

Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement cognitivo- comportemental des troubles des conduites alimentaires

Goulet, J., Chaloult, L. et Ngô, T.

1^{re} édition

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2018

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2018
ISBN 978-2-924935-09-5
Dépôt légal 3e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2018
Bibliothèque et Archives Canada 2018
1re édition

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) des troubles alimentaires. Il s'applique surtout au traitement de la boulimie et de l'anorexie boulimie chez l'adulte. Des adaptations sont sans doute nécessaires auprès des plus jeunes, en particulier dans les cas d'anorexie restrictive. Il s'inspire principalement du protocole de thérapie cognitivo-comportementale de Fairburn et de son guide à l'intention des patients de même que du guide d'Agras et Apple. ([Fairburn, 2008, 2013](#)) ([Agras & Apple, 2008](#)) (([Apple & Agras, 2007](#))). La rédaction de la présente version a été complétée en mai 2015.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult ([Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Table des matières

Section 1 : Introduction.....	6
Section 2 : Évaluation de l'anorexie et de la boulimie	7
2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)	7
2.1.1 Critères diagnostiques de l'anorexie.....	7
2.1.2 Critères diagnostiques de la boulimie	9
2.1.3 Critères diagnostiques du trouble hyperphagique boulimique	11
2.2 Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale.....	13
2.3 Examens de laboratoire.....	14
2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation.....	15
2.4.1. Indice de masse corporelle (IMC)	15
2.4.2. Eating Attitude Test (EAT 26).....	15
2.4.3. Inventaire de Beck pour la dépression	15
2.4.4. Journal d'auto-observation.....	15
2.5 Indications d'hospitalisation	16
Section 3 : Traitement pharmacologique de l'anorexie et de la boulimie	17
Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental de l'anorexie et de la boulimie.....	18
Section 5 : Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental de l'anorexie et de la boulimie	24
5.1 Quelques pièges à éviter.....	24
5.2 Évaluation.....	24
5.3 Psychoéducation et plan d'intervention	24
5.3.1 Expliquer le modèle.....	24
5.3.2 Plan d'intervention	25
5.3.3 Favoriser la motivation	25
5.4 Médicaments si indiqués.....	26
5.5 Auto-observation	26
5.5.1 Journal d'auto-observation.....	26
5.5.2 Pesée hebdomadaire	27
5.6 Horaire alimentaire planifié.....	27
5.7 Bilan et planification des étapes subséquentes	29
5.8 Les déclencheurs d'accès boulimiques.....	29
5.9 L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle.....	31
5.9.1 L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids	31
5.9.2 La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (<i>body checking and avoidance</i>)...33	
5.9.3 Le fait de se sentir gros.....	34
5.10 Règles et restrictions alimentaires	34
5.11 Terminaison et prévention des rechutes.....	35
5.11.1 Résumé de thérapie.....	35
5.11.2 Fiche de prévention des rechutes.....	35
5.11.3 Entrevues de consolidation	36
5.12 En cas d'anorexie : retour à un poids santé	36

5.12.1 La reprise de poids	36
5.12.2 Le maintien du poids.....	38
Section 6 : Déroulement du traitement	39
Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement.....	40
7.1 Indice de masse corporelle (IMC).....	41
7.2 Courbe de poids.....	44
7.3 Eating Attitude Test (EAT 26)	48
7.4 Inventaire de Beck de dépression et inventaire de Beck anxiété	51
7.5 Journal d'auto-observation	56
7.6 Suivi de thérapie	59
7.7 Instructions pour l'horaire alimentaire planifié	61
7.8 Travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques	64
7.9 Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles	66
7.10 Grille d'auto-observation des exercices d'exposition	68
7.11 Fiche : Résumé de thérapie	70
7.12 Fiche de prévention des rechutes.....	72
7.13 Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas?	75
7.14 Les avantages et les inconvénients	77
7.15 Fiche thérapeutique : « Mes motivations »	80
7.16 Conseils pour la famille et les proches.....	82
7.17 Ressources et groupes d'entraide	84
7.18 Manuel d'information destiné aux patients	86
Bibliographie.....	87

Section 1 : Introduction

Le traitement de l'anorexie et de la boulimie est un défi de taille, surtout lorsque le trouble alimentaire est associé à un trouble de la personnalité, ce qui n'est pas chose rare. Jusqu'au milieu des années 80, aucune étude contrôlée rigoureuse n'avait confirmé l'efficacité de quelque forme de psychothérapie que ce soit dans cette indication. Depuis lors, plusieurs études contrôlées et quelques études de suivi ont démontré que la thérapie cognitive comportementale (TCC) s'avère efficace, surtout dans le traitement de la boulimie (pour une brève revue du sujet voir ([Chaloult et al., 2008](#)), Ch. 10 ; p.152). Plusieurs revues de littérature systématisées ont statué que l'efficacité de la TCC a été démontrée de façon convaincante dans cette indication : NICE ([Wilson & Shafran, 2005](#)), Cochrane ([P. J. Hay, Bacaltchuk, & Stefano, 2004](#); [P. P. Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009](#)). Malgré tout, il semble que la TCC n'arrive que rarement à ramener les patients à un niveau de rémission symptomatique total, c'est-à-dire comparable à celui des personnes n'ayant jamais souffert de cette condition.

Il existe aussi des données prometteuses, mais moins probantes en ce qui concerne le traitement de l'anorexie restrictive. Cette dernière semble particulièrement réfractaire lorsqu'elle est chronique. La TCC est également un traitement efficace de l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder*). Bref, ce type de thérapie est celui qui a le mieux fait ses preuves dans le traitement des troubles alimentaires. Mentionnons aussi qu'il y a des données prometteuses en ce qui concerne la thérapie interpersonnelle.

Section 2 : Évaluation de l'anorexie et de la boulimie

2.1 Critères diagnostiques du DSM-5 ([American Psychiatric Association, 2013](#))

2.1.1 Critères diagnostiques de l'anorexie

Anorexia Nervosa

Diagnostic Criteria

- A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. *Significantly low weight* is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected.
- B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Coding note : The ICD-9_CM code for anorexia nervosa is **307.1**, which is assigned regardless of the subtype. The ICD-10-CM code depends on the subtype (see below).

Specify whether :

(F50.01) Restricting type : During the last 3 months, the individual has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting of the misuse of laxatives, diuretics, or enemas). This subtype describes presentations in which weight loss is accomplished primarily through dieting, fasting, and/or excessive exercise.

(F50.02) Binge-eating/purging type : During the last 3 months, the individual has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, of enemas).

Specify if :

In partial remission : After full criteria for anorexia nervosa were previously met. Criterion A (low body weight) has not been met for a sustained period, but either Criterion B (intense fear of gaining weight or becoming fat or behavior that interferes with weight gain) or Criterion C (disturbances in self-perception of weight and shape) is still met.

In full remission : After full criteria for anorexia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based, for adults on current body mass index (BMI) (see below) or, for children and adolescents, on BMI percentile. The ranges below are derived from World Health Organization categories for thinness in adults; for children and adolescents, corresponding BMI percentiles should be used. The level of severity may be increased to reflect clinical symptoms, the degree of functional disability, and the need of supervision.

Mild : BMI ≥ 17 kg/m²

Moderate : BMI 16-16.99 kg/m²

Severe : BMI 15-15.99 kg/m²

Extreme : BMI < 15 kg/m²

2.1.2 Critères diagnostiques de la boulimie

Bulimia Nervosa

Diagnostic Criteria

307.51 (F50.2)

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
 - 1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances.
 - 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
- B. Recurrent inappropriate compensatory behaviors in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting; or excessive exercise.
- C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least once a week for 3 months.
- D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.
- E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Specify if :

In partial remission : After full criteria for bulimia nervosa were previously met, some, but not all, of the criteria have been met for a sustained period of time.

In full remission : After full criteria for bulimia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based on the frequency of inappropriate compensatory behaviors (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild : An average of 1-3 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Moderate : An average of 4-7 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Severe : An average of 8-13 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Extreme : An average of 14 or more episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

2.1.3 Critères diagnostiques du trouble hyperphagique boulimique

Binge-Eating Disorder

Diagnostic Criteria

307.51 (F50.8)

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
1. Eating in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most people would eat in a similar period of time under similar circumstances.
 2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
- B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following :
1. Eating much more rapidly than normal.
 2. Eating until feeling uncomfortably full.
 3. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry.
 4. Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating.
 5. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterward.
- C. Marked distress regarding binge eating is present.
- D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for 3 months.
- E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior as in bulimia nervosa and does not occur exclusively during the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.

Specify if :

In partial remission : After full criteria for binge-eating disorder were previously met, binge eating occurs at an average frequency of less than one episode per week for a sustained period of time.

In full remission : After full criteria for binge-eating disorder were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based on the frequency of episodes of binge eating (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild : 1-3 binge-eating episodes per week.

Moderate : 4-7 binge-eating episodes per week.

Severe : 8-13 binge-eating episodes per week.

Extreme : 14 or more binge-eating episodes per week.

2.2 Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale

Le traitement d'un trouble alimentaire doit être précédé d'une histoire de cas médicale complète incluant la revue des systèmes et d'un examen physique attentif. Ce dernier permettra d'éliminer les autres causes possibles de perte de poids et d'évaluer les complications médicales potentielles du trouble alimentaire. Le suivi médical pendant le traitement est requis.

On doit procéder à une évaluation psychiatrique complète. Les aspects suivants constituent des éléments spécifiques d'évaluation ayant avantage à être abordés systématiquement chez les patients souffrant de troubles alimentaires.

1. Perception du patient concernant ses difficultés alimentaires, leurs origines et les facteurs qui le perpétuent
2. Histoire de la courbe du poids et de l'apparition des symptômes.
3. Image corporelle, estime de soi et relation entre ces deux éléments.
4. Réaction lors des prises et des pertes de poids.
5. Symptomatologie détaillée (fréquence, durée, sévérité...)
 - Habitudes alimentaires (journée type, « bonne journée », « mauvaise journée »)
 - Diète, jeûnes et privation
 - Exercices excessifs
 - Vomissements
 - Médicaments : lavements, laxatifs, diurétiques, coupe-faim, ipéca...
6. Épisodes de boulimie : facteurs déclenchants, fréquence, type et quantité de nourriture ingérée, rapidité d'ingestion, lieux, émotions, pensées et comportements suite à l'épisode.
7. Autres comportements: rituels, pesées, achats impulsifs de nourriture, évitements (aliments, vêtements, miroirs), observation du corps ou *body checking*.
8. Complications médicales : faiblesse, fatigue, frilosité, perte de conscience, aménorrhée, convulsions, myoclonies, oedèmes, dyspnée, palpitations, troubles digestifs, constipation, hématurie, méléna, usure de l'émail dentaire, hypertrophie des glandes salivaires, lanugo, perte de cheveux, sécheresse de la peau, acrocyanose...
9. La dangerosité, en particulier le risque suicidaire
10. Les antécédents familiaux de troubles alimentaires et d'obésité de même que les valeurs familiales concernant l'alimentation, le poids et l'image corporelle.

2.3 Examens de laboratoire

EXAMENS SUGGÉRÉS	ANOMALIES POSSIBLES
Signes vitaux	Hypotension, légère hypothermie
ECG	Bradycardie, allongement du QTc, arythmies
FSC	Anémie, leucopénie, thrombocytopénie
Bilan ionique	Hypokaliémie, hypochlorémie, hyponatrémie
Protéïnémie	↓
Urée, créatinine	↑
Magnésium, phosphate	↓
Endocrino	FSH↓, LH↓, T3↓, cortisol ↑
Ostéodensitométrie (anorexie)	Densité osseuse ↓ (ne répond pas toujours entièrement à la réalimentation)

Consultations au besoin :

Gastroentérologie, endocrinologie, diététique...

2.4 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

2.4.1. Indice de masse corporelle (IMC)

Voir l'outil section 7.1. Calculez l'IMC et la fenêtre de poids santé. Vous pouvez ensuite reporter cette fenêtre sur le graphique intitulé : « courbe de poids » que vous retrouverez à la section 7.2 (voir aussi l'exemple).

2.4.2. Eating Attitude Test (EAT 26)

Le EAT 26 ([Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982](#); [Mintz & O'Halloran, 2000](#)) est un questionnaire de dépistage auto administré largement utilisé et traduit en français ([Leichner, Steiger, Puentes-Neuman, Perreault, & Gottheil, 1994](#)). Vous trouverez l'échelle, les instructions et les normes à la section 7.3.

2.4.3. Inventaire de Beck pour la dépression

Plusieurs autres échelles peuvent être utilisées selon les symptômes associés (dépressifs, anxieux, traits de personnalité...). Nous suggérons l'utilisation systématique d'une échelle de dépression (Inventaire de Beck pour la dépression, section 7.4).

2.4.4. Journal d'auto-observation

Le journal d'auto-observation est un outil extrêmement utile pour établir la ligne de base des comportements alimentaires. Il est souvent difficile de bien compléter un journal d'auto-observation et ceci constitue en soi un objectif thérapeutique important. Pour cette raison, nous discuterons de ce sujet de façon plus détaillée à la section 5.5.1. Vous pouvez retrouver un modèle de journal d'auto-observation section 7.5.

2.5 Indications d'hospitalisation

1. Si le poids de la personne est inférieur à 70 % du poids attendu (IMC < 14) surtout si la perte de poids a été rapide et récente.
2. Bradycardie, pouls < 40 ou QTc élevé.
3. Hypokaliémie sévère ou autres déséquilibres électrolytiques importants.
4. Dépression avec risque suicidaire.
5. Crise familiale importante.
6. Échec du traitement externe.

Conduites à tenir à la salle d'urgence ¹
Bradycardie:
• FC < 40: ○ Admission pour télémétrie • FC >40; IMC <13; symptomatique (étourdissement, faiblesse, syncope): ○ Admission • FC >40; IMC >13; symptomatique (étourdissements, faiblesse, syncope): Considérer l'admission si le contexte médical le justifie (perte de poids rapide et toujours en cours, purges sévères, QTc allongé, déséquilibres électrolytiques).
Changements orthostatiques (Pression artérielle diminuée ≥ 20 Pouls augmenté ≥ 20):
• Symptomatique (étourdissements, syncope): Correction des déséquilibres électrolytiques et réhydratation prudente, si cliniquement indiquées (c.-à-d. purges sévères). Une fois stabilisé, considérer l'admission si le contexte clinique le justifie (bradycardie, faible poids, perte de poids rapide et persistante, purges sévères, QTc allongé, déséquilibres électrolytiques). • Asymptomatique: Considérer l'admission si le contexte clinique le justifie (bradycardie, faible poids, perte de poids rapide et persistante, purges sévères, QTc allongé, déséquilibres électrolytiques).

