

# Hyperphagie boulimique

## L'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation



D<sup>re</sup> Catherine Sénécal / Psychologue

Catherine Sénécal est psychologue et cofondatrice de Change, clinique de psychologie cognitive comportementale. Elle se spécialise dans le traitement des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles sexuels et conjugaux.



D<sup>re</sup> Jodie Richardson / Psychologue

Jodie Richardson est psychologue et cofondatrice de Change, clinique de psychologie cognitive comportementale. Elle se spécialise dans le traitement des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, de la gestion du poids, des maladies et douleurs chroniques.

**L'hyperphagie boulimique se définit par l'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture lors d'une seule occasion, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle chez l'individu. Une enquête américaine montre qu'environ 4.5 % de la population a fait l'expérience d'une telle orgie alimentaire au moins une fois au cours de sa vie (Hudson et coll., 2007). Toutefois, lorsque les orgies alimentaires s'intensifient en fréquence et que l'individu présente une souffrance significative associée, nous parlons alors d'un problème de santé mentale nommé hyperphagie boulimique (HB).**

Les critères diagnostiques de l'HB selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, American Psychological Association, 2000) spécifient que les individus doivent faire l'expérience d'une orgie alimentaire en moyenne au moins deux fois par semaine sur une période de six mois et que ces orgies alimentaires doivent être associées à au moins trois des critères suivants : a) manger plus rapidement que d'habitude, b) manger jusqu'à ressentir de l'inconfort physique, c) manger une grande quantité de nourriture même sans avoir faim, d) manger souvent seul à cause de l'embarras associé à la nourriture et e) vivre des sentiments de dégoût, de culpabilité et de déprime après une orgie alimentaire. Les orgies alimentaires causent une détresse marquée et ne sont pas compensées par des comportements inappropriés tels que faire des purges, des jeûnes ou de l'exercice physique excessif.

Actuellement, le DSM-IV-TR classe l'HB dans la grande catégorie des troubles de l'alimentation non spécifiés. Toutefois, accumuler des données scientifiques fournira un support à l'utilité clinique de l'HB en tant que diagnostic de trouble de l'alimentation indépendant. À ce jour, les études montrent que l'HB est une condition

clinique au moins aussi chronique et stable que les deux troubles de l'alimentation les plus connus, à savoir l'anorexie nerveuse (AN) et la boulimie nerveuse (BN) (Pope et coll., 2006; Hudson et coll., 2007). L'HB est également plus fréquente que chacun de ces deux autres troubles de l'alimentation, affectant 2.8 % de la population américaine (Hudson et coll., 2007). Elle se différencie des autres troubles de l'alimentation par sa distribution dans la population, puisqu'elle tend à affecter une population plus âgée, souvent dans la cinquantaine, et à affecter les femmes tout comme les hommes. Contrairement à l'AN et à la BN, l'HB présente une forte association avec l'obésité (Grilo, 2002; Hudson et coll., 2007). À cause de l'abondance de conclusions soutenant la gravité de l'HB en tant que problème de santé unique, l'HB fait maintenant partie des troubles de l'alimentation en recommandation officielle pour le DSM-V.

### ÉVALUATION

Malgré l'augmentation des données de recherche soutenant la pertinence clinique de l'HB en tant que trouble de santé mentale unique, moins de la moitié des individus qui souffrent de ce trouble auraient reçu un traitement (Hudson et coll., 2007). Lorsque les orgies alimentaires sont détectées comme étant problématiques, les clients devraient être référés vers un professionnel de la santé compétent afin de compléter une évaluation en profondeur. Plusieurs facteurs sont à considérer lors du processus d'évaluation initial. Tout d'abord, il est important de procéder à une évaluation approfondie des habitudes alimentaires actuelles des clients, incluant leurs prises alimentaires journalières et épisodes d'orgies alimentaires typiques. Les facteurs déclencheurs des orgies alimentaires, tels que la restriction alimentaire, les émotions fortes et les contextes situationnels anxiogènes sont aussi des éléments importants à prendre en considération dans l'évaluation. Puisque l'absence de méthodes compensatoires suite à une orgie alimentaire est le facteur principal qui permet

