

Feuille de Route pour les psychologues conventionnés (PPL spécialisés)

Troubles de conduites alimentaires

Ce texte a pour but d'aider l'intervenant psychologue conventionné à reconnaître et à traiter les patients présentant des signes de troubles alimentaires, plus particulièrement d'anorexie mentale, de boulimie, d'hyperphagie boulimique ou d'une variante de ces troubles. Chaque section comprendra également des références aux connaissances de base et au matériel de vulgarisation.

Référence : EetExpert (2023). *Draaiboek G-ELP*. Avec le soutien des services du gouvernement fédéral dans le cadre de la convention soins psychologiques primaires. Disponible via Eetexpert.be

Table des matières :

Table des matières :	1
Partie 1 : Cadres de connaissances	2
Troubles du comportement alimentaire et troubles de conduites alimentaires : un continuum	2
Du comportement alimentaire défaillant aux troubles de conduites alimentaires	2
Un trouble des conduites alimentaires affecte l'ensemble de la croissance d'une personne	4
Nécessité d'une collaboration multidisciplinaire	11
Diététicien	11
Médecin généraliste	12
Psychologue conventionné spécialisé	12
Le PPL-S dans le modèle de soins échelonnés des problèmes et troubles conduites alimentaires	13
Modèles explicatifs	15
Partie 2 : Actions concrètes dans la pratique du PPL-S	19
Évaluation de la gravité	19
Diagnostics	20
Diagnostic comportemental	20
Matériel d'essai	20

Anamnèse hétéro et développementale	22
Traitement	22
Psycho-éducation	23
Insérer et motiver	24
Programme de traitement individuel	27
Conseils aux familles	35
Traitement de groupe	46
Prévention des rechutes	47
Références	49

Partie 1 : Cadres de connaissances

Troubles du comportement alimentaire et troubles de conduites alimentaires : un continuum

Du comportement alimentaire défaillant aux troubles de conduites alimentaires

La littérature fait la distinction entre un comportement alimentaire normal, un comportement alimentaire défaillant, des troubles de conduites alimentaires et des troubles du comportement alimentaire :

- Le développement d'un comportement alimentaire normal doit être considéré comme l'une des tâches de croissance du développement. Chaque phase de l'âge comporte également des tâches de développement spécifiques liées à la nourriture et à l'alimentation. Il suffit de penser à la néophobie chez les tout-petits, au développement d'une large palette de goûts, à l'accoutumance à différentes densités et méthodes de préparation, au développement de la régulation de la quantité suffisante, mais aussi à la régulation de son propre comportement de grignotage qui est une tâche de croissance chez les adolescents,...
- De nombreux enfants et adolescents connaissent des heurts temporaires dans le développement de leur comportement alimentaire. En règle générale, on peut les situer dans le cadre d'une trajectoire de développement normale. Les fluctuations de l'apport alimentaire sont également inhérentes au développement de l'enfant et ne relèvent pas de la catégorie des "problèmes alimentaires" ou des "troubles alimentaires". Ces heurts dans le comportement alimentaire peuvent être signalés dans le cadre d'un programme de traitement au psychologue conventionné non spécialisé. Vous trouverez de plus amples informations dans le manuel de base du PPL.
- Un "problème alimentaire" est une perturbation du comportement alimentaire sain, ce qui signifie que le comportement alimentaire n'est plus détendu et naturel. Les exemples incluent la suralimentation, les régimes, le fait de sauter des repas et

l'hyperphagie. Un problème alimentaire peut être isolé ou s'inscrire dans le cadre d'un trouble alimentaire.

- Un "trouble des conduites alimentaires" comporte plusieurs éléments. Il ne s'agit pas seulement d'une perturbation du comportement alimentaire à table (un problème alimentaire), mais le problème alimentaire a également un impact sur d'autres thèmes de croissance ; par exemple, il entraîne également des problèmes d'interaction sociale, de pensées et de sentiments (par exemple, une faible estime de soi), des problèmes physiques (comme un poids corporel trop faible ou trop élevé) et une image négative de soi et de son corps.

De plus amples informations et références concernant les concepts de problèmes de l'alimentation, de troubles de conduites alimentaires et de problèmes de poids sont disponibles dans [le texte de base](#). Le comportement alimentaire normal, les problèmes d'alimentation et les troubles de de conduites alimentaires peuvent être placés sur un continuum.

Le DSM-5 décrit six troubles dans la catégorie "Troubles de conduites alimentaires et du comportement alimentaire" : le pica, le trouble de la rumination, le trouble de la prise alimentaire évitante/restrictive, l'anorexie mentale (AN) avec deux sous-types (un type restrictif (AN-R) et un type binge/purge (AN-BP, binge/purge)), la boulimie (BN) et le trouble de l'hyperphagie boulimique (BED). Toutefois, le groupe le plus important comprend la catégorie des "autres troubles alimentaires non spécifiés", qui se caractérisent par certains des symptômes de l'AN, de la BN ou de la BED, mais dont le tableau clinique n'est pas nécessairement moins sévère (APA, 2014). Le pica, le trouble de la rumination et le trouble de la prise alimentaire évitante/restrictive sont des troubles alimentaires principalement diagnostiqués chez les enfants, tandis que l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont principalement diagnostiquées à partir de l'adolescence.

Résumé : L'AN-R se caractérise par un comportement alimentaire restrictif et un fort besoin de contrôle. Dans l'AN-BP et la BN, nous observons deux comportements alimentaires perturbés, à savoir le comportement de purge et l'hyperphagie. Dans le cas du BED, on observe uniquement des crises de boulimie, sans comportement compensatoire (APA, 2014). La nature de l'hyperphagie diffère légèrement. Dans l'AN-BP, il s'agit plutôt d'une frénésie alimentaire subjective, avec une perte de contrôle, mais la quantité de nourriture ingérée n'est pas objectivement importante. Le BN et le BED impliquent une frénésie alimentaire objective, avec une perte de contrôle et une quantité de nourriture objectivement importante (Goossens, Jansen, Braet, 2014).

Les troubles de conduites alimentaires peuvent être liés à une insuffisance pondérale, à un poids normal ou à un surpoids/obésité. L'anorexie (R/BP) implique une insuffisance pondérale (ondergewicht), la boulimie (BN) peut survenir avec un poids normal (normaal gewicht) ou être associée à une surcharge pondérale, l'hyperphagie boulimique (BED) est souvent associée à une surcharge pondérale (overgewicht) ou à l'obésité (obesitas). En outre, dans tous ces troubles alimentaires, on observe une image corporelle perturbée, où l'auto-évaluation est excessivement influencée par le poids et la forme du corps (Goossens et al., 2014). La figure ci-dessous montre les principaux troubles, ainsi que la relation avec le poids.

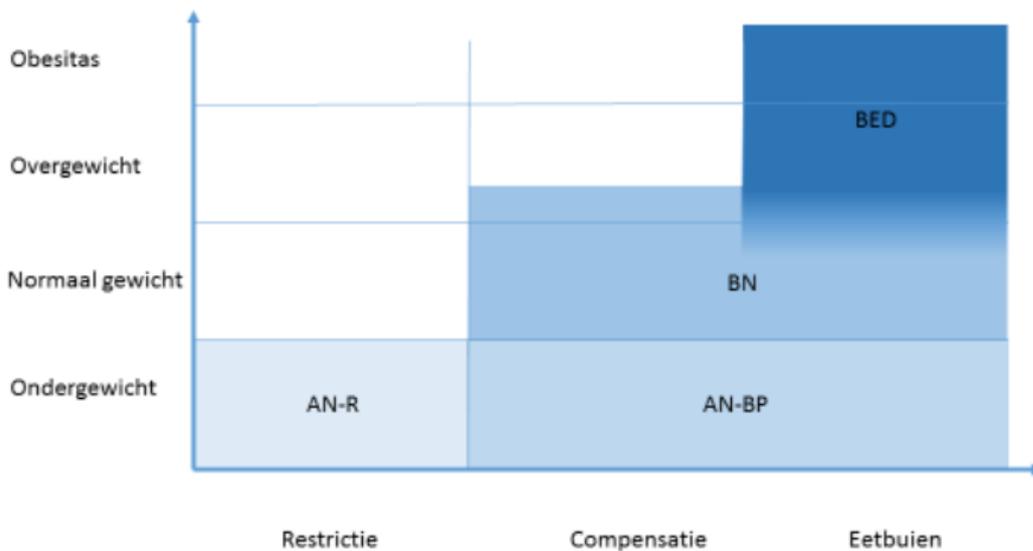


Figure 2 : Symptômes de base (restriction, purge, frénésie alimentaire) et poids en tant que dimension des troubles de conduites alimentaires

De plus amples informations concernant la typologie des troubles alimentaires selon le DSM-5 sont disponibles dans le [manuel de base](#).