¹ Programme des Troubles de L'alimentation de L'institut Douglas : **LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉVALUATION ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'ANOREXIE MENTALE GRAVE**
 Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement cognitivo-comportemental des troubles des conduites alimentaires

Section 3 : Traitement pharmacologique de l'anorexie et de la boulimie

Dans l'anorexie restrictive, l'efficacité des antidépresseurs n'est pas démontrée. Les médicaments ne constituent pas un traitement de première ligne dans cette indication. La priorité doit être donnée à la réalimentation et la psychothérapie ([Flament, Bissada, & Spettigue, 2012](#)). Dans les cas où la thérapie et la réadaptation ne donnent pas les résultats escomptés, on prescrit parfois l'olanzapine qui semble pouvoir aider la prise de poids.

Par contre dans la boulimie, des études contrôlées ont démontré l'efficacité de certains antidépresseurs. La fluoxétine à des doses de 60 mg par jour sera généralement considérée comme le premier choix. Une dose de 20 mg de fluoxétine ne semble pas supérieure au placebo dans cette indication. Les antidépresseurs tricycliques semblent efficaces dans le traitement de la boulimie, mais leur profil d'effets secondaires est généralement moins favorable, en particulier dans cette population à risque de déséquilibres électrolytiques et d'arythmies. Pour la même raison, on ne recommande pas l'usage du bupropion. Les ISRS, en particulier la sertraline, semblent efficaces dans le traitement du trouble hyperphagique boulimique et constituent généralement un premier choix sur le plan pharmacologique. On s'entend généralement pour reconnaître que les médicaments ont une efficacité modérée, mais significative, et qu'ils doivent être considérés lors de l'établissement d'un plan de traitement global de la boulimie. Le topiramate, lorsqu'il est toléré peut possiblement favoriser la perte de poids lorsque le trouble alimentaire est associé à de l'obésité. ([Aigner, Treasure, Kaye, & Kasper, 2011](#); [Flament et al., 2012](#); [Mitchell, Roerig, & Steffen, 2013](#))

Les médicaments psychotropes peuvent aussi être utilisés pour traiter des pathologies psychiatriques associées : dépression majeure, TOC, psychose, etc.

Il est parfois indiqué de prescrire des multi vitamines, de la thiamine, du potassium, du calcium, du magnésium ou du zinc. Le médecin qui fait l'évaluation et le suivi des conséquences médicales du trouble alimentaire pourra faire des recommandations appropriées à chaque patient.

Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental de l'anorexie et de la boulimie

Fonctionnement normal de l'alimentation

L'alimentation est normalement gérée de façon automatique par la faim et la satiété dans le but de maintenir l'homéostasie du corps humain. L'organisme est programmé pour réagir aux périodes de famine par une plus grande propension à accumuler des réserves de graisse lorsque l'abondance de nourriture revient. On constate donc, à l'image du sommeil, de la digestion ou de la respiration, que l'alimentation est conçue pour bien s'ajuster de façon automatique.

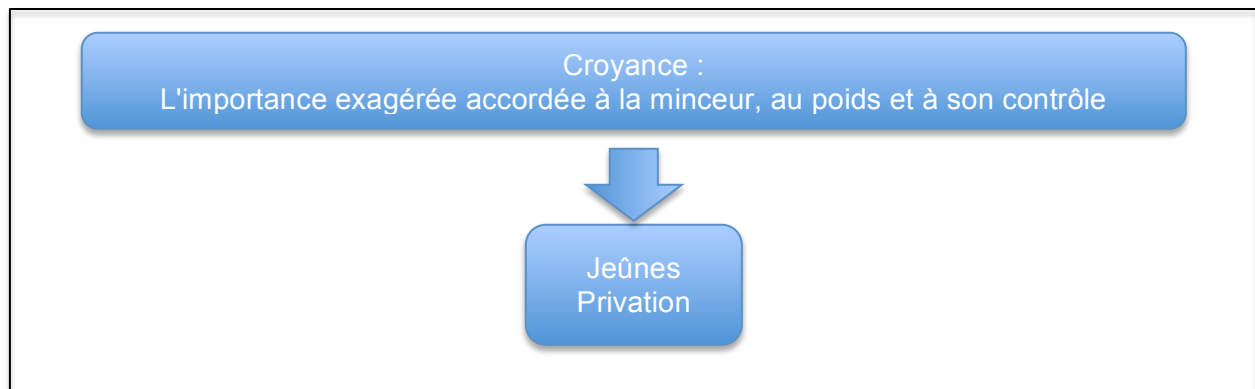
Les facteurs prédisposants

Les facteurs biologiques, psychologiques et relationnels qui prédisposent à l'apparition des cercles vicieux décrits ci-dessous, sont complexes et varient de façon importante d'une personne à l'autre. Il y aura lieu de bien les évaluer et d'en tenir compte lorsqu'on présente le modèle au patient et lors de l'élaboration d'un plan de traitement individualisé.

L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle

L'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle est l'élément central de la conceptualisation cognitive comportementale des troubles alimentaires. Le poids prenant une importance démesurée, tout gain pondéral générera une anxiété excessive, et ce même lorsque le poids est bas.

Cette importance démesurée accordée au poids et l'anxiété qui en découle incitent la personne à tenter d'exercer un contrôle volontaire sur son poids, ce qui génère une perte de sensibilité aux signaux de faim et de satiété et une rupture de l'équilibre naturel. La personne qui est convaincue que sa valeur dépend de son apparence physique et de sa minceur voudra tout faire pour contrôler son poids et son alimentation par des jeûnes, des régimes drastiques ou des règles alimentaires rigides et deviendra ainsi une candidate aux troubles alimentaires.



Qu'est-ce qu'un accès boulimique?

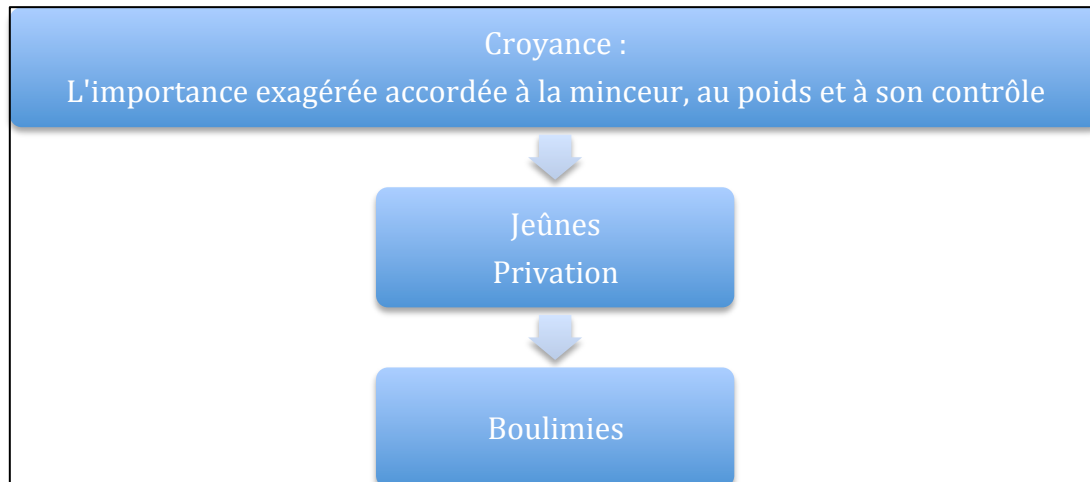
L'accès boulimique est caractérisé par l'ingestion rapide d'une quantité importante de nourriture souvent riche en glucides et en lipides et est associé à un sentiment de perte de contrôle. Au niveau des émotions, un sentiment initial de soulagement fait rapidement place à un mélange de dégoût, de culpabilité et d'autodépréciation. On peut parfois observer des symptômes dissociatifs lors des épisodes boulimiques. Si c'est le cas, on a avantage à expliquer au patient de quoi il s'agit.

Certaines personnes éprouvent exactement les mêmes sensations lors de l'ingestion de quantité relativement normale de nourriture. On peut alors parler de boulimie subjective.

Les déclencheurs des accès boulimiques

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à déclencher des accès boulimiques. Voici les plus courants : des événements ou des émotions désagréables, le non-respect d'une règle alimentaire (trop rigide), l'inactivité, la solitude et surtout le jeûne.

Il est primordial de bien saisir que la boulimie est en fait une réponse normale au jeûne. Pour bien illustrer ce point, on peut expliquer au patient que des accès boulimiques ont été observés assez fréquemment chez les personnes qui venaient d'être libérées de camps de concentration où elles avaient été privées de nourriture.

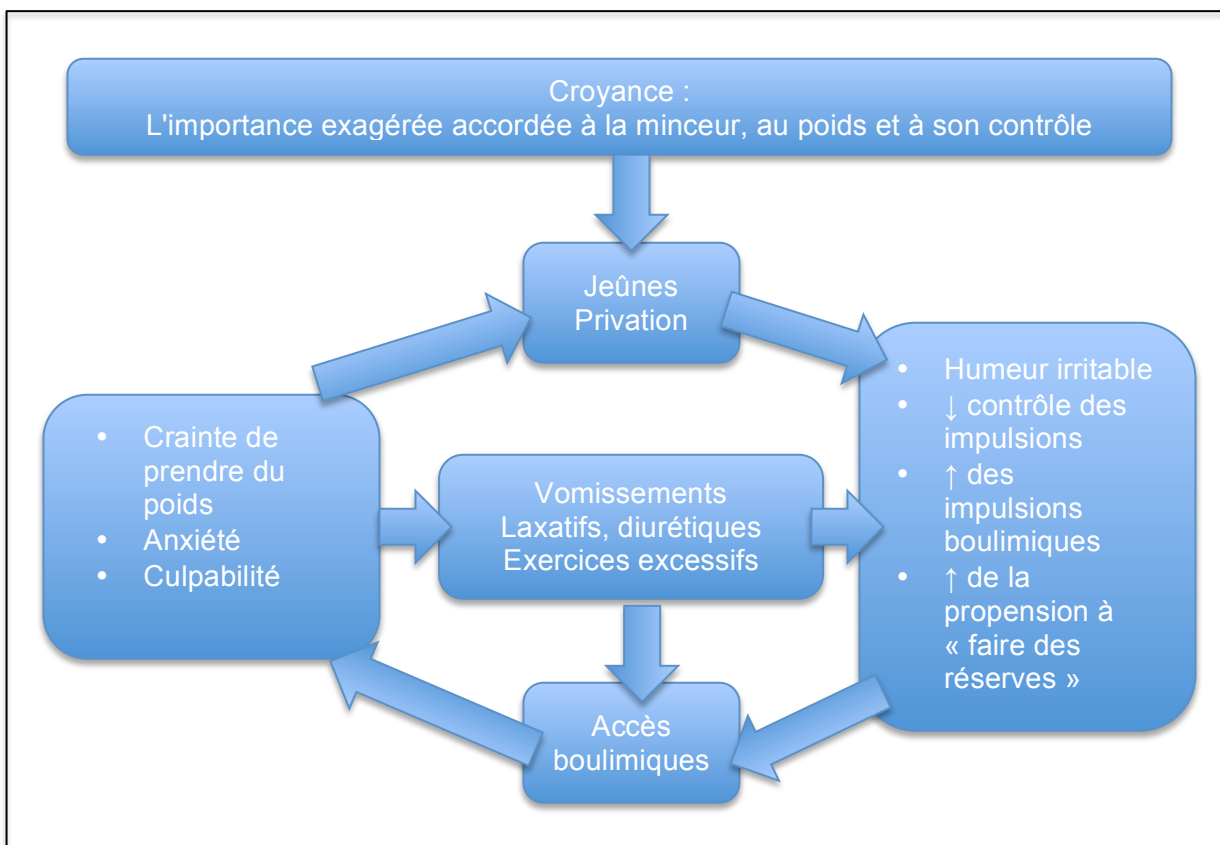


En conséquence, au cours de la thérapie l'accent sera mis sur l'arrêt de ces périodes de jeûne et de privation de même que sur l'assouplissement des règles alimentaires plutôt que sur une tentative effrénée de contenir directement les accès boulimiques.

Effets des «diètes sévères», des restrictions alimentaires, des jeûnes et de la maigreur excessive

On explique les effets sur la santé, la mémoire, la concentration et l'humeur des restrictions alimentaires. Un des effets les plus pernicieux de la privation est l'apparition de pensées intrusives à propos de la nourriture qui peut conduire à une prise de poids plus importante que le total poids perdu. En effet, suite à un jeûne, il est naturel pour l'organisme de chercher à faire des réserves plus importantes pour résister aux périodes de disette.

Dans le cas des boulimies, le jeûne diminue le contrôle des impulsions et augmente les impulsions boulimiques. Ces boulimies provoquent initialement un soulagement de cette tension. Ce soulagement contribue à augmenter la probabilité de voir la boulimie se répéter. Dans un deuxième temps apparaissent généralement la culpabilité et la crainte de reprendre du poids. Ces émotions viennent augmenter la probabilité de jeûnes, de vomissements ou de purgations. Ces comportements compensatoires diminuent le contrôle des impulsions et accentuent les impulsions boulimiques. L'ensemble crée un cercle vicieux qui perpétue le trouble alimentaire.