de différencier l'HB de la BN, il est important d'évaluer si les clients adoptent des comportements compensatoires inappropriés ou non. Il est également important d'évaluer le poids corporel actuel, l'historique des fluctuations de poids et de tentatives de perte de poids, puisque les individus souffrant d'HB présentent souvent un problème d'obésité concomitant. En outre, il est essentiel d'évaluer les cognitions par rapport à l'alimentation, l'image corporelle et le poids. Des préoccupations intenses par rapport au poids et à l'image corporelle sont communes chez les individus qui souffrent d'HB. Le Eating Disorder Examination (EDE) (Fairburn et Cooper, 1993) est considéré comme étant la méthode la plus efficace pour évaluer les troubles de l'alimentation et détient un support psychométrique pour l'HB (Grilo, Masheb, Lozano-Blanco et Barry, 2004).

Le EDE est un outil utile afin d'évaluer les comportements et les cognitions associés à l'alimentation, mais laisse en reste certains facteurs qui devraient aussi être évalués. Par exemple, il est important d'évaluer la comorbidité psychiatrique étant donné que l'HB coexiste fréquemment avec d'autres troubles psychiatriques, incluant les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles liés à une substance (Grilo, 2002). Les attentes des clients face à la thérapie représentent une autre composante essentielle à explorer lors de l'évaluation initiale. Pour les clients présentant un problème d'obésité, les objectifs thérapeutiques sont souvent établis en deux temps, incluant l'arrêt des orgies alimentaires et la perte de poids.

## \_TRAITEMENT

La thérapie cognitive comportementale (TCC) est considérée comme le traitement de choix pour l'HB. Elle représente une adaptation de la TCC pour la BN, qui est basée sur l'idée que les comportements alimentaires inadaptés (p. ex. orgies alimentaires) sont maintenus par des pensées inadaptées face à la nourriture, l'alimentation et l'image corporelle, et que d'apprendre à restructurer les pensées d'une personne peut réduire le nombre

d'orgies alimentaires et leur fréquence. Le volet psychoéducation est une composante importante du traitement agissant sur les fausses croyances relatives aux habitudes alimentaires saines, à la diversité de l'image corporelle et face aux régimes amaigrissants. Plusieurs études ont montré que la TCC réduit efficacement les orgies alimentaires et les aspects psychologiques associés. Toutefois, la TCC ne semble pas mener à des changements significatifs lorsqu'il est question du poids corporel (Bulik et coll., 2007).

Nos observations cliniques corroborent les données des études citées précédemment, à savoir que la TCC pour l'HB montre un bon taux d'efficacité auprès de notre clientèle. La TCC pour l'HB et pour la BN demeurent des traitements similaires sur le plan du contenu. Toutefois, contrairement à la TCC pour la BN où l'accent est mis sur l'arrêt de la restriction afin de diminuer les orgies alimentaires, l'objectif de la TCC pour l'HB doit être de maintenir un certain niveau de restriction alimentaire tout en évitant d'appliquer des règles trop rigides qui pourraient mener à des orgies alimentaires. L'alimentation est souvent plus chaotique et moins restrictive chez les personnes présentant un problème d'HB. De fait, le traitement insiste davantage sur la modération de l'alimentation.

Nous avons observé que la TCC a souvent permis d'atteindre les objectifs thérapeutiques de diminution des orgies alimentaires. Cependant, dans certains cas, la TCC nous a semblé limitée dans sa portée à atteindre les objectifs. Force est de constater que le trouble de l'HB est maintenu par des facteurs qui sortent du cadre de la TCC traditionnelle et qui nécessitent davantage de créativité de la part des thérapeutes. Nous observons souvent d'autres facteurs pouvant déclencher des crises : difficulté avec la régulation des émotions; circonstances de vie interpersonnelles (p. ex. relations conflictuelles, deuils, transition des rôles); ou faible estime de soi (p. ex. se préoccuper peu de ses propres besoins). Dans ces cas, nous utilisons différents outils et techniques qui appartiennent à d'autres approches thérapeutiques démontrées efficaces pour le traitement des troubles de l'alimentation,



Renseignements +  
inscription :

**nociclinique.ca**  
**514.731.4146**

## Ateliers de Formation 2012-2013

Par: **Manon Houle, Ph.D.**  
**Maria Dritsa, Ph.D.**

- ✓ Traitement de la **Douleur Chronique**
- ✓ Utilisation du **MMPI-2** et **MMPI-2 RF**