Un trouble des conduites alimentaires affecte l'ensemble de la croissance d'une personne

Les troubles de conduites alimentaires se manifestent non seulement par des plaintes relatives au poids et aux symptômes et par des difficultés à table, mais aussi par des préoccupations sur le poids et la silhouette, par des problèmes psychologiques, par l'isolement social et par des comportements extrêmes en matière d'exercice physique. En tant que professionnel, il est important d'être capable de détecter les signaux dans chacun de ces domaines et de les remettre en question.

Le tableau ci-dessous donne un bref aperçu des signaux possibles dans différents domaines (de la vie). Il ne s'agit toutefois pas d'un tableau exhaustif. Vous trouverez des informations plus détaillées dans le [script de base](#), sur le [site web \(impact intrapsychique\)](#) et sur [cette liste de contrôle](#).

Signaux physiques	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de poids : diminution ou augmentation • Plaintes somatiques : maux de tête, fatigue, retard de règles, sensation de froid, problèmes de sommeil, ...
Nutrition et comportement alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Se préoccuper excessivement de la nutrition • La structure de la journée s'articule autour des repas • Manger trop ou trop peu • Préoccupation pour la nutrition : pensée en noir et blanc • Développer des rituels autour de l'alimentation (par exemple, manger dans un certain ordre) • Éviter de manger devant les autres • Alimentation sélective • Ne pas écouter les sensations de faim et de satiété
Comportement en matière d'exercice	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice et sport excessifs • Rigidité dans la fréquence et la durée des mouvements : de plus en plus intense • Éviter les comportements sédentaires dans la vie quotidienne
Signaux psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiments excessifs de contrôle • Image négative de soi et du corps • Le comportement en ligne extrême devient l'identité principale • Peur de grossir • Corps - vérification devant le miroir • Perfectionnisme, peur de l'échec • Dépressivité
Signaux sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • L'isolement social • Solitude • Problèmes à l'école/au travail • Problèmes financiers → voler de la nourriture ou de l'argent (par exemple pour manger à l'extérieur)

Effets physiques

L'AN se caractérise par une insuffisance pondérale et une malnutrition. La malnutrition (par le biais d'un comportement de restriction et/ou de purge) est la principale cause de l'apparition des symptômes physiques de l'AN. La malnutrition perturbe le métabolisme d'une personne : le corps adapte sa consommation d'énergie à un apport alimentaire limité. La réduction du métabolisme qui se produit alors est une fonction protectrice de l'organisme (Rosen, 2010). Cependant, lorsque ce métabolisme réduit reste présent pendant une longue période, le corps ne parvient plus à compenser la malnutrition et des troubles physiques apparaissent (Scanelli, Schlagenauf & Degli Esposti, 2013 ; Quality Institute for Healthcare CBO ; Trimbo Institute, 2006). Voici quelques exemples : la température corporelle ne peut pas être maintenue, nos organes ne fonctionnent pas aussi bien, notre sensation de faim et de satiété est dérégulée et l'ostéoporose peut se développer à la suite de changements hormonaux (Quality Institute for Healthcare CBO ; Trimbo Institute, 2006). Ces symptômes physiques sont souvent réversibles lorsque le comportement alimentaire se normalise et se rétablit. La malnutrition n'affecte pas seulement les personnes souffrant d'insuffisance pondérale. Les personnes de poids normal ou en surpoids peuvent également souffrir de malnutrition en raison d'une alimentation déséquilibrée ou d'un comportement compensatoire, ce qui signifie qu'elles n'absorbent pas suffisamment de nutriments.

Possibilité de troubles somatiques dus à la malnutrition :

- La ménarche prépubertaire peut être retardée. Des irrégularités menstruelles peuvent survenir chez les patientes plus âgées. L'aménorrhée peut survenir avant la perte de poids et les menstruations ne reprennent pas toujours avec la reprise du poids.
- Baisse du métabolisme de base : la respiration et le rythme cardiaque ralentissent (pouls inférieur à 60 par minute) et la tension artérielle chute. En conséquence, les patients se sentent souvent très fatigués, étourdis, léthargiques.
- La réduction du métabolisme joue également un rôle dans les problèmes gastro-intestinaux. Le retard de la vidange gastrique et de la digestion contribue aux ballonnements et à la constipation du patient. Cela peut entraver la reprise d'un régime alimentaire normal.
- Le ralentissement du métabolisme entraîne une baisse de la température corporelle. Par conséquent, les mains et les pieds peuvent devenir bleus et donner une sensation de froid.
- Un mauvais état nutritionnel entraîne une déshydratation de la peau et une perturbation de la croissance des cheveux : les cheveux tombent facilement, tandis qu'ailleurs, duvet apparaît (visage, bras, poitrine et dos).

- En raison d'une prise alimentaire unilatérale ou limitée, une constipation peut survenir. Le patient peut alors avoir recours à des laxatifs, dont l'abus peut aggraver la constipation.

Le tableau ci-dessous présente les risques notables de malnutrition, à court et à long terme.

Risques notables à court terme	Risques notables à long terme
<p>Hypoglycémie</p> <ul style="list-style-type: none"> • = Glycémie trop basse • Symptômes : sueurs, tremblements, confusion, vertiges, troubles de la vision, maux de tête, irritabilité. 	<p>Retard de croissance</p> <p>Arrêt de croissance si durée trop longue</p>
<p>Déshydratation</p> <ul style="list-style-type: none"> • En outre, les patients limitent souvent leur consommation de liquides en plus de leur consommation de nourriture • Conséquence : lésions rénales • Symptômes : sécheresse de la bouche, chute de la tension artérielle en se levant, vertiges, évanouissement. 	<p>Les changements hormonaux entraînent</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles du développement pubertaire • Problèmes de fertilité
<p>Carence en sodium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients boivent parfois trop d'eau pour "couper" la faim • Diminution du sodium 	<p>Ostéoporose persistante</p>
<p>Problèmes cardiovasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pression artérielle et rythme cardiaque faibles • Peut entraîner des troubles de la conduction cardiaque 	<p>Changements dans le cerveau</p>

Sources : Athey, 2003 ; Quality Institute for Healthcare CBO, Trimbo's Institute, 2006 ; Rosen, 2010 ; Vandereycken & Noordenbos, 2008.

Le comportement de purge a également de nombreuses conséquences somatiques. On distingue généralement trois formes de comportement de purge : les vomissements, l'abus de laxatifs et l'abus de diurétiques.

- Les vomissements, l'utilisation de laxatifs et de diurétiques entraînent des perturbations du métabolisme des électrolytes, en particulier une carence en potassium. Cela peut entraîner des lésions rénales et hépatiques, des crampes musculaires et des arythmies cardiaques, ainsi qu'une insuffisance cardiaque. Les taux de potassium doivent impérativement être vérifiés et suivis par un médecin en cas de suspicion de purge.
- Les vomissements et les laxatifs entraînent une perte importante de liquide. Cela peut entraîner des symptômes de déshydratation (vertiges et évanouissements) ainsi que des œdèmes (= *accumulation de liquide*). L'utilisation de diurétiques entraîne également une déshydratation et des œdèmes, ce qui conduit au cercle vicieux consistant à prendre de plus en plus de diurétiques.
- Un usage fréquent de laxatifs entraîne une constipation réactionnelle et donc le cercle vicieux d'une prise de laxatif de plus en plus fréquente.
- Le contact répété avec les vomissements acides affecte les dents, la gorge et l'œsophage. Résultat : détérioration de l'émail des dents, inflammation, maux de gorge, enrouement, ...

La frénésie alimentaire est également associée à de nombreux troubles somatiques. Par exemple, la frénésie alimentaire peut provoquer des symptômes gastro-intestinaux tels que des ballonnements, des douleurs abdominales, des ulcères d'estomac et des ulcères de l'intestin grêle. L'inflammation de l'œsophage est également une conséquence possible. Ces affections peuvent être graves (dilatation gastrique aiguë ou rupture de la paroi de l'estomac) et, dans certains cas (pancréatite), nécessiter une intervention médicale urgente. Un suivi par un médecin est donc toujours recommandé.