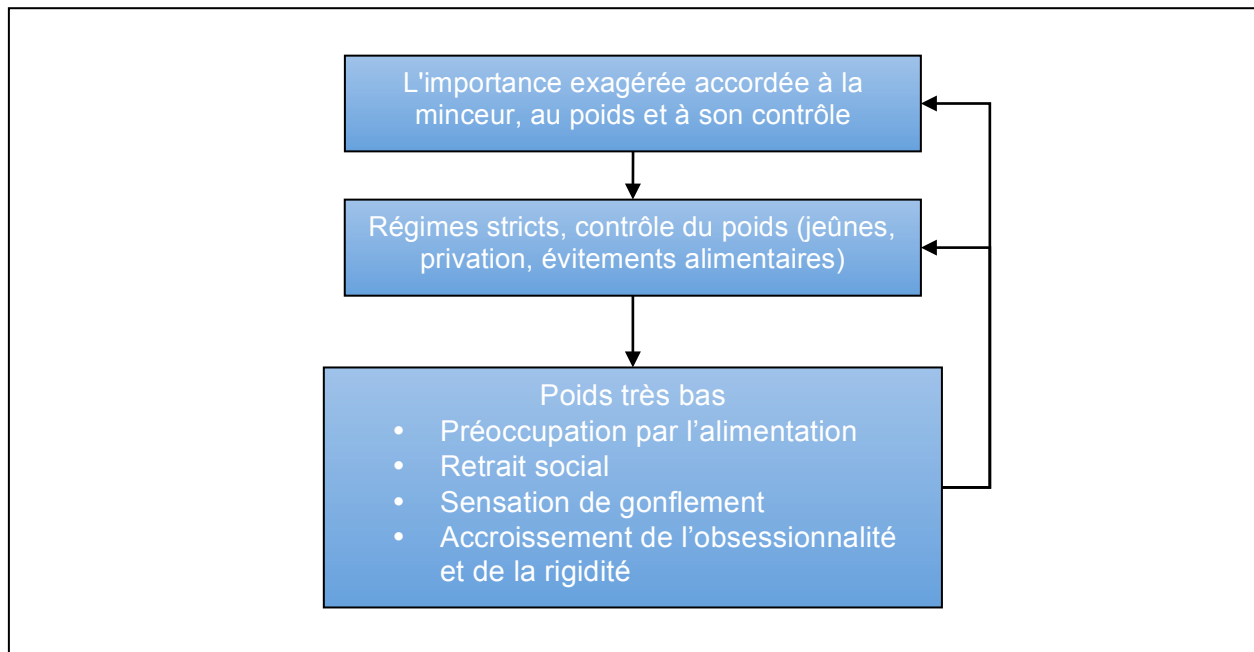


Dans le cas de l'anorexie restrictive, le début de la maladie est souvent plus précoce. L'importance du contrôle sur l'alimentation, sur l'environnement et même sur le plan interpersonnel est souvent plus marquée que dans la boulimie.

Les effets néfastes de la sous-alimentation sont nombreux et touchent toutes les sphères de fonctionnement de la personne (voir liste de ces effets à la section 7.13 que vous pourrez remettre aux patients souffrant d'anorexie).

Les attitudes, les croyances et les distorsions de l'image de soi deviennent de plus en plus rigides, accentuant la perte de poids au point parfois de mettre la vie de la personne en danger. La concentration est plus difficile. Les pensées à propos de l'alimentation, du poids et de la nourriture deviennent de plus en plus envahissantes, ce qui a souvent pour effet de restreindre les autres champs d'intérêt. L'humeur devient plus maussade ou irritable. Ces changements liés à l'anorexie étant graduels et survenant souvent à la puberté ou à l'adolescence, il est difficile de distinguer ce qui relève de la personnalité de ce qui représente des conséquences de l'anorexie.

L'anorexie provoque aussi un ralentissement de la vidange gastrique, ce qui induit une sensation de ballonnement qui suit la prise de nourriture. Cette sensation désagréable contribue à diminuer l'apport de nourriture et à accentuer le cercle vicieux.



Ce sont les raisons pour lesquelles la sous-alimentation est une priorité dans le traitement de l'anorexie.

Effets des vomissements induits, abus de laxatifs ou diurétiques

Les vomissements permettent de soulager la tension psychologique et la sensation de «ballonnement» qui suit la prise d'aliments. Ils procurent effectivement un soulagement immédiat, mais ce dernier sert de renforcement au cercle vicieux des troubles alimentaires. Soulignons qu'ils ne sont d'ailleurs pas très efficaces pour empêcher l'absorption de nourriture, car la recherche scientifique nous a démontré que même lorsqu'ils suivent immédiatement un accès boulimique, environ la moitié de la nourriture est absorbée.

Mentionnons aussi que les vomissements répétés de façon prolongée peuvent provoquer des conséquences graves comme des saignements importants au niveau de l'œsophage, des déséquilibres électrolytiques importants, qui, à leurs tours, peuvent induire des convulsions ou des troubles du rythme cardiaque. Ces conséquences peuvent mettre la vie

du patient en danger. Les vomissements peuvent aussi user l'émail dentaire, phénomène qui est accentué lorsqu'on se brosse les dents en présence d'acide gastrique, immédiatement après le vomissement. Il faut donc éviter de se brosser les dents à ce moment. Il est préférable de rincer la bouche à l'eau claire.

L'usage abusif de laxatifs entraîne souvent de la constipation chronique. De plus, les laxatifs, lavements et diurétiques peuvent aussi provoquer des déséquilibres électrolytiques.

Les laxatifs n'ont presque pas d'effet sur l'absorption des calories et les diurétiques n'ont aucun effet sur l'alimentation. Ces derniers diminuent le poids de façon artificielle et temporaire en favorisant l'élimination d'eau. Ils sont donc totalement inefficaces pour contrôler le poids.

Autres facteurs impliqués dans le cercle vicieux

Le patient très préoccupé par son poids en viendra souvent à adopter plusieurs autres comportements qui contribueront à perpétuer le trouble alimentaire. La pesée constitue souvent un enjeu important. Certains patients se pèsent de façon excessive (jusqu'à plusieurs fois par jour) alors que d'autres évitent complètement de se peser. Les premiers accordent une importance démesurée au moindre changement de poids ce qui augmente l'anxiété. Les seconds n'ont plus de repères objectifs et doivent se fier à leurs impressions qui sont par définition distordues et entretiennent les fausses croyances.

À ceci s'ajoutent souvent des comportements d'évitement par rapport à certains types de nourriture et à certains types de vêtements. Certaines personnes vont même aller jusqu'à éviter de se regarder dans le miroir. Il arrive aussi qu'au contraire, elles surveillent de façon excessive certaines parties de leur corps qu'elles n'aiment pas (*body checking*).

On note aussi une perte de confiance face aux signaux de faim et de satiété parfois même une perte de conscience de ces signaux naturels. Le patient s'en remet alors à «sa logique» pour «calculer» ce qu'il peut manger, ce qui ne fait qu'augmenter sa préoccupation concernant la nourriture. On retombe ainsi dans le cercle vicieux mentionné précédemment.

Section 5 : Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental de l'anorexie et de la boulimie

Les étapes ci-dessous devront être modifiées en présence d'anorexie. Ces modifications sont présentées à la section 5.12.

5.1 Quelques pièges à éviter

Le traitement de l'anorexie et de la boulimie n'est pas toujours facile et présente de nombreux pièges dont le thérapeute a intérêt à être conscient. En voici quelques-uns :

1. Trop en faire. Il vaut mieux utiliser un nombre restreint d'outils qui seront bien choisis en fonction des besoins du patient et appliqués avec soin.
2. Se précipiter.
3. Dévier de son objectif.

Les étapes ci-dessous devront être modifiées en présence d'anorexie. Ces modifications sont présentées à la section 5.12.

5.2 Évaluation

L'évaluation se fait selon les paramètres mentionnés à la section 2. La ligne de base et l'évaluation détaillée des comportements alimentaires seront complétées avec l'aide du journal d'auto-observation. Ce dernier sera introduit après la présentation des éléments psychoéducatifs.

En cours d'évaluation, on bâtit aussi une conceptualisation cognitivo-comportementale longitudinale et transversale personnalisée (section 5.3.2).

5.3 Psychoéducation et plan d'intervention

5.3.1 Expliquer le modèle

Expliquez le modèle qui se trouve à la section 4 et dans le manuel destiné aux patients. Prenez soin de personnaliser et d'adapter vos explications à chaque patient et de lui permettre de préciser dans quelle mesure le modèle général s'applique à son cas particulier.

Mentionnons qu'il est souvent utile de donner de l'information à la famille et aux proches. Vous trouverez (section 7.16) quelques conseils sur la façon d'agir si un de nos proches souffre d'un trouble alimentaire.

Effet du traitement sur le poids

Les personnes souffrant d'un trouble alimentaire sont généralement très préoccupées par l'effet du traitement sur leur poids. Cette inquiétude est souvent un des principaux obstacles thérapeutiques. Les recherches ont pourtant démontré que la plupart des patients boulimiques traités efficacement ne prennent pas de poids. Lorsque le poids est élevé, on peut même s'attendre à une légère perte de poids. Par contre, lorsque le poids est trop bas et a fortiori s'il y a anorexie, la prise de poids est non seulement attendue, mais essentielle au succès thérapeutique. On peut toutefois rassurer ces patients, car lorsque les étapes très progressives du traitement sont respectées, la perte de contrôle avec évolution vers l'obésité ne se produit pas.

Autres sources d'informations

Le manuel d'information destiné au patient (section 7.18) a été créé spécifiquement pour vous aider à cette étape. Voici d'autres bonnes options de lectures pour les patients: ([Fairburn, 2013](#)), ([Apple & Agras, 2007](#)), ([Cooper, 2013](#)), ([Simon & Nef, 2002](#)).

5.3.2 Plan d'intervention

On procède alors aux étapes usuelles menant à un plan d'intervention TCC : formuler une conceptualisation cognitivo-comportementale personnalisée, aider le patient à préciser ses objectifs, présenter le plan d'intervention et négocier le contrat thérapeutique.

5.3.3 Favoriser la motivation

Les personnes souffrant d'anorexie présentent généralement des difficultés importantes à trouver une motivation suffisante pour affronter la nécessaire prise de poids. Lorsque la motivation est chancelante, vous pouvez proposer quelques exercices pour tenter de la consolider : liste avantages inconvénients (section 7.14), se projeter dans l'avenir, observer de quelle façon le trouble alimentaire interfère avec les objectifs de vie, fiche thérapeutique pour se rappeler les principales motivations (section 7.15).

5.4 Médicaments si indiqués

Voir section 3.

5.5 Auto-observation

5.5.1 Journal d'auto-observation

Vous trouverez le journal d'auto-observation à la section 7.5.

Cette étape est extrêmement importante. Elle permettra de mieux comprendre les symptômes de notre patient et suivre l'évolution. De plus, elle favorise sa motivation et l'aide à voir ses difficultés d'une manière plus mesurée et réaliste.

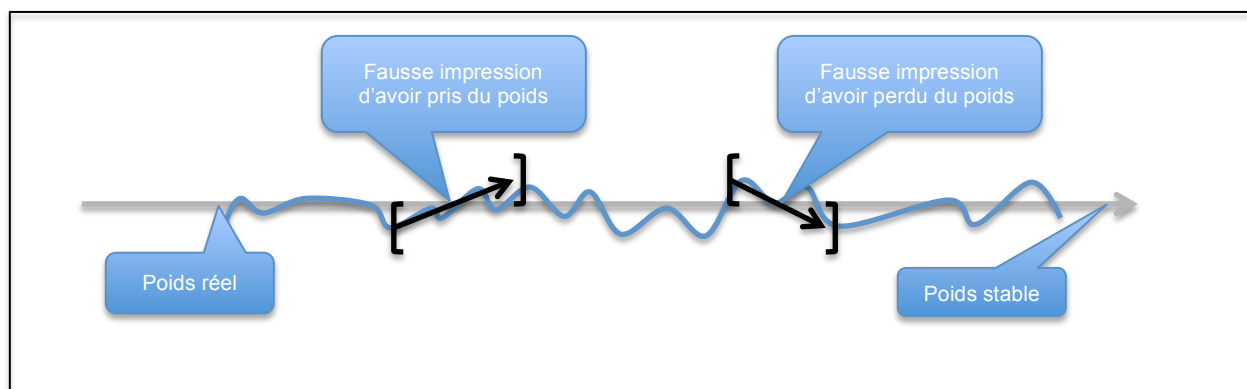
On explique bien au patient l'utilité du journal d'auto-observation. On lui en remet une (ou plusieurs) copie. On tient compte des instructions contenues dans le document : «Comment compléter le journal d'auto-observation» (section 7.5). On parcourt ces instructions avec le patient et on fait un exemple avec lui. On explique l'importance de compléter le journal quotidiennement. À cette étape, le patient ne doit faire aucun effort pour modifier sa façon de s'alimenter.

On invite le patient à observer son journal pour découvrir les constantes. On peut aussi lui suggérer d'utiliser le document «Suivi de thérapie» (section 7.6). Ce document permet de suivre d'un seul coup d'œil l'évolution de la thérapie. Le journal sera revu méticuleusement à chaque visite du patient.

5.5.2 Pesée hebdomadaire

On doit organiser une pesée hebdomadaire. Cette pesée se fera toujours le même jour de la semaine à un moment précis, généralement au lever. Le patient ne doit se peser à aucun autre moment.

On explique que les fluctuations rapides du poids sont davantage reliées au métabolisme de l'eau. Des pesées trop fréquentes provoquent des inquiétudes inutiles et augmentent la préoccupation excessive.



Lorsqu'on évite de se peser, on devient plus vulnérable aux distorsions de notre perception.

La pesée hebdomadaire a pour but de contrer ces deux extrêmes et d'observer l'évolution progressive du poids. Des fluctuations de moins de 3 kg n'ont généralement pas de signification. De plus, une pesée isolée est généralement peu fiable. Pour qu'un changement de poids soit significatif, il doit persister au moins trois semaines et la variation de poids doit dépasser 3 kg (durée et quantité).

Le poids sera noté dans le journal d'auto-observation, reporté sur le graphique intitulé : « courbe de poids », section 7.2 et sur la fiche suivi de thérapie (7.6).

5.6 Horaire alimentaire planifié

L'objectif à cette étape n'est pas de modifier le type ni la quantité de nourriture, mais bien le moment où la nourriture sera prise. On veut diminuer les périodes de jeûne et mettre en place un horaire alimentaire plus régulier.