- ✓ Modèle d'évaluation de la  
personnalité de **Millon**

*Activités reconnues pour la formation continue en psychothérapie de l'Ordre des psychologues du Québec*

comme la thérapie interpersonnelle (TIP) et la thérapie dialectique comportementale (TDC). Par exemple, travailler à développer la pleine conscience (*mindfulness*) et l'acceptation, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse sont des techniques appartenant à la TDC, tandis que la gestion des problèmes interpersonnels correspond à la TIP. En concordance avec nos impressions, des études portant sur ces types de thérapie montrent des résultats prometteurs concernant la réduction des orgies alimentaires (Telch et coll., 2001; Wilson et coll., 2010). De plus, ces études suggèrent que ces types de thérapie pourraient être particulièrement utiles avec un sous-groupe de patients qui présentent une psychopathologie associée, tels une faible estime de soi et un affect négatif élevé (Stice et coll., 2001; Wilson et coll., 2010).

## \_DÉFIS SPÉCIFIQUES DE L'HB AVEC OBÉSITÉ

Nous avons rencontré plusieurs défis spécifiques de la clientèle présentant de l'HB avec de l'obésité. Nous avons constaté que les attentes des clients envers la perte de poids sont souvent élevées. De plus, l'arrêt des orgies alimentaires ne se traduit pas souvent par une perte de poids significative (Bulik et coll., 2007). Il nous semble primordial d'explorer et de nommer les attentes en début de thérapie et d'aider les clients à formuler des attentes plus réalistes, à accepter leur poids et à cesser l'autocritique. Ces objectifs semblent associés à la diminution des orgies alimentaires chez ces clients. Lorsque la fréquence d'orgies alimentaires a cessé ou diminué significativement, il est alors possible de travailler la perte de poids. Nous remarquons également une sensibilité particulière aux attentes des autres chez cette clientèle. Par exemple, les commentaires des autres professionnels de la santé sur le poids à perdre et la rapidité avec laquelle ils doivent y arriver peuvent engendrer des orgies alimentaires chez plusieurs clients en réponse par exemple à un sentiment de désespoir ou de colère.

Pour les autres professionnels qui travaillent avec des clients visant une perte de poids, il est important de savoir qu'un tiers d'entre eux vivent des crises alimentaires susceptibles de nuire à la perte de poids. De plus, comme les orgies alimentaires peuvent être une manière de gérer les émotions fortes, les clients qui ne peuvent plus s'y adonner (p. ex. en subissant une chirurgie bariatrique) peuvent présenter des symptômes dépressifs ou de l'anxiété. En bref, nous recommandons aux clients qui se livrent à des orgies alimentaires et qui souhaitent avoir recours à une chirurgie bariatrique ou suivre un programme de perte de poids de consulter un psychologue afin, notamment, d'apprendre différentes techniques de gestion des émotions.

L'HB est un trouble de santé mentale grave qui est sous-diagnostiqué et sous-traité. Avec la reconnaissance de l'HB comme diagnostic officiel du DSM-V et les recherches croissantes sur la problématique, nous espérons assister à une augmentation des services et d'avantage de détection et d'évaluation de ce trouble dans le secteur de la santé. Généralement, les personnes atteintes de HB qui complètent un traitement de TCC présentent un bon taux de succès à cesser les orgies alimentaires et à se sentir mieux globalement. Pour les personnes présentant une comorbidité, nos impressions cliniques et les études recensées montrent que la TCC combinée à d'autres techniques appartenant à la TDC ou la TIP semble être plus efficace. Comme clinicien, il est primordial d'être sensible au fait que les clients vont souvent avoir comme but d'obtenir une perte de poids en se présentant en thérapie. En travaillant avec eux à éliminer les orgies alimentaires, il est important de mentionner ouvertement que ce changement de comportement ne va pas nécessairement engendrer une perte de poids. Il va sans dire qu'il sera essentiel, pour le futur, de poursuivre la recherche sur différents programmes de perte de poids en combinaison avec un programme de thérapie afin de mieux comprendre comment évaluer et traiter l'HB de manière efficace.



# PSYCHOLOGUES

**Souhaitez-vous jouer un rôle clé dans le cheminement des enfants ?**

Aidez-les à s'intégrer et à se développer, ayez un impact sur leur apprentissage scolaire.