Bien que le suivi physique par le médecin soit essentiel dans le suivi des troubles alimentaires, la plupart des symptômes sont réversibles avec le rétablissement du comportement alimentaire et la normalisation du poids. Heureusement, peu d'adolescents meurent des conséquences médicales des troubles de conduites alimentaires. Un taux de mortalité plus élevé est observé dans le groupe des patients ayant des antécédents de longue durée de maladie, d'abus de substances, de faible poids et de mauvais fonctionnement psychosocial (Franko, et al., 2013). Les patients souffrant d'un trouble de conduites alimentaires meurent principalement de causes naturelles étroitement liées à

leur trouble de conduites alimentaires (comme l'arrêt circulatoire, la cachexie, la défaillance d'un organe, l'infection), mais une personne souffrant d'un trouble de conduites alimentaires sur cinq décède à la suite d'un suicide (Arcelus et al., 2011). Dans tous les diagnostics de troubles alimentaires, il existe un risque accru de suicide (Fichter & Quadflieg, 2016).

Il est important de rappeler ici que la prise en charge de patients avec troubles des conduites alimentaires nécessite une prise en charge pluridisciplinaire (médecin, psychologue, diététicien).

Conséquences psychologiques et comorbidité psychiatrique

La malnutrition a également des conséquences sur le plan de la pensée, des sentiments et du comportement :

- Certains symptômes comportementaux de l'anorexie mentale, tels que l'envie de bouger, la suppression de l'appétit, les troubles du sommeil et la baisse de la libido, trouvent leur origine dans l'adaptation physique à la malnutrition.
- La malnutrition produit également des effets cognitifs (réversibles) : retard dans le traitement de l'information, difficultés de mémoire à court terme, réduction de la flexibilité cognitive, perte de concentration et problèmes d'attention, ainsi que pensées obsessionnelles liées à la nourriture (qui peuvent rester présentes pendant une longue période).
- Les symptômes dépressifs et anxieux sont également déclenchés par l'effet de la malnutrition sur les fonctions cérébrales.

Plusieurs études indiquent qu'il existe un chevauchement important entre les troubles de conduites alimentaires et les troubles du développement, et que ces comorbidités peuvent avoir une incidence sur le traitement et le pronostic du patient (Huke et coll., 2013). Par exemple, on estime qu'un quart des femmes adultes souffrant d'un trouble de conduites alimentaires répondent aux critères des troubles du spectre autistique (Anckarsäter et al., 2012 ; Wentz et al., 2009 ; Nielsen et al., 2015) et les patients souffrant de boulimie présentent souvent des symptômes de TDAH (Seitz et al., 2013).

Les troubles de conduites alimentaires coexistent souvent avec d'autres troubles mentaux, tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité (Hudson et al, 2007 ; Godt, 2002). Selon une étude européenne, plus de 70 % des personnes souffrant d'un trouble de conduites alimentaires font état de troubles comorbides (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Par exemple, les recherches montrent qu'entre 40 et 60 % des patients souffrant d'un trouble de conduites alimentaires s'automutilent (Claes et al., 2014 ; Peebles, Wilson, & Lock, 2011). Ce phénomène est

légèrement plus fréquent chez les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique et de purgation (AN-BP et BN ; Riley et al., 2016). La boulimie est également plus souvent associée à des problèmes de toxicomanie et l'hyperphagie à des symptômes obsessionnels compulsifs (Krug et al., 2009 ; Turner et al., 2014).

Toutes ces comorbidités impliquent un(e) (pédo)psychiatre.

Impact social

Les troubles de conduites alimentaires ont un impact considérable sur la vie d'une personne. L'obsession de la nourriture, de l'image corporelle et du poids diminue souvent considérablement l'intérêt pour d'autres choses et peut conduire à l'isolement social. Les personnes souffrant d'un trouble de conduites alimentaires se sentent souvent socialement indésirables et ignorantes, et le comportement alimentaire perturbé peut commencer à agir comme un moyen de se sentir socialement accepté (Anckarsäter et al., 2012 ; Wentz et al., 2009).

Un trouble conduites alimentaires affecte souvent les performances des patients à la maison, à l'école et/ou au travail (Preti et al., 2009). Au cours de l'adolescence, les adolescents développent leur indépendance vis-à-vis de leurs parents et recherchent le soutien et la compagnie de leurs pairs. Chez les jeunes patients souffrant de troubles alimentaires, ce processus de développement est interrompu et s'accompagne souvent de difficultés scolaires et de mauvaises relations sociales (Bühren et al., 2014).

Mais c'est dans l'environnement immédiat du patient que le trouble alimentaire est le plus fortement ressenti. Chez les adolescents, il s'agit principalement des parents et des frères et sœurs, mais aussi d'autres membres de la famille et d'amis. Chez les adultes, il s'agit souvent du partenaire et éventuellement de ses propres enfants. Le trouble alimentaire provoque souvent des tensions à table, mais il devient aussi un élément central de la vie et du fonctionnement de la famille. Toute la vie familiale est dominée par le trouble conduites alimentaires (Eisler, 2005).

Dans le cadre du traitement, il est important d'impliquer activement l'environnement proche du patient dans le processus de rétablissement. Les lignes directrices actuelles en matière de traitement indiquent que les chances de rétablissement de l'adolescent sont plus grandes lorsque la famille est activement impliquée dans le traitement, et qu'un travail de croissance et de soutien peut être effectué auprès de l'enfant par l'intermédiaire de la famille.

Nécessité d'une collaboration multidisciplinaire

Étant donné qu'un trouble de conduites alimentaires entraîne des problèmes physiques, psychologiques et sociaux, et qu'il se caractérise par des problèmes de comportement alimentaire, la coopération multidisciplinaire est une nécessité absolue dans le processus de traitement ambulatoire et résidentiel. Un trouble de conduites alimentaires nécessite le suivi d'un diététicien, d'un psychologue et d'un médecin. En tant que psychologue PPL-S, il est nécessaire de vérifier si une équipe multidisciplinaire est impliquée dans le traitement du patient. Si ce n'est pas le cas, il est nécessaire de la mettre en place. Si plusieurs disciplines sont impliquées dans le traitement, il est important de se mettre d'accord sur l'objectif et le calendrier, par le biais d'une consultation, d'une lettre de recommandation ou d'une conversation téléphonique.

Diététicien

Le diététicien est tenu de procéder à un examen diététique. Pour ce faire, il doit recueillir des données concernant l'anthropométrie (évolution du poids, courbes de croissance, etc.), les données médicales (comorbidités, médication, etc.), la nutrition et le comportement alimentaire, l'activité physique et la motivation. L'objectif est ensuite de formuler un diagnostic diététique.

Le diététicien s'efforcera de renforcer la motivation : en prenant le temps de s'insérer dans la vie du patient, en questionnant activement le désir de changement du patient, en renforçant la motivation déjà présente, le tout dans un style de travail favorisant la croissance et renforçant les besoins fondamentaux du patient (autonomie, connectivité et compétence). Ensuite, sur la base des données de l'examen diététique et du diagnostic diététique, le diététicien formulera des objectifs de traitement diététique réalistes et réalisables en consultation avec le patient.

Le traitement diététique des troubles de conduites alimentaires peut inclure les aspects suivants (Barneveld, Brand, Groot, Peeters & van Veen, 2015 ; Noordenbos & van Elburg, 2018).

- Motiver au traitement
- Normaliser les habitudes alimentaires
- Stabilisation du poids ou récupération si cela est médicalement approprié ;
- Réduire et/ou arrêter tout comportement compensatoire
- Psycho-éducation sur la nutrition, les questions liées à l'alimentation, le poids et les conséquences physiques, psychologiques et sociales des troubles de conduites alimentaires.
- Prévention de la rechute

Il est important que les informations pertinentes issues des consultations diététiques soient toujours transmises au médecin généraliste et au psychologue, avec l'accord du patient. Cela peut se faire par le biais d'un bref rapport ou, idéalement, dans le cadre d'une brève consultation conjointe. En principe, les différentes disciplines peuvent travailler en parallèle, après coordination autour des objectifs (de l'ordre).

Pour plus d'informations sur le rôle du diététicien, veuillez vous référer au script pour les [diététiciens spécialisés](#).

Médecin généraliste

Un dépistage (somatique) et un suivi médical adéquats par le médecin généraliste sont essentiels dans le traitement d'un trouble de conduites alimentaires. En effet, le fonctionnement physique peut être considérablement perturbé. Le médecin généraliste ne s'occupe pas seulement du suivi physique et de l'éventuel suivi médicamenteux, mais joue également un rôle central dans la coopération multidisciplinaire. Pour plus d'informations sur la détection et le suivi somatique des troubles alimentaires : [Détection et suivi somatique des troubles alimentaires - Traitement et suivi médical \(eetexpert.be\)](#).