On suggère de planifier la veille ou le matin au lever, dans le haut de son journal alimentaire, un horaire alimentaire comprenant trois repas et deux à trois collations. Voir section 7.7 pour le document qui donne les instructions pour l'horaire alimentaire planifié que vous pouvez remettre au patient. Vous y trouverez aussi la version du journal d'auto-observation qui inclut une case pour noter la planification en haut de page.

Exemple : 8h déjeuner
 10h30 collation AM
 12h15 dîner
 15h collation PM
 18h30 souper
 21h collation de soirée

La planification va souvent varier d'un jour à l'autre, mais l'objectif est de prendre au moins une petite quantité de nourriture de façon à éviter les jeûnes et à ne pas rester plus de quatre heures sans manger (sauf la nuit évidemment). Le patient peut planifier un peu ce qu'il va manger compte tenu du contexte. On suggère aussi de prendre une proportion importante des calories tôt dans la journée. On incite la personne à ne pas manger en dehors de ces périodes. On lui recommande finalement de planifier des horaires assez réguliers sans que ce soit rigide.

Il ne faut pas s'en faire si des épisodes de boulimie surviennent; l'effort doit être mis à éviter les jeûnes. Suite à une boulimie, il est très important de continuer à s'alimenter selon l'horaire prévu.

On explique que cette approche permet un meilleur contrôle de l'alimentation et une diminution des préoccupations par rapport à la nourriture entre les repas. De façon générale, les patients boulimiques dont le poids est normal ou élevé vont noter rapidement une diminution des boulimies tant en fréquence qu'en intensité. Pour ce qui est des anorexiques, cette étape sera rarement suffisante pour contrer les règles alimentaires rigides et la sous-alimentation, mais elle permet l'établissement d'une alimentation régulière dont les quantités peuvent ensuite être augmentées. De plus, cette étape permet souvent de commencer une diminution de la sensation d'être gonflé après les repas, ce qui constitue un obstacle à la réalimentation. Vous retrouvez quelques suggestions supplémentaires à la section 5.12

On profite aussi de cette étape pour aider le patient à planifier l'achat de nourriture, à ne pas entreposer de trop grandes quantités d'aliments «dangereux» et à éviter autant que possible les «dépanneurs» associés à des achats impulsifs de nourriture.

À ce stade, on demande d'essayer d'éviter les vomissements, laxatifs, diurétiques ou toute autre forme de compensation après les prises d'aliments. Si de tels comportements surviennent, le repas qui a précédé ne « compte pas » dans la planification alimentaire et doit être repris. On peut distinguer les comportements purgatifs compensatoires qui surviennent rapidement suite à une prise de nourriture de ceux qui ne sont pas compensatoires. Les premiers diminuent habituellement lorsque les privations et les jeûnes sont chose du passé. Par contre, lorsqu'ils sont non-compensatoires, il faut plus souvent aborder directement le problème et inciter fortement le patient à abandonner graduellement ces habitudes qui peuvent rendre inefficaces les efforts faits par ailleurs.

5.7 Bilan et planification des étapes subséquentes

Les prochaines étapes différeront selon les caractéristiques propres à chaque individu. Les étapes qui suivent (5.8 à 5.11) sont adaptées pour la majorité des patients qui ont un poids normal ou élevé. L'étape portant sur les émotions et événements déclencheurs pourra être priorisée lorsque le patient éprouve des difficultés importantes à ce sujet.

Le plan d'action sera différent en présence d'anorexie ou de perte de poids rapide. La phase de réalimentation est ici primordiale pour la sécurité des patients. Elle permet, de plus, une diminution des rigidités cognitives qui sont secondaires à la dénutrition et qui interféreraient avec les étapes subséquentes. Vous passerez donc immédiatement à l'étape 5.12 avant de revenir aux étapes 5.8 à 5.11.

5.8 Les déclencheurs d'accès boulimiques

Le document intitulé : « travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques » à la section 7.8, pourra servir d'aide mémoire pour le thérapeute et pour le patient. On survole les différents points avec le patient qui pourra identifier ceux qui sont pertinents dans son cas. On utilise aussi le journal d'auto-observation pour bien déceler les déclencheurs des accès boulimiques sur

lesquels on aura intérêt à travailler. On aborde ensuite graduellement ces différents éléments en fixant des objectifs spécifiques via la prescription de travaux à domicile.

Certains lieux ou contextes sont souvent associés aux accès boulimiques. On invite le patient à manger à table, dans la cuisine ou la salle à manger. Il est aussi préférable de se concentrer uniquement sur le repas. On évitera donc de manger en lisant ou écoutant de la musique, en regardant la télé, en travaillant...

L'absorption rapide de nourriture est aussi associée aux accès boulimiques. On conseille donc de manger lentement, de déposer la fourchette entre chaque bouchée et d'essayer d'apprécier le goût de la nourriture. Cette façon de s'alimenter permet aussi de reprendre conscience des signaux de faim et de satiété. On invite le patient à porter attention à ces signaux et aussitôt que le signal de satiété commence à apparaître, à prendre l'habitude de cesser de s'alimenter quitte à laisser de la nourriture dans l'assiette.

Il est préférable de ne pas manger à même le contenant. Il faut se servir une portion raisonnable, laisser le contenant à distance et aller s'asseoir avec son assiette avant de commencer à manger.

Certains types d'aliments sont souvent associés aux accès boulimiques. Au début du traitement, on conseillera d'en limiter la disponibilité. Les aliments les plus « dangereux » ou « interdits » ne seront généralement réintroduits de façon contrôlée qu'à la fin du processus de réintroduction progressive des aliments évités (étape 5.10 règles et restrictions alimentaires).

Les émotions désagréables, l'ennui, la solitude et l'inactivité sont souvent des facteurs précipitants des accès boulimiques. On peut alors suggérer au patient de se préparer une liste d'activités alternatives (habituellement, on recherche des activités plaisantes, interpersonnelles ou activités physiques). On peut rédiger une fiche thérapeutique (*coping card*) à partir de cette liste. Le patient pourra garder cette fiche sur lui et l'utiliser au besoin.

Les émotions désagréables peuvent être améliorées par l'utilisation des techniques cognitives. Les aspects plus spécifiques concernant certaines croyances centrales sur le thème de l'importance exagérée accordée à la minceur, du poids et de son contrôle seront abordés ultérieurement. Lorsque ces émotions désagréables sont le plus souvent en lien avec le trouble alimentaire, ces approches décrites à la section suivante (5.9) seront souvent suffisantes.

5.9 L'importance exagérée accordée à la minceur, au poids et à son contrôle

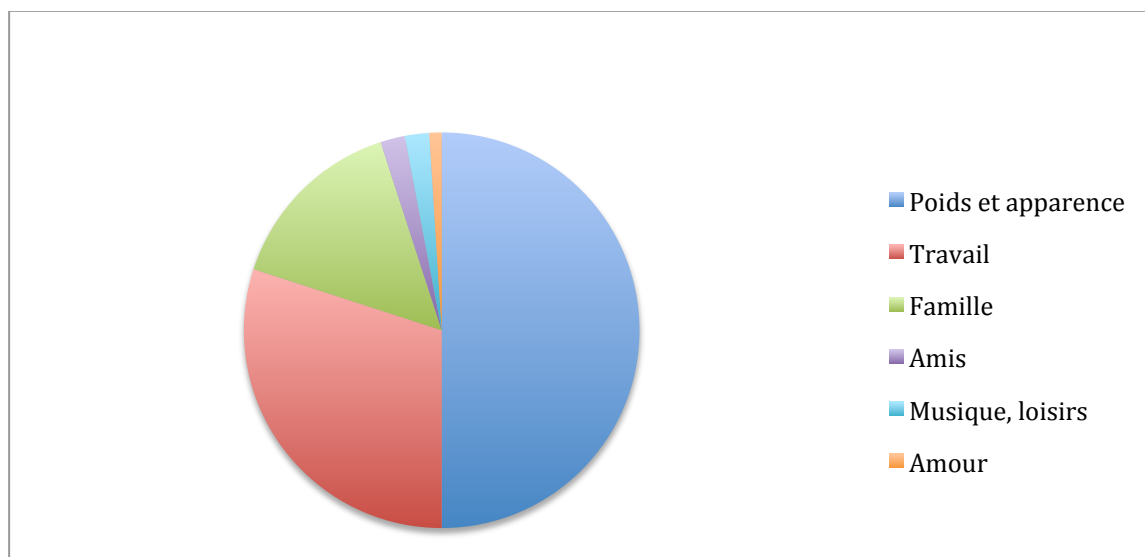
Selon Fairburn (([Fairburn, 2008](#)) p.96), l'expérience clinique et la recherche suggèrent que le risque de rechute est nettement plus élevé si l'importance exagérée accordée à la minceur et au poids n'a pas été améliorée.

Voyons à ce sujet les trois points suivants :

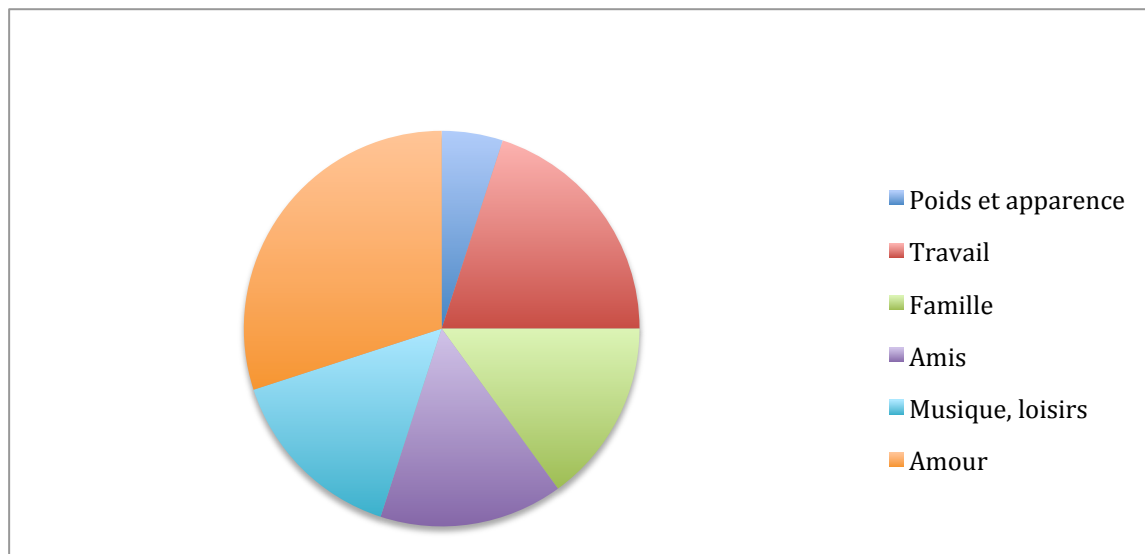
- L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids
- La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (*body checking and avoidance*)
- Le fait de se sentir gros

5.9.1 L'importance exagérée accordée à la minceur et au poids

L'objectif est de réaliser que ces croyances prennent un espace démesuré, génèrent beaucoup de souffrance et restreignent le reste des activités. Pour illustrer ce concept, on peut faire l'exercice des « pointes de tarte ». Le patient réfléchit aux différents aspects de la vie auxquels on peut se consacrer. Il en fera une liste. Par la suite, il inscrira, sur un diagramme en pointes de tarte, l'importance relative de chacun de ces domaines dans sa vie actuelle (considérant le temps, l'énergie ainsi que les préoccupations engendrées).

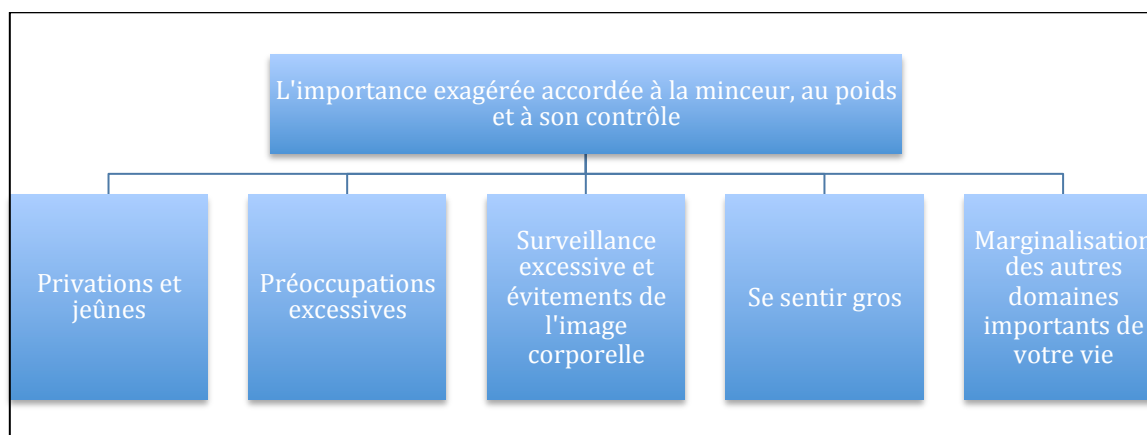


On discute du système de valeur du patient pour l'aider à identifier ce qui est le plus important à ces yeux. On peut ensuite faire un deuxième diagramme représentant les proportions qui illustreraient le mieux ce système de valeur.



Le contraste entre les deux diagrammes nous permet d'identifier des domaines d'activités signifiants et prioritaires pour le patient. On utilise une approche comportementale pour permettre à notre patient d'agir en fonction de ses valeurs, au quotidien.

On peut ensuite discuter des conséquences de l'importance démesurée accordée au poids. Voici quelques pistes de discussion : privations, jeûnes, vérifications excessives du corps (*body checking*), évitements, se sentir gros et la marginalisation des autres aspects importants de la vie.



5.9.2 La surveillance et l'évitement de l'image corporelle (*body checking and avoidance*)

La surveillance corporelle (*body checking*)

On aide d'abord notre patient à identifier les comportements excessifs de surveillance de son corps. Le patient est ensuite invité à observer et noter ces comportements dans son journal d'auto-observation. Ces comportements devront être décrits de manière détaillée.

On invite le patient à exprimer ce qui l'incite à s'observer ainsi. On l'amène ensuite, graduellement, à prendre conscience des inconvénients qu'il y a à répéter aussi souvent de tels comportements. Ces comportements seront cessés graduellement. On peut d'abord le tenter sous forme d'expériences comportementales en observant bien l'impact sur les préoccupations. Il faut parfois déplacer ou retirer certains miroirs, gallon à mesurer...