Membre en règle de l'OPQ, vous saurez faire profiter nos élèves de vos stratégies d'évaluation, de prévention et d'intervention.

**Nous sommes à la recherche de personnes dynamiques, talentueuses et novatrices afin de combler 3 postes réguliers. Venez relever des défis intéressants !**

Pour de plus amples renseignements sur la CSMB, visitez le [www.csmb.qc.ca](http://www.csmb.qc.ca).

Faites parvenir votre curriculum vitæ, en mentionnant le numéro de référence **PQ-SEP12**, par voie électronique ou à l'adresse ci-dessous.

**COMMISSION SCOLAIRE MARGUERITE-BOURGEOYS**  
Service des ressources humaines  
Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys  
1100, bd de la Côte-Vertu  
Saint-Laurent (Québec) H4L 4V1  
Télécopieur : 514 855-4742  
Courriel : [cvpne@csmb.qc.ca](mailto:cvpne@csmb.qc.ca)



La CSMB remercie tous les candidats de leur intérêt. Toutes les candidatures seront traitées confidentiellement. Veuillez prendre note que seules les personnes dont la candidature aura été retenue seront contactées.  
La CSMB souscrit au principe d'accès à l'égalité en emploi.

## \_Bibliographie

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed. Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bulik, C.M., Brownley, K.A., Shapiro, J.R. (2007). Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry*, 6, 142-148.

Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment, and treatment* (12<sup>th</sup> ed.) (pp. 317-360). New York: Guilford Press.

Grilo, C.M. (2002). Binge eating Disorder. In C.G. Fairburn & Brownell, K.D. (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 178-182). New York: Guilford Press.

Grilo, C.M., Masheb, R.M., Lozano-Blanco, C., Barry, D.T. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *Int J Eating Disord*, 35, 80-85.

Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Biol Psychiatry*, 61, 348-358.

Pope, H.G., Lalonde, J.K., Pindyck, L.J., Walsh, T. et al. (2006). Binge eating disorder: A stable syndrome. *Am J Psychiatry*, 163, 2181-2183.

Stice E., Agras W.S., Telch C., Halmi K. et al. (2001). Subtyping binge eating disordered women along dieting and negative affect dimensions. *Int J Eat Disord*, 30, 11-27.

Telch C.F., Agras W.S., Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69, 1061-1065.

Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras, W.S., Bryson, S.W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 94-101.

## Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA) du CHU de Québec

Le PITCA est un programme spécialisé dans l'évaluation et le traitement des troubles alimentaires qui dessert tout l'Est-du-Québec. Il vise à aider les personnes âgées de 18 ans et plus souffrant d'anorexie, de boulimie ou encore de préoccupations alimentaires amenant une détresse émotionnelle ou une altération marquée du fonctionnement. Le PITCA n'intervient toutefois PAS auprès des personnes atteintes d'hyperphagie boulimique ou d'obésité morbide.

L'équipe interdisciplinaire est constituée de deux psychiatres, deux psychologues, une nutritionniste, une infirmière, une ergothérapeute et une travailleuse sociale. Leur travail est aussi appuyé par de nombreux stagiaires, résidents et chercheurs provenant du milieu universitaire.

L'approche des intervenants intègre différents modes d'intervention basés sur les meilleures pratiques (approche motivationnelle, psychoéducation, thérapie cognitivo-comportementale, interventions psychodynamiques et interpersonnelles, pharmacothérapie, encadrement nutritionnel, prévention de la rechute). À noter qu'il n'y a aucun critère de sévérité à atteindre pour être dirigé vers le PITCA. Que ce soit pour une simple évaluation, des traitements externes individuels ou en groupe, un programme de jour ou une hospitalisation, l'équipe du PITCA se fait un devoir d'étudier toutes les demandes.

Pour avoir accès aux services du PITCA, il faut ABSOLUMENT être envoyé par un médecin au guichet unique en santé mentale.

Pour plus d'informations, veuillez consulter notre site web à l'adresse suivante : [www.chuq.qc.ca/pitca](http://www.chuq.qc.ca/pitca) ou contactez-nous au 418 654-2121.

*N. B. – Le délai approximatif pour une consultation est le plus souvent de moins de trois mois et peut être beaucoup plus rapide si le médecin peut en confirmer l'urgence.*