Psychologue conventionné spécialisé

Le psychologue clinicien (ou le psychiatre, l'orthopédagogue clinicien) compétent en matière de troubles de conduites alimentaires procédera à une anamnèse psychosociale approfondie afin de mieux comprendre le fonctionnement général et le bien-être du patient, les symptômes du trouble de conduites alimentaires et les problèmes sous-jacents (par exemple, symptômes dépressifs ou sautes d'humeur importantes, image négative de soi, image corporelle perturbée, peurs et comportements d'évitement, forte stigmatisation ou isolement social).

Le psychologue clinicien évaluera également la gravité du problème et la motivation du patient à changer de comportement. En effet, la volonté de changer de comportement et de mode de vie sera un facteur déterminant pour la suite du traitement. Sur la base de l'histoire psychosociale et de l'évaluation de la gravité, le psychologue mettra en œuvre des interventions adaptées au patient, en s'appuyant sur des protocoles de traitement fondés sur des données probantes et adaptés à la pathologie du trouble alimentaire présent (APA, 2012 ; Akwa, 2017 ; National Institute for Health and Care Excellence, 2017 ; Haute Autorité De Santé, 2010 ; Herpertz, 2018 ; Hay et al., 2014).

Outre l'anamnèse nutritionnelle et médicale, les informations fournies par le psychologue constitueront également une base essentielle pour la coopération multidisciplinaire et l'élaboration du plan de traitement ultérieur. De plus amples informations sur la coopération multidisciplinaire sont disponibles dans le [manuel de base](#).

Le PPL-S dans le modèle de soins échelonnés des problèmes et troubles conduites alimentaires

Comme indiqué ci-dessus, les troubles de conduites alimentaires constituent la fin d'un continuum, mais les troubles de conduites alimentaires peuvent également aller de manifestations légères à des manifestations très graves. Par conséquent, l'offre de soins pour les problèmes d'alimentation et de poids suit le modèle des "soins échelonnés" : l'offre de soins est adaptée à la gravité du problème. Ainsi, l'intensité des soins proposés est accrue si les problèmes sont plus graves, mais aucune aide n'est offerte plus qu'il n'est nécessaire. Pour obtenir des résultats durables, la continuité des soins est nécessaire. Les problèmes sont traités à long terme et le patient bénéficie d'un suivi.

La prévention et le dépistage précoce se feront en première ligne.

Les troubles légers à modérés par la deuxième ligne avec certains cas complexes.

Les autres cas complexes et sévères seront traités par la troisième ligne.

Tout ceci dans un passage souple d'une étape à l'autre. Le plus important est que le patient bénéficie d'un suivi suffisamment long de partiel à intensif si nécessaire et vice versa.

Il faut créer un maillage de sécurité autour du patient et de sa famille.

Le psychologue de base de première ligne (PPL) se concentre sur des thèmes favorisant la croissance chez les enfants, les adolescents et les adultes qui ne parviennent pas à développer leur comportement alimentaire ou qui ont déjà des problèmes alimentaires légers. La convention de psychologie de base axée sur la croissance travaille principalement sur des thèmes liés au mode de vie ou sur les thèmes (manger varié, s'amuser en faisant de l'exercice, s'amuser en mangeant) : Manger varié, faire de l'exercice en s'amusant, s'aimer soi-même, réguler ses émotions et dormir. Pour ces thèmes, veuillez vous référer au script de la convention de base. Des informations plus détaillées sur chaque thème sont disponibles sur les feuilles suivantes.

Le psychologue spécialisé de première ligne (PPL-S en abrégé) peut s'occuper de patients (enfants, adolescents et adultes) souffrant de troubles alimentaires. Avec ce texte, nous offrons au personnel du PPL-S des outils dans l'approche de ces problèmes. Actuellement, l'approche des troubles de conduites alimentaires dans la pratique ambulatoire se fait souvent de manière individuelle. Le guide d'inspiration complémentaire pour le traitement de groupe chez les adolescents ayant un problème d'alimentation/trouble de conduites

alimentaires (mai 2023) vise à soutenir les PPL-S qui souhaitent également travailler en groupe. Ce sujet est également abordé brièvement plus loin dans ce texte (voir traitement).

Les soins ambulatoires constituent le traitement standard des problèmes et des troubles de conduites alimentaires : il est préférable de choisir la forme d'aide la moins intrusive possible pour le patient, aussi proche que possible de son cadre de vie, d'apprentissage ou de travail habituel (Athey, 2003 ; OMS, 2009). Ce n'est que lorsque la santé physique, psychologique ou sociale est menacée, et si l'aide ambulatoire n'est pas suffisante, que l'on passe à l'échelle supérieure en recourant à des soins résidentiels, avec ou sans admission (ligne 3^e).

Pour estimer si une phase d'admission psychiatrique et/ou médicale est appropriée pour les troubles de conduites alimentaires, les aspects suivants sont pris en compte (évaluation du risque) :

- IMC < 15
- Perte de poids rapide
- Automutilation grave, risque de suicide
- Purge incontrôlée, activité physique extrême
- Système de dépassement de la capacité de charge
- Pas d'évolution après 3 mois de soins ambulatoires

L'évaluation est basée sur l'évolution et la combinaison des différents facteurs. Un médecin doit être impliqué dans le suivi des indicateurs médicaux, tels que la fréquence cardiaque, la température corporelle, la pression artérielle, le potassium, le sodium,... Chez les jeunes en pleine croissance présentant une grave insuffisance pondérale, il est suggéré d'impliquer un pédiatre.

En outre, il est également important d'évaluer le fonctionnement psychosocial général. Si celui-ci est si gravement perturbé que le développement du patient est complètement stagnant, il s'agit d'une indication d'admission, même en dehors des risques physiques. Prenons l'exemple d'un jeune de 16 ans qui a déjà cessé d'aller à l'école depuis longtemps, qui n'a pas de loisirs, qui n'a pas de contacts sociaux et qui reste à la maison avec un état d'esprit dépressif.

Avec un IMC inférieur à 13 ou une perte de poids de plus de 1 kg/semaine ou une perte de poids de plus de 30 % à 6 mois ou des complications médicales graves, une admission médicale urgente est indiquée, avec l'aide de la psychiatrie, jusqu'à ce que la stabilité

médicale soit rétablie (Athey, 2003 ; Royal College of Psychiatrists et Royal College of Physicians, 2010 ; National Institute for Clinical Excellence, 2004).

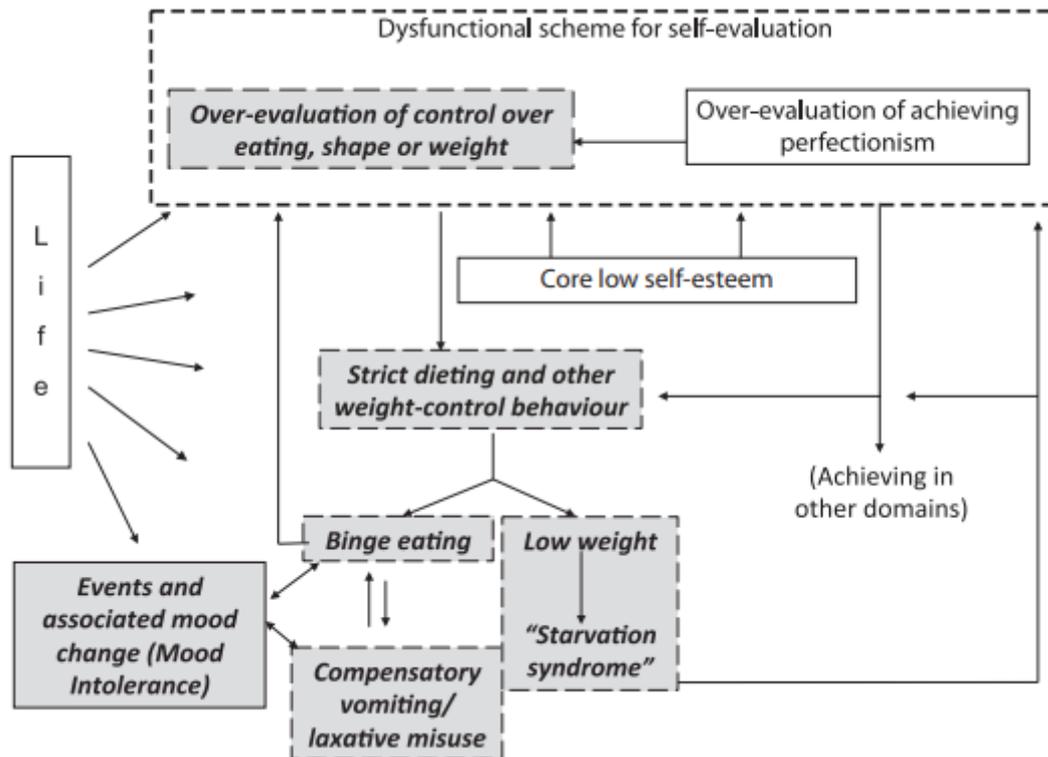
Dans les cas de surpoids et d'obésité, une évaluation du risque global pour la santé est également primordiale. Dans ce cas, le système de stadification de l'obésité d'Edmonton (EOSS) peut être utilisé. Il s'agit d'un outil clinique récent et important pour l'évaluation de la gravité du surpoids et de l'obésité.