Les évitements

Les évitements de certains types d'aliments considérés dangereux seront traités plus loin. Ici on s'intéresse à la tendance à s'abstenir de s'exposer au regard des autres. Les patients peuvent par exemple, éviter certains vêtements, certains lieux où le corps est exposé (piscines, plages...). La personne évite parfois d'exposer son corps face à son conjoint. Il faut d'abord identifier ces évitements. On pourra par exemple, lui suggérer de regarder dans sa garde-robe ou dans des boutiques, les vêtements qu'elle aimerait être capable de porter si elle n'était pas si préoccupée par son image corporelle. On peut ensuite procéder à des exercices d'exposition graduée en respectant les principes d'exposition. L'ouvrage de Chaloult ([Chaloult et al., 2008](#)) présente ces principes de manière détaillée. Il notera ses exercices sur la grille d'auto-observation des exercices d'exposition, section 7.10.

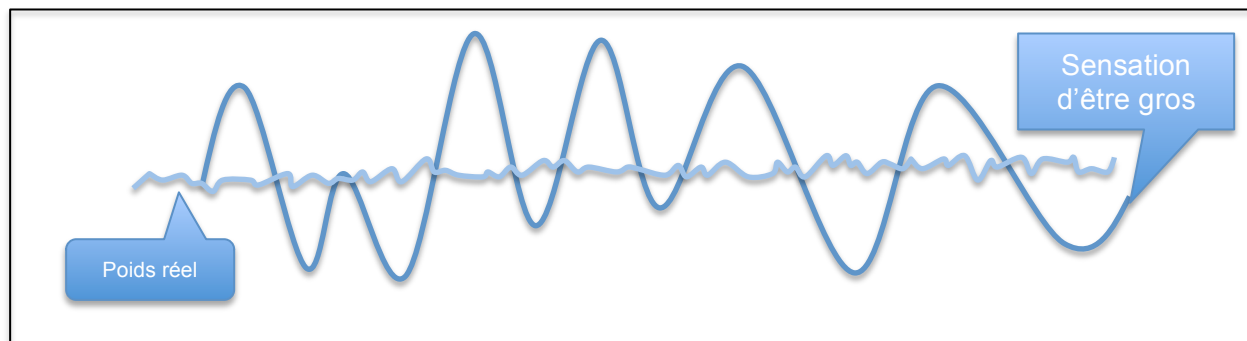
Se comparer aux autres

On suggère au patient d'observer sa tendance à comparer son image corporelle à celle des autres. On l'emmène à réaliser qu'il y a souvent un important biais de sélection. Les comparaisons sont souvent les modèles vus dans les magazines ou à la télé. On peut proposer une expérience où il va observer sans aucune sélection tous les passants du même genre et du même âge, pour constater la très grande diversité des tailles et formes des corps.

5.9.3 Le fait de se sentir gros

Le fait de se sentir gros est souvent une cible de traitement importante parce que la personne a tendance à conclure que si elle se sent grosse cela signifie qu'elle l'est dans la réalité (distorsion cognitive : raisonnement émotif). Ainsi, se sentir gros est non seulement une conséquence de la préoccupation excessive à propos du poids, mais aussi un facteur perpétuant. Cette sensation provient souvent du fait que le patient identifie mal et confond certaines sensations physiques et émotions.

On invite le patient à observer les moments où il lui arrive de se sentir gros, au besoin, à l'aide du journal d'auto-observation. Si cette sensation est problématique, ce qui est souvent le cas, on peut faire un peu de psychoéducation sur le sujet. On explique que cette sensation va souvent masquer d'autres émotions ou sensations. On illustre qu'il n'y a généralement pas de relation entre le fait de sentir gros et le fait d'être gros. On peut observer à quel point cette sensation varie beaucoup dans le temps, et ce de façon indépendante et très différente des variations du poids. L'illustration ci-dessous peut aider à illustrer ce concept.



La sensation de ballonnement sera abordée à la section 5.12, car elle représente souvent un des obstacles au retour vers un poids santé.

5.10 Règles et restrictions alimentaires

Le **jeûne** consiste à éviter de s'alimenter pendant plusieurs heures. Nous en avons déjà parlé à l'étape 5.6 en établissant un horaire alimentaire planifié.

La **privation** alimentaire consiste à limiter la quantité de nourriture ingérée en deçà de ces besoins. Ceux qui se restreignent de façon excessive devront commencer par cesser de compter les calories, puis augmenter progressivement les quantités de nourriture. Pour une description plus détaillée, voir l'étape 5.12

Les comportements purgatifs non compensatoires ont été abordés à l'étape 5.6. Au stade actuel, les comportements purgatifs compensatoires auront souvent disparu ou seront grandement diminués. Si des **vomissements** compensatoires persistent, on abordera directement ce comportement. Pour ce faire, on peut d'abord augmenter le laps de temps qui s'écoule entre la fin de la boulimie et le début des vomissements. On peut suggérer en premier lieu d'essayer de ne pas vomir après une boulimie moins importante ou après une consommation d'aliments (type et quantité) qui génère une anxiété légère à modérée pour que ce soit tolérable et augmenter le niveau de difficulté selon une hiérarchie déterminée. La grille d'auto-observation des exercices d'exposition (section 7.10) pourra être utilisée.

L'évitement de certains types de nourriture doit aussi être affronté. Pour ce faire, on peut inviter le patient à se rendre à l'épicerie et à parcourir les allées en notant les aliments qu'il évite. Il va choisir dans la liste quelques aliments (de 5 à 10), en prenant soin d'en sélectionner quelques-uns parmi les plus faciles, puis d'autres, moins faciles, et finalement les plus difficiles. Il pourra ensuite établir une hiérarchie et procéder progressivement à cette réintroduction. Certains de ces exercices d'exposition pourront être débutés au cours des séances de thérapie. La grille d'auto-observation des exercices d'exposition (section 7.10) pourra être utilisée.

5.11 Terminaison et prévention des rechutes

5.11.1 Résumé de thérapie

On invite le patient à parcourir toutes ses notes de thérapie et à rédiger un résumé de thérapie très personnel qui énumère les éléments qui ont été les plus utiles et qui pourront être utilisés advenant un retour des symptômes. Pour ce faire, on peut utiliser la fiche pour le résumé de thérapie à la section 7.11.

5.11.2 Fiche de prévention des rechutes

Cette fiche thérapeutique s'intitule : «Est-ce que je fais une rechute?» Elle sert à identifier les symptômes précurseurs de rechute et à prendre sans tarder les mesures nécessaires. Elle se trouve à la section 7.12 accompagnée d'une fiche qui peut servir d'exemple.

5.11.3 Entrevues de consolidation

On sait que les changements de comportements prennent du temps à se consolider. C'est pourquoi on offre aux patients de les revoir après quelques mois une fois la thérapie complétée. Une ou deux entrevues de consolidation sur 3 à 12 mois seront le plus souvent suffisantes. Si le patient est plus fragile, on peut espacer les rendez-vous plus graduellement.

5.12 En cas d'anorexie : retour à un poids santé

En cas d'anorexie, on procède généralement de la façon suivante. On débute avec les étapes 5.1 à 5.7, puis on passe à l'étape 5.12 pour revenir à un poids santé et on termine avec les étapes 5.8 à 5.11.

Le retour à un poids santé, est crucial et prioritaire surtout lorsque l'IMC est très bas.

Cette étape se divise en deux phases :

1. La reprise de poids
2. Le maintien du poids santé

5.12.1 La reprise de poids

Cette phase est à la fois la plus difficile et la plus importante en cas d'anorexie. L'aide d'un nutritionniste constitue un atout précieux tout au long du traitement, mais encore plus particulièrement à cette étape. Une équipe médicale solide est importante en cas d'anorexie sévère. Le syndrome de réalimentation (*refeeding syndrome*) est une complication grave et potentiellement létale pouvant survenir ici.

Ceci étant dit, la plupart des cas d'anorexie peu sévères peuvent être réalimentés oralement, de façon graduelle, en externe avec une supervision médicale. Il faudra être

déterminé et persévérant pour atteindre un IMC de 19 à 20. Une prise de poids moindre n'est certainement pas une mauvaise chose, mais, comme les structures cognitives rigides qui maintiennent l'anorexie n'ont tendance à s'améliorer significativement qu'à partir de ce seuil, les gains moindres sont beaucoup moins sujets à se maintenir.

Un graphique est utile pour suivre le gain de poids. On y inscrit le seuil inférieur d'IMC à 19 ou 20 et la fenêtre de poids santé (section 7.2 : courbe de poids, voir 2^e exemple).

On discute ensuite des mesures à pour gagner du poids. Il faut évidemment augmenter l'apport calorique, mais de quelle façon? Les personnes qui souffrent d'anorexie consomment généralement des aliments à faible concentration calorique. Se limiter à augmenter la quantité de ce type d'aliment risque d'être inefficace. En effet, pour y arriver, il faudrait en ingérer de très grandes quantités. Or le retard de vidange gastrique provoque des sensations de ballonnements très désagréables même après l'ingestion de quantités modestes de nourriture.

Conséquemment, on recommandera de consommer des aliments et des boissons concentrés en calories. Pour atteindre l'objectif d'une prise de poids d'environ 500g par semaine, il faut consommer 500 calories par jour de plus que les besoins. Les patients sont très inquiets et ont l'impression qu'ils risquent de prendre du poids de façon rapide et incontrôlée aussitôt qu'ils relâchent leur privation. Lorsqu'ils tentent d'y arriver, ils sont souvent surpris de constater que c'est le contraire qui survient et que la prise de poids est très difficile et demande des efforts soutenus.

Pour y arriver, on pourra par exemple suggérer trois repas et deux collations couvrant les besoins caloriques de la personne selon sa taille et y ajouter deux bouteilles de suppléments alimentaires médicaux (de type Ensure), après le déjeuner et le souper ou en soirée.

Pendant la reprise de poids, la sensation d'être gros sous toutes ses formes devient souvent un obstacle important. Elle comprend différents phénomènes qui se recoupent : la sensation interne de gonflement de l'abdomen, la perception visuelle du ventre faisant protrusion de même que l'impression d'avoir trop mangé, de porter des vêtements trop serrés ou plus globalement « d'être gros ».

La sensation interne de gonflement est en partie reliée au retard de vidange gastrique. La réalimentation graduelle va généralement corriger la situation. Il est important de rappeler que cette sensation est la conséquence du trouble alimentaire et qu'elle ne doit pas être confondue avec la satiété. En ce sens, elle n'indique pas que la personne se soit suffisamment alimentée.

La perception visuelle de l'abdomen gonflé peut être atténuée en minimisant les aliments à faible teneur calorique, les fibres alimentaires et les boissons gazeuses. Souvent, il s'agit de préoccupations excessives par rapport à l'image corporelle sous forme de *body checking* discuté à la section 5.9.2 et qui sera abordé plus tard en cas d'anorexie. On invitera le patient à éviter les vêtements trop serrés qui peuvent accentuer cette sensation.

La sensation plus globale d'être gros est abordée à la section 5.9.3. De la même façon, si elle interfère avec le progrès de la reprise de poids, elle peut être abordée à cette étape-ci.

Mentionnons que les mêmes principes s'appliquent pour les patients qui ont un IMC de 17.5 à 19. Cependant, comme la dénutrition est moins importante, il n'est souvent pas nécessaire d'utiliser les suppléments alimentaires.

5.12.2 Le maintien du poids

Lorsqu'on approche de l'objectif de poids, les suppléments alimentaires pourront être cessés graduellement (le premier sera cessé à un IMC de 19 et le second à 19.5). Les patients sont souvent surpris, à ce stade, de constater à quel point ils peuvent manger sans prendre de poids. On consolide les bonnes habitudes alimentaires et on tente de trouver un nouvel équilibre. Rendu ici, il se peut que le patient commence à reprendre contact avec ses véritables sensations de faim et de satiété. Pendant les semaines qui suivent, on pourra passer aux étapes suivantes en gardant un œil sur le poids et les habitudes alimentaires.

Section 6 : Déroulement du traitement

La durée de la thérapie varie de façon importante d'une personne à l'autre. Par exemple, avec les cas d'anorexie, il n'est pas rare de devoir consacrer une quarantaine de séances, puisqu'il faut généralement prendre plus de temps pour favoriser la motivation et la phase de réalimentation qui s'ajoute dans ces cas, est souvent étalée sur plusieurs semaines. Les séances sont généralement hebdomadaires. Fairburn (2008) suggère deux visites par semaine en début de traitement.

Un plan détaillé séance par séance est suggéré à titre indicatif dans la section 6 de la version complète du guide que vous pouvez aussi retrouver sur www.tccmontreal.com, dans la section « les guides ». Il est davantage adapté pour des cas de boulimie ou de trouble hyperphagique boulimique peu sévères et sans comorbidité.

