullivan, P. F. (2002). Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *In* C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Éds), *Eating disorders and obesity : A comprehensive handbook* (p. 226-230). New York, NY : Guilford Press.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston, MA : Allyn & Bacon.

Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sanchez, Á., Provencio, M., & Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*(3), 691-699.

Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*(2), 305-316.

Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2011). Étude de validation de la version française du Body Esteem Scale (BES) dans la population masculine. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *21*(2), 58-64.

Vanderlinden, J., Kamphuis, J. H., Slagmolen, C., Wigboldus, D., Pieters, G., & Probst, M. (2009). Be kind to your eating disorder patients : The impact of positive and negative feedback on the explicit and implicit self-esteem of female patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, *14*(4), e237-e242.

Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive-behavioural models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *In* P. M. Salkovskis (Éd.), *Frontiers of cognitive therapy* (p. 383-418). New York, NY : Guilford Press.

Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(2), 191-214.

Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, *107*(1), 101-126.

RÉSUMÉ

Cette étude vise l'approfondissement du lien entre l'estime de soi explicite et implicite, l'estime corporelle et les attitudes alimentaires en comparant 58 femmes atteintes de troubles des conduites alimentaires (TCA) à 54 femmes ayant un trouble anxieux et 96 femmes provenant d'un groupe contrôle. Les résultats montrent que le groupe TCA rapporte davantage d'attitudes alimentaires dysfonctionnelles et d'insatisfaction corporelle. Il présente l'estime de soi explicite et implicite les plus faibles. Chez les TCA, bien que l'estime de soi explicite s'avère le meilleur prédicteur des construits à l'étude, l'estime de soi implicite ajoute une contribution indépendante signifiant l'importance de s'y attarder.

MOTS CLÉS

anorexie, boulimie, estime de soi explicite, estime de soi implicite, attitudes alimentaires, estime corporelle, femmes adultes

ABSTRACT

The aim of this study is to deepen our understanding of the relationship between explicit self-esteem, implicit self-esteem, body esteem and eating attitudes. It compares 58 adult women suffering from eating disorders (ED) to 54 women presenting an anxiety disorder and 96 women from a control group on these variables. The ED group presents more dysfunctional eating attitudes and body dissatisfaction as well as lower explicit and implicit self-esteem than the other groups. Among ED, although explicit self-esteem is the best predictor of eating attitudes and body esteem, implicit self-esteem contributes significantly in the explanation of many subscales. These results indicate the importance of further studies on the subject.

KEY WORDS

anorexia, bulimia, explicit self-esteem, implicit self-esteem, eating attitudes, body esteem, adult women