Modèles explicatifs

Le modèle transdiagnostique d'explication des troubles de conduites alimentaires (Fairburn et al., 2003 ; Fairburn, 2008) explique les différents troubles de conduites alimentaires (AN et BN) à l'aide de processus psychopathologiques transdiagnostiques similaires. Le modèle part d'une surévaluation du poids et de la silhouette dans l'auto-évaluation. Contrairement à la plupart des gens, qui évaluent leur valeur personnelle dans différents domaines (travail, relations, compétences sportives...), les personnes souffrant de troubles de conduites alimentaires, fondent leur auto-évaluation presque exclusivement sur leurs habitudes alimentaires, leur poids ou leur silhouette et leur capacité à les contrôler (Fairburn et al., 2003).

Ce contrôle s'accompagne de pensées et de comportements axés sur la restriction et la perte de poids. Cependant, un régime extrême peut entraîner une perte de contrôle et des crises de boulimie. Ces compulsions alimentaires peuvent alors être compensées par l'abus de laxatifs, les vomissements, l'exercice physique excessif...

Par conséquent, l'AM et la boulimie partagent les mêmes aspects fondamentaux. Le diagnostic final dépend de l'insuffisance pondérale et de l'équilibre entre le comportement de ligne, l'hyperphagie et le comportement compensatoire.



The enhanced transdiagnostic cognitive behavioral theory. Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Les auteurs se sont également interrogés sur les raisons pour lesquelles un trouble de conduites alimentaires persiste souvent (de manière chronique) malgré la thérapie (Fairburn, et al., 2003 ; Fairburn, 2008). À cet égard, ils ont décrit quatre mécanismes de maintien qui peuvent interagir avec les mécanismes de base décrits ci-dessus. Ces mécanismes entravent la réussite de la thérapie.

1. Attitude perfectionniste et autocritique
2. Faible estime de soi et de son corps
3. Régulation inadaptée des émotions
4. Problèmes interpersonnels

L'attitude perfectionniste se définit comme le fait d'accorder une importance excessive à la recherche et à la réalisation d'objectifs élevés, en dépit des conséquences négatives. En raison de cette attitude perfectionniste, ces patients sont souvent confrontés à la peur de l'échec et à une attitude autocritique. Lorsqu'ils ne parviennent pas à respecter leurs règles alimentaires, cela est souvent interprété comme un échec, qui se traduit par une prise de poids.

Cet échec peut également s'étendre à d'autres domaines de la vie, certains patients développant une image négative d'eux-mêmes non seulement au niveau du contrôle du poids et du corps, mais aussi en s'évaluant de manière négative dans tous les domaines.

Certains patients semblent également incapables de faire face à certaines émotions et humeurs (généralement négatives). Ils développent alors des mécanismes d'adaptation dysfonctionnels par lesquels ils tentent de neutraliser l'humeur négative à court terme. Les exemples incluent l'automutilation ou l'abus de substances, mais aussi l'hyperphagie, les comportements de purge ou l'exercice physique intense.

En outre, les problèmes interpersonnels peuvent déclencher des comportements de contrôle et des crises de boulimie et diminuer l'estime de soi. Il peut s'agir d'une envie et d'un besoin de contrôle résultant de tensions familiales, d'une enfance dans un environnement qui exerce une forte pression sur les idéaux de minceur, d'une hypersensibilité au contact des autres (Fairburn, et al., 2003 ; Fairburn, 2008).

Mais dans l'étiologie, il faut aussi tenir compte des **facteurs biologiques**, à la fois génétiques et neurobiologiques (cerveau). La vulnérabilité aux troubles des conduites alimentaires semble être en partie héréditaire. Par exemple, les troubles du comportement alimentaire sont 3 à 5 fois plus fréquents dans les familles où un diagnostic a déjà été posé (Bulik, Slof-Op't Landt, van Furth & Sullivan, 2007). En même temps, dans n'importe quelle famille, la grande majorité ne souffrira pas d'un trouble de conduites alimentaires. Par ailleurs, certains traits de personnalité tels que le perfectionnisme, le comportement obsessionnel, la dépendance et l'attitude évitante, associés aux troubles de conduites alimentaires, sont plus fréquents dans les familles, ce qui peut indirectement rendre une personne plus susceptible de développer un trouble de conduites alimentaires.

Mais à ce jour, aucune étiologie génétique n'a été démontrée.

En outre, la recherche montre que le **cerveau joue** un rôle important dans le développement d'un trouble alimentaire (Frank, DeGozzman & Shott, 2019). Pendant la puberté, le cerveau est en plein développement et une réorganisation majeure a lieu, qui se poursuit au moins jusqu'à la 25e année de vie. Cependant, toutes les régions du cerveau ne se développent pas en même temps. Par exemple, les zones inférieures du cerveau responsables des émotions (amygdale) se développent en premier et les zones supérieures du cerveau responsables de la pensée et du raisonnement (cortex préfrontal) se développent plus tard. Par conséquent, le cerveau des adolescents est temporairement déséquilibré et les émotions l'emportent souvent sur la raison. Les adolescents ressentent

souvent des émotions très intenses et, en même temps, ne savent pas comment y faire face, les tolérer ou les contrôler. Leur mécanisme de contrôle interne n'est donc pas encore bien développé. Cependant, la zone de récompense du cerveau est déjà très active à cette époque. Les adolescents sont donc très sensibles à la récompense immédiate ou au renforcement, ce qui signifie qu'ils sont sensibles à tout ce qui leur semble gratifiant. Ils peuvent trouver une récompense dans une tape dans le dos ou dans n'importe quel petit encouragement venant de l'extérieur. Mais même le fait de manger ou de ne pas manger peut s'avérer utile lorsque les émotions sont (trop) intenses. Certains adolescents y parviennent en mangeant très peu, mais même une grande quantité de nourriture en peu de temps peut procurer une sensation agréable pendant un très court laps de temps. Frank, DeGuzman & Shott (2019) ont récemment proposé un **nouveau modèle de maladie concernant l'AN** qui inclut des facteurs psychologiques et biologiques. Au sein de ce modèle, un conflit est décrit entre des motivations opposées : d'une part, il y a la motivation consciente de limiter l'apport alimentaire ; d'autre part, il y a une motivation axée sur l'homéostasie pour aborder la nutrition en réponse à la perte de poids. Ces motivations opposées déclenchent une anxiété sous-jacente chez le patient, ce qui perpétue le cercle vicieux de la restriction de l'apport énergétique et de la perte de poids.

Enfin, nous aimerions mentionner que de nombreux modèles explicatifs supplémentaires ont été développés, qui apportent tous des contributions très intéressantes pour expliquer la complexité des troubles de conduites alimentaires. Dans ce texte, nous nous concentrons principalement sur le modèle transdiagnostique, avec des ajouts de nouvelles idées concernant les thèmes transdiagnostiques tels que l'identité, l'attachement, la régulation des émotions, etc. Etant donné l'importance de la famille dans le processus de rétablissement d'un patient souffrant d'un trouble de conduites alimentaires, nous accorderons également une grande attention au conseil familial dans le développement ultérieur du texte.

Partie 2 : Actions concrètes dans la pratique du PPL-S

Évaluation de la gravité

Après un interrogatoire approfondi sur les symptômes et les plaintes présents dans différents domaines (comportement alimentaire, comportement en matière d'exercice physique, psychologique, social, somatique, etc.), il est important de procéder à une évaluation de la gravité. Celle-ci est particulièrement importante dans le contexte de l'indication de soins appropriée et de l'élaboration de priorités dans le plan de traitement, en particulier la question de l'urgence.