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 Indice de masse corporelle (IMC)

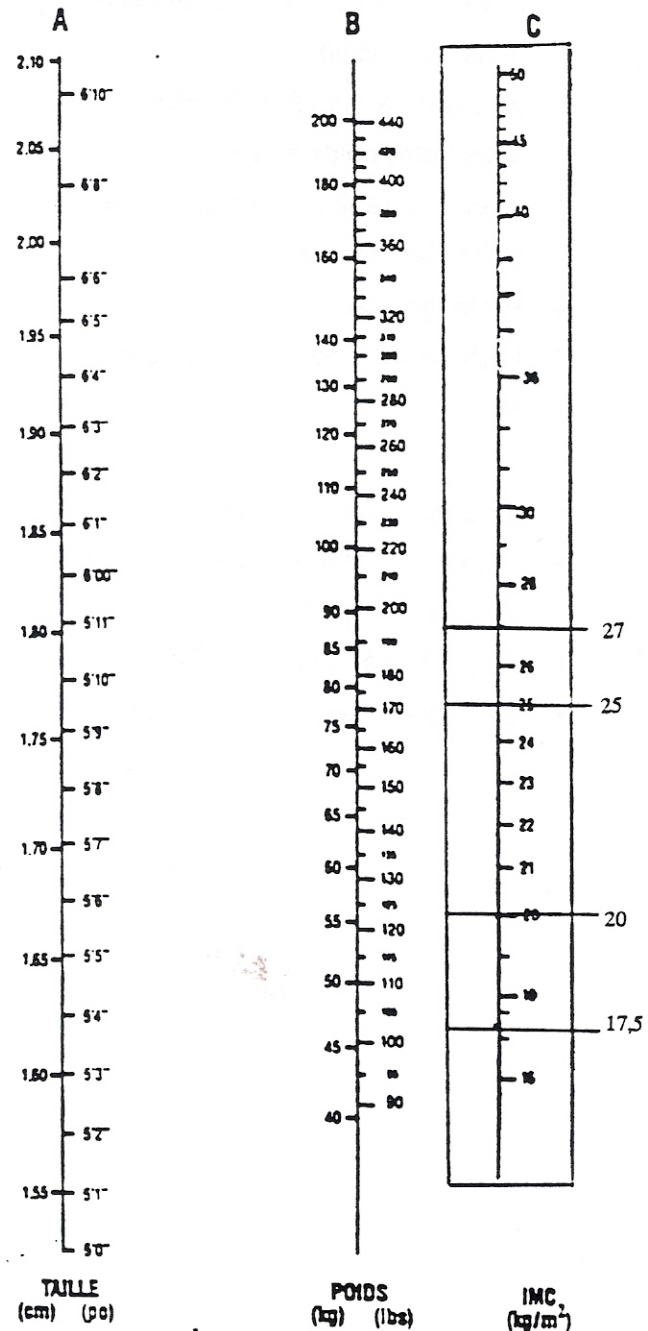
INDICE DE MASSE CORPORELLE

(IMC ou MBI)

1. Faites un X sur l'échelle «A» vis-à-vis votre taille.
2. Faites un X sur l'échelle «B» vis-à-vis votre poids actuel.
3. Avec une règle, tracez une ligne reliant les deux X.
4. Prolongez cette ligne sur l'échelle «C» pour trouver votre IMC.
5. Pour le calculer :

$$\text{Poids (kg)} / (\text{taille (m)})^2 = \text{IMC (kg/m}^2\text{)}$$

- 17,5 ou moins : anorexie
- 17,5 à 20 : problème de santé possible
- 20 à 25 : poids normal
- 25 à 27 : début d'excédent de poids
- 27 ou plus : excédent de poids
- 30 à 35 : Obésité classe I
- 35 à 40 : Obésité classe II
- Plus de 40 : Obésité classe III



INDICE DE MASSE CORPORELLE (exemple)

(IMC ou MBI)

Comment trouver votre IMC :

1. Faites un X sur l'échelle «A» vis-à-vis votre taille. **Ex : 5'7"**
2. Faites un X sur l'échelle «B» vis-à-vis votre poids actuel. **Ex : 104 lbs**
3. Avec une règle, tracez une ligne reliant les deux X.
4. Prolongez cette ligne sur l'échelle «C» pour trouver votre IMC. **Ex : IMC = 16**
Fenêtre de poids santé : 127 à 160 lbs

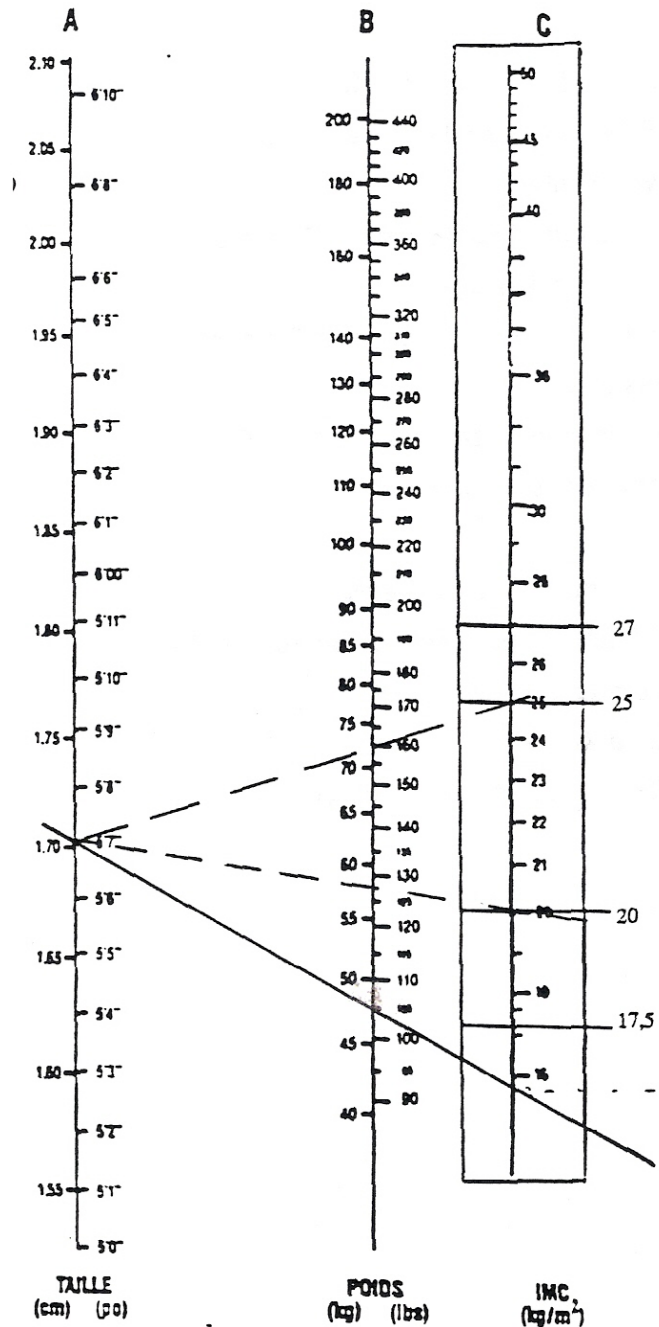
5. Pour le calculer :

Poids (kg) / (taille (m))² = IMC (kg/m²)

Ex : 47.3kg / (1,7m)² = 47.3 / 2.92 =

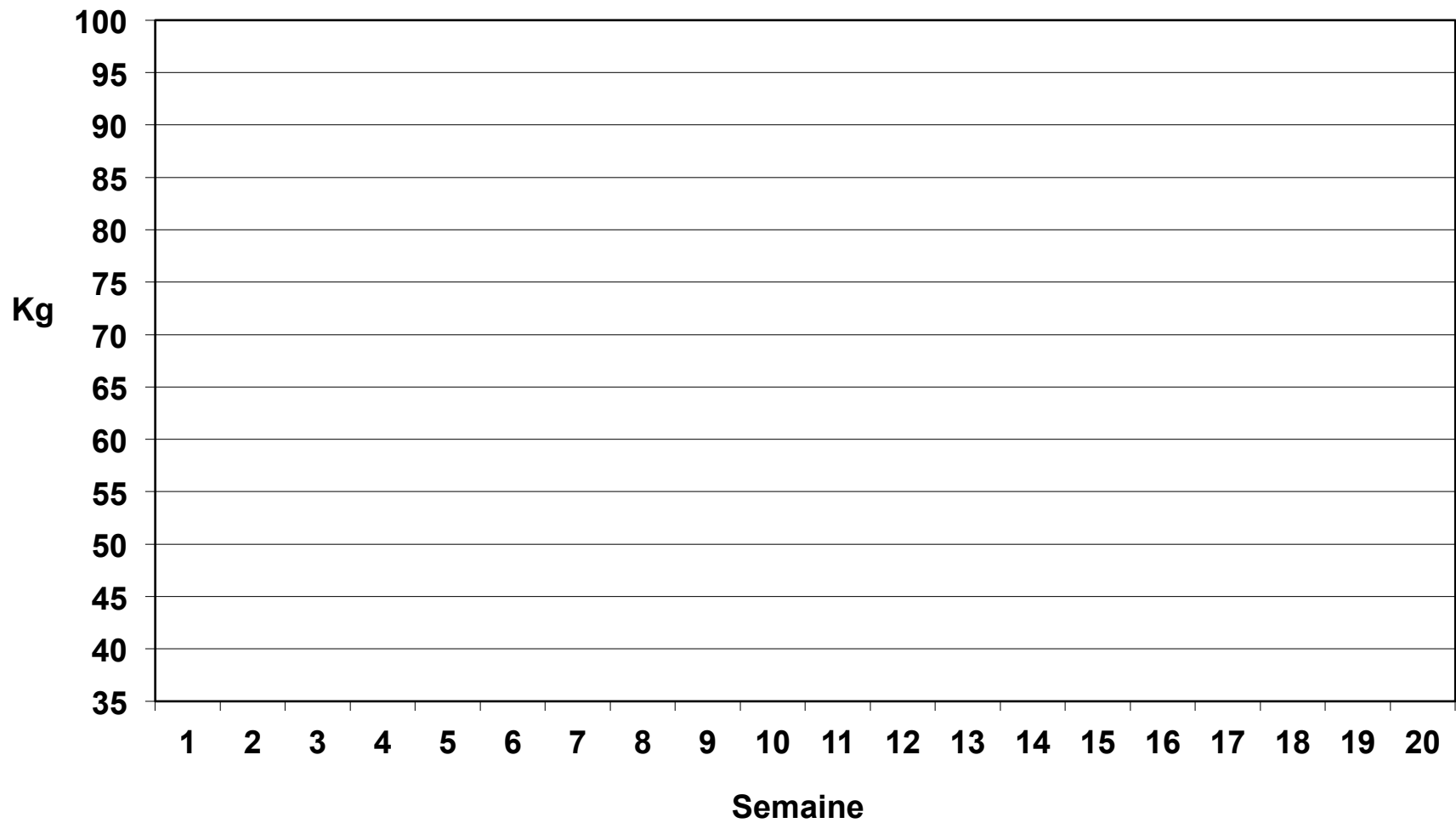
16.2

- 17,5 ou moins : anorexie
- 17,5 à 20 : problème de santé possible
- 20 à 25 : poids normal
- 25 à 27 : début d'excédent de poids
- 27 ou plus : excédent de poids
- 30 à 35 : Obésité classe I
- 35 à 40 : Obésité classe II
- Plus de 40 : Obésité classe III