Voici quelques lignes directrices qui permettent de déterminer l'estimation de la gravité :

- **Évaluation de la gravité médicale :**
Comme nous l'avons déjà indiqué, les problèmes d'alimentation et de poids ont de nombreuses conséquences physiques. L'évaluation par un médecin est nécessaire pour évaluer correctement la gravité du problème : Quelles sont les conséquences physiques présentes ? Un grand nombre de troubles somatiques disparaissent avec la reprise du poids. D'autres conséquences sont irréversibles (par exemple, l'ostéoporose) ou mettent la vie en danger (par exemple, une carence en potassium). Voir ci-dessus.
- **Durée et historique :**
Plus le trouble alimentaire est présent depuis longtemps, plus il devient intraitable et plus la guérison est difficile.
- **Évaluer la comorbidité :**
Présence d'autres problèmes que le problème d'alimentation/de poids, en particulier l'abus d'alcool/de drogues, les troubles de l'humeur, la suicidalité, les troubles de la personnalité, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles de l'anxiété.
- **Quel est l'impact du trouble de conduites alimentaires sur le fonctionnement psychosocial ?**
Plus cette perturbation est importante, plus le problème est grave. Le patient va-t-il encore à l'école ou au travail ? Ou son réseau social est-il très réduit ? Quelle est l'importance du trouble alimentaire pour l'environnement ? Quelle est la capacité de la famille/de l'environnement à faire face ? Voir ci-dessus
- **Motivation pour le changement :**
Il n'est pas rare que le déni ou la minimisation se produisent en cas de problèmes graves. Comment le patient perçoit-il le traitement/le changement ? Aux premiers stades d'un trouble alimentaire, la confiance en soi et le sentiment de contrôle augmentent considérablement. À ce moment-là, les régimes et la perte de poids

restent une "solution efficace" pour faire face à toutes sortes de difficultés, et, le patient n'abandonnera pas facilement. La plupart des patients souffrant d'un trouble alimentaire ne deviennent motivés que lorsqu'ils sont confrontés à toutes sortes de conséquences physiques, psychologiques, sociales et financières indésirables (Ulfvebrand, 2015). La motivation reste longtemps ambivalente, car le patient a souvent encore très peur d'abandonner la "solution" qu'il a trouvée. Une reconnaissance suffisante et une véritable compréhension de cet attachement au symptôme sont importantes.

- Tentatives de traitement antérieures :
Quelles approches ont déjà été testées, qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ?
- Facteurs de protection :
Existe-t-il des moyens de réconfort autres que le patient a mis en place ? Quels sont les points forts du patient ? Quels sont les points forts de l'environnement du patient ?

Diagnostics

Diagnostic comportemental

En discutant, vous pouvez déjà recueillir beaucoup d'informations sur les sujets susmentionnés (signes et symptômes). Le diagnostic d'un trouble conduites alimentaires tel que l'AM, la boulimie ou le BED est un diagnostic comportemental qui repose sur un jugement clinique. Il existe également des questionnaires qui peuvent vous aider. Vous devez interroger à la fois le patient et l'environnement et, si possible, de différentes manières. Des tests supplémentaires peuvent être utilisés pour identifier les facteurs de protection, de risque et de maintien (cfr cours).

Matériel d'essai

Du point de vue de l'action, les tests ci-dessous peuvent apporter une valeur ajoutée. Il ne s'agit pas d'un aperçu exhaustif de tous les instruments de mesure pertinents possibles.

Graphique des symptômes

- Questionnaires de dépistage
 - Test de dépistage des troubles alimentaires - SCOFF - Morgan, Reid & Lacey (1999). Les cinq questions de ce questionnaire de dépistage portent sur les thèmes suivants : "malade", "contrôle", "Vomissements", "gras" et "nourriture".

- Eating disorder screen for primary care - ESP - Cotton, Ball & Robinson (2003).

Les deux questionnaires de dépistage sont disponibles sur le Powerpoint.

- Altération du comportement alimentaire et troubles cognitifs
 - Questionnaire d'examen des troubles de conduites alimentaires – EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994
 - Questionnaire sur les problèmes alimentaires - traduction EF Furth (2000) : free Eating Questionnaire for children (chEDE-Q)
 - Inventaire des symptômes des troubles alimentaires - EDI-3, Garner & Van Strien, 2016 - 13 à 39 ans

L'EDI 3 est validé en français (cfr fin du cours)

- Journal alimentaire

Dans un journal alimentaire, il est important de se faire une idée de l'heure et du lieu des repas et des collations, de la nature et de la quantité des aliments et des boissons. Il convient également de s'interroger sur les comportements compensatoires. Le journal alimentaire donne également un aperçu des compétences alimentaires présentes (structurées, variées, suffisantes et agréables). Le journal alimentaire est important pour les patients avec boulimie mais pas pour les patients avec anorexie restrictive car cela risque d'engendrer encore plus de préoccupations obsédantes sur l'alimentation.

Comorbidités :

Le patient peut présenter des comorbidités anxieuses, dépressives par exemple. Dans ce cas, il faut orienter vers le ou la (pédo)psychiatre de l'équipe pluri qui pourra orienter la prise en charge adéquate.

Il est également important de cartographier la personnalité (chez les patients à partir de l'âge adulte). Il existe une forte comorbidité entre les troubles de la personnalité et les problèmes d'alimentation et de poids. Le degré d'impulsivité et/ou de rigidité nécessite une approche différente. Le comportement de contrôle et l'impulsivité vont souvent de pair. C'est le cas, par exemple, chez les personnes souffrant de boulimie, qui cherchent à se contrôler en restreignant leur comportement alimentaire, après des crises de boulimie caractérisées par l'impulsivité.

Adaptation et régulation des émotions

Une mauvaise régulation des émotions est un facteur de risque majeur pour les problèmes d'alimentation et de poids. L'apprentissage de stratégies adéquates d'adaptation et de régulation des émotions fait généralement partie du traitement.

Contexte familial et contexte plus large

La qualité de la relation d'attachement est à la fois un facteur de risque et un facteur important dans la gravité des problèmes.

Anamnèse hétéro et développementale

Une hétéro-anamnèse, c'est-à-dire la collecte d'informations sur les antécédents du patient auprès des personnes concernées, est très utile dans le contexte des troubles de conduites alimentaires. Chez les adolescents en particulier, les parents peuvent fournir des informations sur plusieurs domaines importants, par exemple les symptômes alimentaires, le déroulement des repas à la maison, mais aussi le tempérament de l'enfant, son fonctionnement scolaire et social,.... En outre, une anamnèse développementale peut fournir des informations sur d'éventuels contretemps dans le développement de l'enfant. Compte tenu de la forte comorbidité entre les troubles conduites alimentaires et les troubles du développement, il s'agit d'un élément nécessaire du diagnostic.

Traitement

Les éléments couverts s'appuient sur les composantes transdiagnostiques de Pennesi et Wade (2016), fondées sur le modèle transdiagnostique de Fairburn et al. (2003) et sur le modèle à double voie de Stice (2001). En fonction de la nature du trouble alimentaire et des symptômes spécifiques du patient, certains éléments seront plus ou moins abordés dans le traitement.

Le traitement des troubles de conduites alimentaires est généralement un processus long et intensif. Le processus de rétablissement complet prend plusieurs années. Pour la plupart des patients, ce processus de soins est entièrement ambulatoire. Mais même lorsque le trouble alimentaire nécessite temporairement un traitement résidentiel plus intensif, un suivi ambulatoire est nécessaire, à la fois avant et après une phase de traitement résidentiel temporaire.

Le traitement des enfants et des adolescents souffrant de troubles de conduites alimentaires doit impliquer les parents ou les autres personnes qui s'occupent d'eux. La thérapie familiale pour les troubles de conduites alimentaires est recommandée dans les directives de traitement pour les adolescents souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. Toutefois, la participation des proches à la thérapie ambulatoire peut également s'avérer utile pour les (jeunes) adultes souffrant de troubles de conduites alimentaires. Le **groupe de travail fédéral sur les troubles de conduites alimentaires** et la directive multidisciplinaire sur l'implication des proches dans les soins de santé mentale (voir

également www.familiereflex.be) précisent que les prestataires de soins doivent s'efforcer de veiller à ce que les proches puissent remplir adéquatement leur rôle de partenaires dans les soins. Un parcours de soins de qualité pour les troubles de conduites alimentaires prendra donc toujours en compte le triangle du patient, du contexte et du thérapeute. En tant que thérapeute d'adolescents et de (jeunes) adultes souffrant de troubles alimentaires, vous devez donc être attentif aux besoins des parents et les impliquer dans le traitement chaque fois que cela est possible.

Psycho-éducation

Il est recommandé de commencer à fournir des informations et une éducation sur les troubles alimentaires dès que possible après le diagnostic, de préférence avant même le début du processus de traitement proprement dit. Des informations étape par étape peuvent être communiquées sur ce que la maladie implique, sur le traitement qui sera utilisé et sur les effets du trouble conduites alimentaires et du processus de rétablissement sur la vie quotidienne. Il est recommandé de proposer ces informations aux enfants et aux adolescents en même temps qu'à leurs parents. Il est également important que cette psychoéducation soit répétée régulièrement pendant le traitement et que du matériel d'information écrit et numérique soit également disponible.

Plus précisément, les patients et leurs proches doivent être informés des éléments suivants

- Les caractéristiques des troubles conduites alimentaires
- L'apparition d'un trouble de conduites alimentaires
- Les effets d'un trouble de conduites alimentaires
- Traiter un trouble de conduites alimentaires

Dans une phase de suivi, il est important que les prestataires de soins de santé concernés soient informés :

- Réponses utiles et non utiles des soignants
 - Rôle des parents dans la communication et la régulation des émotions
- Le rôle des parents dans le soutien aux repas

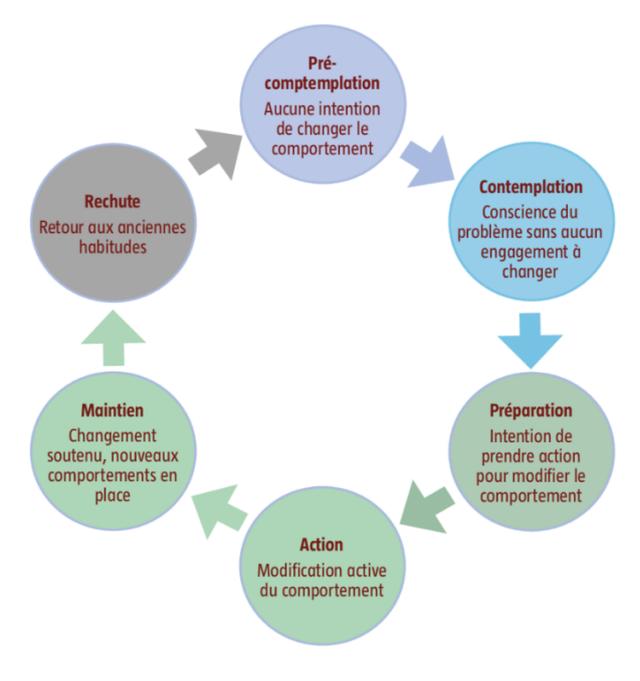
La psychoéducation peut être utilisée de différentes manières, par exemple en proposant de la littérature pertinente, des films, un dossier d'information et/ou en renvoyant à une formation parentale ou à un groupe familial. La transposition des informations à la situation individuelle de l'adolescent se fait par le biais d'entretiens individuels avec les parents et la famille.

Insérer et motiver

Les patients souffrant de troubles alimentaires ne ressentent souvent pas eux-mêmes de problème au départ. Souvent, c'est l'entourage qui vient frapper à la porte des services sociaux parce qu'il est très inquiet pour le patient. Un aspect important de l'aide apportée aux patients souffrant de troubles alimentaires est donc d'être attentif et de renforcer la motivation du jeune. En outre, les techniques thérapeutiques doivent être adaptées à la phase motivationnelle dans laquelle se trouve le patient, et cette adaptation doit être permanente. Un patient peut passer d'une phase motivationnelle à l'autre, de sorte que chaque séance ne se déroule pas dans le même état motivationnel.

Le **modèle de Prochaska et DiClemente (1986) constitue** un cadre utile à cet égard : "**Les étapes du changement de comportement**". Le cercle de changement appartenant à ce modèle est illustré dans la figure ci-dessous. Le changement de comportement en matière de santé s'effectue en plusieurs étapes :

- Précontemplation : le patient remet peu ou pas du tout en question son comportement actuel et n'envisage pas de changer de comportement.
- Bilan : le patient commence à peser le pour et le contre, mais en termes de comportement, il n'y a pas encore de grand changement.
- Préparation : le patient prend la décision de changer de comportement (même s'il s'agit d'un changement minime) et fait part de ses intentions.
- Action : le patient fait des efforts visibles pour changer en procédant par "essais et erreurs".
- Consolidation (maintien) : après un nombre suffisant d'expériences réussies, le patient a intériorisé les nouvelles habitudes, les choses commencent à "venir plus naturellement".



Selon la phase dans laquelle se trouve le patient, l'approche thérapeutique doit être différente.

Pré-comptemplation :

- donner de l'information et du feedback
- semer le doute
- approche à adapter en fonction de la situation : pas d'alliance , résistance

Contemplation :

- explorer l'ambivalence
- faire l'inventaire des avantages et inconvénients
- renforcer les options
- discuter de la possibilité d'obtenir un changement

Préparation :

- amener les forces sur une carte
- agir étape par étape
- analyser les capacités de faire face

Action :

- encourager, soutenir
- renforcer ce qui va bien

- nommer l'engagement

Maintien et rechute :

- retour sur les stratégies de succès et d'aide réalisées (afin de prévenir les rechutes)
- détecter les pièges et les risques
- plutôt parler de récupération partielle plutôt que d'échec

La **théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci (2000)** est un deuxième cadre qui peut s'avérer utile pour motiver les patients à changer. La théorie de l'autodétermination stipule que la question n'est pas de savoir si les gens sont motivés, mais plutôt "pour quoi" ils sont motivés. La clé est donc de capter la motivation intrinsèque de nos patients. Ce cadre souligne l'importance de la conviction personnelle du patient et de son choix de travailler au changement. Pour parvenir à ce "désir de soi", la théorie de l'autodétermination s'appuie principalement sur trois besoins psychologiques fondamentaux : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin de connexion (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010).

- Le travail de soutien à l'autonomie peut se faire en écoutant sincèrement et curieusement ce que le patient veut faire. Il est nécessaire de reconnaître et d'accepter que le patient est lui-même responsable du changement de son comportement. Bien sûr, des règles et des accords sont également nécessaires, mais il est très important de prendre le temps d'expliquer et de clarifier "pourquoi" ces accords sont nécessaires.
- Le renforcement des compétences peut se faire en formulant des étapes intermédiaires réalistes mais stimulantes pour arriver là où le patient veut aller. Les moments difficiles sont préparés et soutenus. Un retour d'information positif explicite, des points de travail concrets, la confiance et la foi dans le patient (encouragement) sont importants.
- Le lien est favorisé par l'adoption d'une attitude respectueuse et d'un engagement inconditionnel. Il est essentiel d'impliquer les membres de la famille dans ce processus.

Le troisième et dernier cadre de la motivation du patient est l'**entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2014)**. Il apporte une réponse à la question de savoir quelles

pratiques conversationnelles sont motivantes. L'entretien motivationnel s'articule autour de quatre thèmes séquentiels :

- Tout d'abord, le thérapeute et le patient doivent s'engager, dans le cadre d'une relation d'égal à égal, à explorer le sujet ensemble.
- Il s'agit ensuite d'explorer le désir de changement, d'explicitier l'ambivalence et de susciter le langage du changement.
- Ensuite, se concentrer sur les objectifs de changement
- Alors, planifiez des changements concrets

Sentir une résistance, c'est comme recevoir un feedback de l'intervenant PPL-S indiquant que vous allez un peu trop vite et que vous devez faire un pas en arrière. Des informations plus détaillées sur l'insertion et la motivation figurent dans le [manuel de base](#).

Programme de traitement individuel

Au départ, un travail psycho-éducatif et motivationnel doit être effectué, comme indiqué ci-dessus. Cela est nécessaire pour prévenir l'abandon et l'échec du traitement. Il est nécessaire d'investir intensivement pour établir une relation thérapeutique. (Voir le travail de motivation : voir ci-dessus).