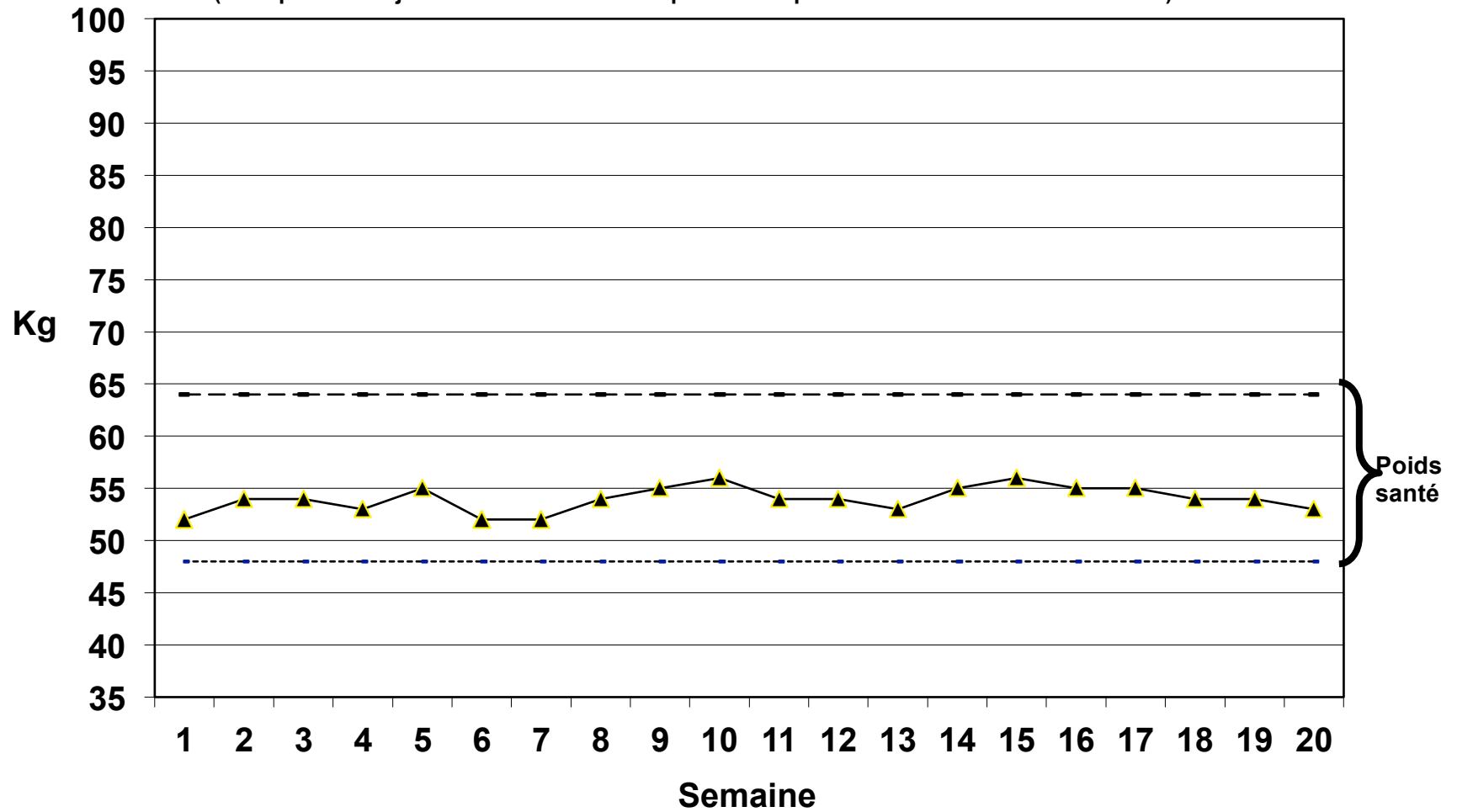
7.2 Courbe de poids

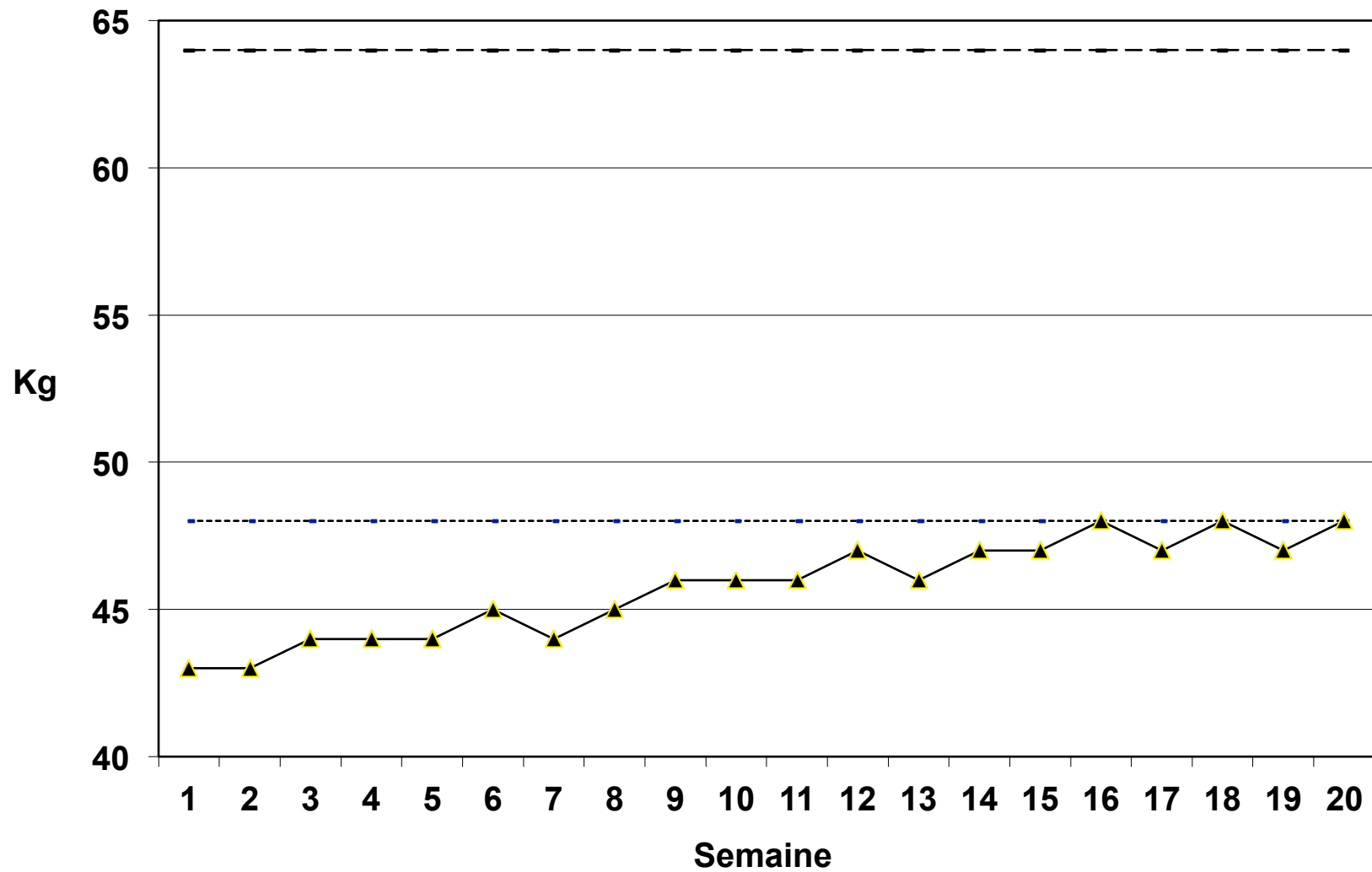
Courbe de poids



Courbe de poids

(exemple d'un sujet souffrant de boulimie qui avait un poids santé en début de traitement)



COURBE DE POIDS (exemple d'un sujet souffrant d'anorexie)

7.3 Eating Attitude Test (EAT 26)

EAT-26 (Eating Attitudes Test-26)

Nom : _____ **Date :** _____ **Résultat :** _____

La plupart des questions portent directement sur vos habitudes alimentaires.

Veuillez cocher la case correspondant à votre situation, s'il vous plaît.

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros(se).						
2. J'évite de manger quand j'ai faim.						
3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture.						
4. J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger.						
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux.						
6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments quand je mange.						
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pomme de terre, riz...).						
8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange d'avantage.						
9. Je vomis après avoir mangé.						
10. Je me sens très coupable après avoir mangé.						
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe.						
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.						
13. Les autres pensent que je suis trop mince.						
14. Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps.						
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas.						
16. J'évite de manger des aliments sucrés.						
17. Je mange des aliments diététiques.						
18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.						
19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation.						
20. Je sens que les autres me poussent à manger.						
21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture.						
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.						
23. Je m'oblige à me mettre à la diète.						
24. J'aime avoir l'estomac vide.						
25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches.						
26. Je ressens le besoin de vomir après les repas.						

Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)

L'échelle EAT-26 comporte 26 items formant 3 sous-échelles : 1) la diète (ou restriction alimentaire), qui comprend 13 items reliés à la préoccupation concernant la minceur ; 2) la boulimie regroupant 6 items qui évaluent les comportements boulimiques, tels que les orgies alimentaires, les vomissements provoqués et les purges ; 3) le contrôle de la prise alimentaire, regroupant 7 items reliés aux phénomènes observés chez des patients souffrant d'anorexie, tels que l'autocontrôle devant la nourriture et la perception de pressions sociales encourageant un gain de poids.

Ses 26 items permettent de déterminer la fréquence du comportement, des émotions ou des pensées décrits sur une échelle de 6 points (1 =jamais, 6 = toujours). Pour l'établissement du score EAT-26, pour tous les items (items directs) à l'exception du #25 (item inversé), chacune des réponses reçoit la valeur suivante:

Toujours = 3 / Très souvent = 2 / Souvent = 1 / Parfois = 0 / Rarement = 0 / Jamais = 0

Pour l'item #25, les réponses sont ainsi cotées:

Toujours = 0 / Très souvent = 0 / Souvent = 0 / Parfois = 1 / Rarement = 2 / Jamais = 3

Un score de 20 ou plus est un indicateur de la présence d'un trouble alimentaire.

7.4 Inventaire de Beck de dépression et inventaire de Beck anxiété

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.

2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.

3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

- | | | | |
|-----|---|-----|--|
| 1. | 0 () Je ne me sens pas triste. | 11. | 0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. |
| | 1 () Je me sens morose ou triste. | | 1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. |
| | 2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. | | 2 () Je me sens irrité(e) tout le temps. |
| | 2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. | | 3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| | 3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | | |
| 2. | 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. | 12. | 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. |
| | 1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur. | | 1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. |
| | 2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. | | 2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. |
| | 2 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. | | 3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| | 3 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer. | | |
| 3. | 0 () Je ne sens pas que je suis un échec. | 13. | 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. |
| | 1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. | | 1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. |
| | 2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. | | 2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. |
| | 2 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. | | 3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| | 3 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | 14. | 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. |
| 4. | 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). | | 1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. |
| | 1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. | | 2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. |
| | 2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. | | 3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| | 2 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. | 15. | 0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. |
| | 3 () Je suis mécontent(e) de tout. | | 1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. |
| 5. | 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable. | | 1 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. |
| | 1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. | | 2 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. |
| | 1 () Je me sens plutôt coupable. | | 3 () Je ne peux faire aucun travail. |
| | 2 () Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. | 16. | 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude. |
| | 3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne. | | 1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. |
| 6. | 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). | | 2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. |
| | 1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. | | 3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| | 2 () Je sens que je suis ou serai puni(e). | 17. | 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. |
| | 3 () Je sens que je mérite d'être puni(e). | | 1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant. |
| | 3 () Je veux être puni(e). | | 2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit. |
| 7. | 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. | | 3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| | 1 () Je suis déçu(e) de moi-même. | 18. | 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude. |
| | 1 () Je ne m'aime pas. | | 1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. |
| | 2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même. | | 2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. |
| | 3 () Je me hais. | | 3 () Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 8. | 0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres. | 19. | 0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). |
| | 1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. | | 1 () J'ai perdu plus de 5 livres. |
| | 2 () Je me blâme pour mes fautes. | | 2 () J'ai perdu plus de 10 livres. |
| | 3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | | 3 () J'ai perdu plus de 15 livres. |
| 9. | 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal. | 20. | 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. |
| | 1 () J'ai des idées de me faire du mal, mais je ne les mettrai pas à exécution. | | 1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. |
| | 2 () Je sens que je serais mieux mort(e). | | 2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. |
| | 2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). | | 3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | 3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. | | |
| | 3 () Je me tuerais si je le pouvais. | 21. | 0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. |
| 10. | 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude. | | 1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. |
| | 1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant. | | 2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. |
| | 2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. | | 3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |
| | 3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer, mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | | |

INVENTAIRE DE BECK ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encrant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant, mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	«Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3

16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougisement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

**COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS
DES INVENTAIRES DE BECK
POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ**

0 à 9 :	normal
10 à 19 :	dépression ou anxiété légères
20 à 25 :	dépression ou anxiété modérées
26 à 29 :	dépression ou anxiété modérées à sévères
30 à 40 :	dépression ou anxiété sévères
41 ou plus :	dépression ou anxiété très sévères

7.5 Journal d'auto-observation

JOURNAL D'AUTO-OBSERVATION

Adapté de ([Fairburn, 2008](#))

Jour : _____

Date : _____

[illegible]

COMMENT COMPLÉTER LE JOURNAL D'AUTO-OBSERVATION .

Débutons par une mise en garde. Le journal d'auto-observation n'est pas une façon de contrôler ce que vous mangez ni de compter les calories ou peser les aliments. Il vous permet d'observer les facteurs qui influencent votre alimentation et les relations entre les comportements alimentaires, les événements, les pensées et les émotions. Même lorsqu'il est complété dans cet esprit, il se peut que vous ressentiez une augmentation passagère de vos préoccupations par rapport à la nourriture.

- **1^{ère} colonne** : Notez l'heure à laquelle vous avez mangé (ou bu).
- **2^e colonne** : Notez de façon détaillée ce que vous avez mangé, incluant les accès boulimiques. Ne notez pas les calories. Contentez-vous d'une simple description des aliments. Prenez vos notes dès que cela est possible après la prise d'aliments. Les notes complétées plusieurs heures plus tard sont beaucoup moins fiables. Il est très important de noter rapidement chacune de vos prises de nourriture. Les aliments considérés comme un repas seront suivis d'une parenthèse et les collations seront notées sans parenthèses.
- **3^{ième} colonne** : Spécifiez le lieu où vous étiez lorsque vous avez consommé cette nourriture. Si vous êtes à la maison, précisez dans quelle pièce vous avez mangé.
- **4^e colonne** : Inscrivez un astérisque en face des aliments que vous avez absorbés rapidement et avec un sentiment de perte de contrôle. Les accès boulimiques apparaîtront sous la forme d'une série d'astérisques.
- Notez tout les vomissements de même que l'usage de laxatifs ou de diurétiques. Inscrivez V pour vomissement, L pour laxatif et D pour diurétique. S'il y a 3 vomissements consécutifs par exemple, vous pouvez inscrire : « V X 3 ». Si vous avez utilisé des laxatifs ou diurétiques, inscrivez le nom du médicament, la dose et le nombre de comprimés dans la colonne suivante intitulée : « contexte/commentaires ».
- **5^e colonne** : Vous pouvez inscrire tout ce qui a pu influencer votre alimentation. Notez particulièrement les facteurs qui semblent avoir déclenché vos accès boulimiques.

7.6 Suivi de thérapie

SUIVI DE THÉRAPIE

Semaine	Boulimies	V/L/D	Bonnes Journées	Poids	Événements, commentaires
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

1^{re} colonne : Nombres de semaines de traitement.

2^e colonne : Notez le nombre d'accès boulimiques survenus au cours de cette semaine.

3^e colonne : Notez le nombre de vomissements (V), combien de fois vous avez utilisé des laxatifs (L), combien de fois vous avez utilisé des diurétiques (D).

4^e colonne : Notez le nombre de « bonnes journées ». **Vous avez eu une bonne journée lorsque vous avez fait de votre mieux pour respecter les objectifs actuels du programme.** La définition évoluera en cours de traitement à mesure que les objectifs thérapeutiques progresseront. Par exemple si vous en êtes à l'étape où votre seul objectif consiste à compléter votre journal d'auto-observation, vous considérerez la journée comme bonne si vous avez bien complété le journal, et ce même si vous avez eu plusieurs boulimies.

5^e colonne : Notez votre poids. Si vous vous êtes pesé plus d'une fois dans la semaine, ne notez que le poids que vous aviez au moment prévu pour la pesée.

6^e colonne : Vous pouvez noter les événements significatifs, la progression des étapes de thérapie, etc.

7.7 Instructions pour l'horaire alimentaire planifié

Instructions pour l'horaire alimentaire planifié

L'objectif à cette étape n'est pas de modifier la quantité de nourriture que vous prenez, mais bien le moment où la nourriture sera prise. On veut ici diminuer les périodes de jeûne et mettre en place un horaire alimentaire plus régulier.

Planifiez la veille ou le matin au lever, dans le haut de votre journal alimentaire, un horaire alimentaire comprenant trois repas et deux à trois collations.

Exemple :

- 7h déjeuner
- 10h30 collation AM à la pause (apporter ma pomme)
- 12h15 dîner (Ne pas oublier mon lunch)
- 15h collation PM (après la réunion, je prendrai ma barre tendre)
- 18h30 souper
- 21h collation de soirée

Instructions :

- Prenez chaque repas et chaque collation tels que planifiés
- Ne pas en sauter
- Ne pas rester plus de 4 heures sans manger (sauf la nuit)
- Ne pas manger entre les moments planifiés
- Évitez les comportements compensatoires après les repas et collations (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercices excessifs)
- À ce stade, vous choisissez les aliments et la quantité que vous voulez (au début, il est souvent préférable de ne pas garder d'aliments « dangereux » facilement disponibles).
- Sachez toujours à quel moment aura lieu votre prochaine prise d'aliments.

JOURNAL D'AUTO-OBSERVATION

Adapté de ([Fairburn, 2008](#))

Jour : _____

Date : _____

Planification de l'horaire :

- Planifiez 3 repas et 2 ou 3 collations
- Pas plus de 4 heures sans manger
- Prenez tous vos repas et collations
- Ne mangez pas en dehors des périodes prévues
- Mangez ce que vous voulez tant que vous pouvez le faire sans vomir ni compenser
- Vous devez toujours savoir à quel moment aura lieu la prochaine prise de nourriture

Heure	Nourriture	Lieu	* V/L/D	Contexte – commentaires

7.8 Travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques

Travail sur les déclencheurs d'accès boulimiques

- ✓ Mangez à **table** et non au comptoir ou près du réfrigérateur et des armoires.
- ✓ Utilisez une **assiette** et évitez de manger à même les contenants.
- ✓ Servez-vous des **portions raisonnables** (ni trop petites ni trop grosses).
- ✓ Rangez les **contenants à distance** lorsque vous mangez, quitte à vous relever pour vous servir à nouveau si vous avez encore faim lorsque vous avez terminé votre assiette.
- ✓ **Concentrez-vous sur le repas.** Vous pouvez converser pendant le repas, mais **évitez de vous distraire en écoutant la télé, en travaillant, en lisant...**
- ✓ **Mangez lentement** et prenez l'habitude de déposer la fourchette entre les bouchées.
- ✓ **Essayez d'apprécier** le goût de la nourriture et le plaisir de manger.
- ✓ **« Écoutez » les signaux de faim et de satiété.**
- ✓ **Cessez de manger lorsque vous n'avez plus faim**, même si il reste de la nourriture dans votre assiette.
- ✓ Au début, limitez la disponibilité des aliments « interdits ».
- ✓ Autres outils parfois utiles :
 - Si vous avez tendance à faire des accès boulimiques lorsque vous vous ennuyez ou lorsque vous êtes seul(e) s, utilisez votre **liste d'activités alternatives**.
 - Si vous avez tendance à faire des accès boulimiques lorsque vous éprouvez des émotions désagréables (tristesse, frustration, colère, anxiété, culpabilité, honte...) vous pouvez apprendre la **restructuration cognitive**.
 - Si vous avez tendance à faire des accès boulimiques lorsque vous n'arrivez pas à résoudre vos problèmes vous pouvez apprendre à utiliser une **technique de résolution de problème**.

7.9 Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES SELON BECK

ÉVÉNEMENT Situation ou occasion ou fil des pensées	ÉMOTION Spécifier l'émotion (0-100%)	PENSÉES IMMÉDIATES (Y COMPRIS LES PENSÉES AUTOMATIQUES) Écrire textuellement les pensées à l'origine de l'émotion (0-100 %)	PENSÉES RÉALISTES Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive (0-100 %)	RÉSULTAT Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%)

7.10 Grille d'auto-observation des exercices d'exposition

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES EXERCICES D'EXPOSITION

NOM : _____

DATE : _____

Exercice : _____

Pensées automatiques	Pensées réalistes

Date	Identifier si : vous étiez : 1. seul 2. accompagné	Avez-vous : 1. fait face à la situation 2. évité la situation 3. fait face avec neutralisation ou un objet sécurisant. Spécifiez	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau d'anxiété maximal atteint (0-10)	À quoi pensiez-vous ? Commentaires

7.11 Fiche : Résumé de thérapie

Résumé de thérapie

Ressortez toutes les feuilles d'exercices, les prescriptions de travaux à domicile et les lectures que vous avez faites dans le cadre de votre thérapie. Jetez-y un coup d'œil sans tout relire en détail dans le but de vous remettre en tête toutes les étapes du travail accompli au cours de cette thérapie. Notez ci-dessous ce qui vous a été le plus utile. Il s'agit d'un résumé très personnel. Il n'a pas pour but d'être complet, mais bien d'identifier les outils qui vous ont été utiles pour augmenter vos chances de les intégrer dans votre quotidien à long terme.

7.12 Fiche de prévention des rechutes

Fiche de prévention des rechutes

Est-ce que je fais une rechute?	
Situations à risque	Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute
Symptômes*	

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tous les soirs pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne dors pas bien ».

Fiche de prévention des rechutes : exemple

Est-ce que je fais une rechute?

Situations à risque :

- *L'hiver quand je prends un peu de poids*
- *Surcharge de travail, voyages d'affaires, beaucoup de restos*
- *Disputes avec mon conjoint*
- *Quand je n'ai plus le temps de m'entraîner*

Symptômes*

- *Je suis plus préoccupée par la nourriture*
- *Je me sens coupable quand je mange*
- *Je commence à éviter certains aliments*
- *J'ai très souvent envie d'aller vérifier si j'ai pris du poids*
- *Je me « pince le bourrelet » à répétition*
- *Je recommence à me priver (c'est un TRÈS mauvais signe!!!)*

Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute

- *Rappeler mon thérapeute : Monsieur D., Tél. : 123-4567*
- *Appeler mon médecin Dr B. Tél. : 234-5678*
- *Discuter avec eux pour décider si je devrais reprendre le médicament qui m'a aidé c.-à-d. : Rx untel, x mg, tous les matins*
- *Relire mon résumé de thérapie*
- *Reprendre les exercices qui m'ont aidé :*
- *Pesée hebdomadaire*
- *Horaire alimentaire planifié*
- *Ressortir ma fiche : « quoi faire quand je sens une impulsion de boulimie? »*
- *Mettre mes limites au travail*
- *Résolution de problème si nécessaire*

* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter. Inscrivez bien en quoi ils sont différents des hauts et bas de votre fonctionnement habituel. Il serait préférable d'écrire quelque chose comme « Je ne dors pas plus de quatre heures par nuit presque tous les soirs pendant plusieurs semaines » plutôt que de se limiter à « Je ne dors pas bien ».

7.13 Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas?

Quelles sont les conséquences d'un poids trop bas?²

Elles sont nombreuses et touchent toutes les sphères de fonctionnement. Plusieurs d'entre elles contribuent à générer un cercle vicieux qui enferme la personne dans ses difficultés. Les informations qui suivent sont basées sur des données scientifiques obtenues dans le cadre de recherches portant sur les personnes souffrant de famines, de manque de nourriture et même d'expériences ou des volontaires ont été privés de nourriture.

Si votre poids est trop bas, il est probable que plusieurs des conséquences décrites ci-dessous s'appliquent à vous. Il arrive souvent, chez les personnes qui maintiennent un poids bas depuis longtemps, que ces conséquences passent inaperçues parce qu'elles sont considérées comme faisant partie de leur personnalité.

CONSÉQUENCES D'UN POIDS TROP BAS

- Effets psychologiques
 - Pensées : Pensées rigides, concentration plus difficile. L'alimentation devient obsédante et les autres intérêts sont souvent restreints.
 - Émotions : Plus de tristesse et d'irritabilité.
 - Comportements : Comportements plus rigides et rituels en particulier autour de l'alimentation. Moins de spontanéité.
- Effets sociaux : Isolement social.
- Effets sur votre corps
 - Cœur et circulation : Ralentissement du rythme cardiaque, baisse de la tension artérielle, étourdissements, faiblesse. Dans certains cas on peut même observer des troubles du rythme cardiaque qui peuvent être mortels.
 - Sexualité, hormones : Diminution des hormones sexuelles, de la libido et arrêt des menstruations
 - Os : Risque plus élevé d'ostéoporose et de fractures
 - Système digestif : Les intestins ralentissent et l'estomac met plus de temps à se vider ce qui explique la sensation de ballonnement.
 - Muscles : Faiblesse musculaire
 - Peau, cheveux: Apparition de duvet, perte de cheveux, sécheresse de la peau.
 - Température : Frilosité

² Adapté et résumé de (Fairburn, 2008) p.154-155.

7.14 Les avantages et les inconvénients

Les avantages et inconvénients (poids inférieur au poids santé)

Vous vous préparez à tenter de surmonter votre trouble alimentaire. Pour ce faire vous devrez faire des efforts importants et soutenus. En particulier, vous devrez prendre du poids pour revenir à un poids santé. Quelles sont vos craintes face à ces changements? Quels inconvénients pourrait-il y avoir si vous y arrivez? Notez le tout dans la première colonne du tableau ci-dessous.

Pour saisir quels seraient pour vous les avantages du changement, observez votre vie et tentez d'identifier toutes les conséquences négatives du trouble alimentaire dont vous pourriez être soulagé. Pensez aux conséquences à court et à long terme. Regardez la liste des conséquences d'un poids trop bas et détectez celles qui s'appliquent à vous. Notez ensuite à quel point chacune de ces conséquences interfère avec votre fonctionnement ou entrave vos projets. Notez aussi lesquelles sont les plus souffrantes pour vous. Imaginez comment serait votre vie sans ces conséquences et inscrivez les avantages du changement dans la deuxième colonne.

[illegible]

Les avantages et inconvénients (poids santé ou plus élevé)

Vous vous préparez à tenter de surmonter votre trouble alimentaire. Pour ce faire vous devrez faire des efforts importants et soutenus. Quelles sont vos craintes face à ces changements? Quels inconvénients pourrait-il y avoir si vous y arrivez? Notez le tout dans la première colonne du tableau ci-dessous.

Pour saisir quels seraient pour vous les avantages du changement, observez votre vie et tentez d'identifier toutes les conséquences négatives du trouble alimentaire dont vous pourriez être soulagé. Pensez aux conséquences à court et à long terme. Notez ensuite à quel point chacune de ces conséquences interfère avec votre fonctionnement ou entrave vos projets. Notez aussi lesquelles sont les plus souffrantes pour vous. Imaginez comment serait votre vie sans ces conséquences et inscrivez les avantages du changement dans la deuxième colonne.

[illegible]

7.15 Fiche thérapeutique : « Mes motivations »

Mes motivations

Sur la fiche ci-dessous, résumez ce qui vous motive à surmonter votre trouble alimentaire. Notez ce qui est le plus important pour vous. Il y aura probablement des moments difficiles. Cette fiche vous aidera à persévérer en vous rappelant ce qui compte vraiment pour vous dans cette démarche. Vous pourrez la conserver précieusement et la regarder aussi souvent que nécessaire. Certaines personnes aiment l'afficher à un endroit qu'ils regardent souvent (frigo, agenda, cellulaire...) d'autres la garde sur eux (porte-feuille, sac à main...), faites ce qui vous sera le plus utile.

Mes motivations

Je veux surmonter mon trouble alimentaire parce que :

Même si :

7.16 Conseils pour la famille et les proches

Comment agir avec une personne anorexique ou boulimique ?³

- Obtenez de l'information et partagez-la.
- Exprimez votre inquiétude, mais n'essayez pas de contrôler.
- Ne soyez pas surpris si la personne nie son problème.
- Encouragez la personne anorexique ou boulimique à consulter un professionnel.
Insistez, s'il le faut.
- Évitez les discussions concernant la nourriture.
- Ne blâmez pas la personne.
- Attention aux comparaisons : l'estime personnelle des personnes souffrant de troubles de l'alimentation est parfois fragile.
- Faites preuve d'empathie : évitez les commentaires sur l'apparence et sur les comportements.
- Évitez de menacer ou de faire peur.
- Encouragez la personne à participer à des activités non liées à la nourriture.
- Lorsque la personne est en thérapie, lâchez prise.
- Soyez patient : cette maladie peut être longue et il est inutile d'espérer une guérison instantanée.
- Obtenez de l'aide pour vous : recherchez le soutien de votre famille, de vos amis ou d'un professionnel.

³ Reproduit à partir du site internet du programme des troubles de l'alimentation de l'institut universitaire en santé mentale Douglas: <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation-conseils-famille>

7.17 Ressources et groupes d'entraide

GROUPES D'ENTRAIDE

Fondation Anorexie et Boulimie du Québec (ANEB)

<http://www.anebquebec.com>

Tél. : 514-630-0907, 1-800-630-0907

Outre-mangeurs Anonymes

<http://www.outremangeurs.org>

Tél. : 514-490-1939, 1-877-509-1939

Groupe d'entraide a Québec:

L'éclaircie www.maisoneclaircie.qc.ca

RESSOURCES HOSPITALIÈRES

Si âgés de 12 à 18 ans :

Montréal : Hôpital Ste-Justine, médecine adolescence Tél. : 514-345-4721

Québec : Hotel-Dieu du Sacré-Coeur de Québec, 418-525-4444

Cliniques pour adultes :

Montréal : Hôpital Douglas. <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation> Tél. : 514-761-6131

Québec: CHU, Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA), www.chuq.qc.ca/fr/les_soins/psychiatrie/psychiatrie_pitca.htm, Tél. : 418-525-4444

7.18 Manuel d'information destiné aux patients

Vous retrouverez ce document sur www.tccmontreal.com dans la section « grand public »

Bibliographie

- Agras, W. S., & Apple, R. F. (2008). *Overcoming Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. Therapist Guide*. New-York: Oxford University Press.
- Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., & Kasper, S. (2011). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*, 12(6), 400-443. doi: 10.3109/15622975.2011.602720
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5)* American Psychiatric Publishing.
- Apple, R. F., & Agras, W. S. (2007). *Overcoming Your Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder Workbook*: Oxford University Press.
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cooper, P. (2013). *Surmonter la boulimie, la suralimentation et le binge eating*. Paris: Dunod.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (G. Press Ed.). New-York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming Binge Eating*. New-York: Guilford Press.
- Flament, M. F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15(2), 189-207. doi: 10.1017/s1461145711000381
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*, 12(4), 871-878.
- Hay, P. J., Bacaltchuk, J., & Stefano, S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD000562. doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub2
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000562. doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub3
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M., & Gottheil, N. (1994). [Validation of an eating attitude scale in a French-speaking Quebec population]. *Can J Psychiatry*, 39(1), 49-54.
- Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess*, 74(3), 489-503. doi: 10.1207/s15327752jpa7403_11
- Mitchell, J. E., Roerig, J., & Steffen, K. (2013). Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46(5), 470-477. doi: 10.1002/eat.22104
- Simon, Y., & Nef, F. (2002). *Comment sortir de l'anorexie?* : Éditions Odile Jacob.
- Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*, 365(9453), 79-81.