La guérison d'un trouble de conduites alimentaires s'inscrit dans trois grands domaines, qui vont de pair. Le **rétablissement symptomatique et physique** est nécessaire lorsque l'accent est mis sur la diminution et la stabilisation du comportement symptomatique et sur le rétablissement physique. En outre, le rétablissement **psychologique est** nécessaire puisque nous avons vu précédemment que les troubles de conduites alimentaires restent la pathologie mentale la plus sévère, et, enfin, le **rétablissement social** est indiqué dans les relations avec d'autres personnes significatives.

Sur la base des informations recueillies lors de l'évaluation des indications, de l'évaluation de la gravité et des diagnostics spécifiques, vous pouvez - pour une bonne prise en charge sur mesure - élaborer une cohérence des problèmes individualisée qui permet à votre patient de comprendre sa propre situation et d'élaborer des actions spécifiques. Sur la base de cette cohérence du problème, des objectifs spécifiques pour le programme de traitement peuvent être concrétisés, et ce dans les trois domaines indiqués (rétablissement physique, psychologique et social). Étant donné les effets profonds d'un comportement alimentaire perturbé dans ces trois domaines, le rétablissement du comportement alimentaire sera au cœur du traitement des troubles de conduites alimentaires (Yager et al., 2015). Il peut être utile de partager la relation problématique avec les autres travailleurs sociaux impliqués (médecin et diététicien). De cette manière, des objectifs

concrets peuvent être déterminés ensemble et cohérents entre les différents prestataires de soins.

Sur la voie de la guérison physique

- **Rétablissement du comportement alimentaire**

En raison de la perturbation des sensations normales de faim et de satiété, la plupart des patients ne peuvent pas se fier aux signaux de leur corps pour déterminer ce qu'ils doivent manger, en quelle quantité et à quel moment. Le rétablissement d'un biorythme sain passe par la mise en place d'un rythme alimentaire régulier. Le rétablissement d'un rythme alimentaire régulier a la priorité sur ce que l'on mange exactement. À titre indicatif, on suppose une structure quotidienne de 3 repas principaux et de 2 à 3 collations, ce qui signifie qu'il y a environ 3 heures de repos entre les repas. La mise en place d'un mode d'alimentation régulier inclut naturellement la gestion directe des crises de boulimie, des vomissements ou des laxatifs. La recherche montre que les patients qui parviennent à réduire de manière significative les crises de boulimie et les comportements de purge (vomissements et laxatifs) au cours des deux premiers mois de traitement ont beaucoup plus de chances d'obtenir de bons résultats (Marronne, Crosby, Wonderlich & Jollie-Trottier, 2009).

De préférence, avec l'aide d'un diététicien spécialisé, des accords sont conclus pour rétablir un bon rythme alimentaire : accords sur le temps, le lieu, la quantité et la qualité des aliments. Mais le comportement alimentaire lui-même est également discuté : rapide, goulu, avalé sans goûter, ou très lent, avec de petites bouchées....

Un défi supplémentaire est que de nombreux patients ayant des habitudes alimentaires perturbées ont souvent une vision très rigide et noire de la nourriture : "saine" contre "malsaine", aliments "interdits", etc. Ce qui conduit parfois à une peur extrême de certains produits alimentaires. C'est pourquoi il est également nécessaire de rompre avec ces idées noires et blanches et de développer une alimentation variée, mais plus tôt dans le traitement.

•

- **Récupération physique**

Les troubles de conduites alimentaires et du poids se caractérisent par le fait que le fonctionnement physique peut être perturbé de manière significative (voir également supra). Ces perturbations peuvent être dues à une insuffisance ou à une surcharge pondérale résultant du trouble du comportement alimentaire, ainsi qu'aux mécanismes compensatoires de l'hyperphagie (vomissements, laxatifs...). Des objectifs ciblés peuvent

en découler (par exemple, le rétablissement de l'équilibre électrolytique perturbé par les vomissements et/ou les laxatifs).

Lorsque l'on fixe des objectifs de restauration du poids pour les enfants et les jeunes, on part du principe que le processus de croissance est normal (développement de la taille et du poids au fil des ans). Les courbes de croissance donnent un aperçu clair de la trajectoire de croissance individuelle du jeune et sont conservées par chaque CPSE (disponibles sur demande des parents) ou par l'ONE (pour les jeunes enfants), ainsi que par le médecin généraliste. Les limites de poids "normales" basées sur une comparaison de groupe en fonction du sexe, de l'âge et de la taille sont indicatives, mais une comparaison avec la trajectoire de croissance propre à l'adolescent est primordiale. Chez les enfants et les adolescents, la sauvegarde ou le rétablissement de la trajectoire de croissance normale est le point de départ. Chez l'adulte, on utilise l'indice de masse corporelle (IMC), l'objectif étant de se situer entre 18,5 et 25.

Dans le cas de l'obésité, l'objectif principal reste d'enseigner un mode de vie plus sain. Cela comprend non seulement une alimentation équilibrée et suffisamment d'exercice, mais aussi la satisfaction corporelle, la régulation des émotions et le sommeil. Il est plus facile de se concentrer sur les comportements liés au mode de vie que de travailler directement sur le poids. En cas d'obésité, une perte de poids responsable peut être un objectif (secondaire), mais toujours dans le cadre d'un traitement axé sur le mode de vie, où l'amélioration de la santé est primordiale. Pour ce faire, un diététicien et/ou un psychologue peuvent être impliqués et la collaboration avec un médecin généraliste est nécessaire.

En cas d'insuffisance pondérale grave, il peut être nécessaire de convenir d'une augmentation minimale dans un délai déterminé. Les conséquences possibles si cet objectif n'est pas atteint à temps (ou si l'état du patient se détériore davantage) sont également convenues à l'avance. En cas d'insuffisance pondérale grave (< IMC 16,5 ou percentile équivalent pour l'insuffisance pondérale grave chez les adolescents), il peut s'agir de limiter ou d'arrêter les efforts physiques (vélo, sport, fitness) jusqu'à ce qu'un certain poids minimum soit atteint. Il est recommandé de conclure ces accords par écrit et, dans le cas des enfants et des adolescents, d'impliquer les parents dans ces accords.

Un médecin doit toujours être impliqué dans le suivi somatique. Des lignes directrices spécifiques à ce sujet figurent dans le texte de soutien pour les médecins.

- Arrêter les comportements compensatoires

Comme tout comportement de purge (vomissements, laxation, diurétiques) a des conséquences médicales graves, l'arrêt de tout comportement de purge doit également être une priorité. C'est la première étape pour réduire le risque médical (taux de potassium, etc.).

Les patients qui parviennent à réduire considérablement les stratégies de réduction de poids telles que les vomissements et les laxatifs dès la première phase du traitement ont plus de chances de réussir. Le thérapeute doit informer correctement le patient à ce sujet. Ce n'est qu'à partir du moment où le patient est prêt à cesser ces pratiques que le traitement peut aboutir à un résultat positif. Parfois, les patients sont tellement coincés dans ces schémas comportementaux qu'ils montrent une très forte ambivalence à l'égard de l'arrêt de ces mesures compensatoires. Par conséquent, si aucun progrès n'a été réalisé dans ce domaine après trois mois de traitement, il est recommandé de mettre le traitement ambulatoire temporairement "en attente" et de discuter des obstacles et des alternatives de traitement (Levine, Piran & Jasper, 2015).

L'avis d'un médecin est impératif pour l'arrêt ou la diminution des laxatifs et des diurétiques. Comme le corps a appris à retenir les liquides lors de la purge (abus de laxatifs/diurétiques, vomissements), une forte rétention réflexe de liquide (œdème) se produit souvent après l'arrêt de la purge. Cet œdème disparaît au bout de quelques jours à environ deux semaines. Il peut être utile d'éviter de manger trop salé. Certains patients ont besoin d'uriner fréquemment, y compris la nuit. L'arrêt des laxatifs peut entraîner des symptômes de constipation. Ceux-ci disparaissent généralement au bout d'une à deux semaines. Il est utile de manger suffisamment de fibres (fruits et légumes, pain complet), de boire suffisamment et de faire de l'exercice (modérément). Comme il s'agit de conséquences difficiles et souvent effrayantes, il est important de bien y préparer le patient, par exemple par le biais d'une psychoéducation.

- En fonction des comorbidités

Une insuffisance pondérale sévère peut renforcer les pensées et les comportements obsessionnels, accroître l'irritabilité et aplanir ou déprimer l'humeur. Il convient donc d'accorder la priorité à l'amélioration du poids plutôt que d'entamer trop tôt un traitement pour une dépression ou un trouble obsessionnel-compulsif potentiellement présent.

La boulimie peut s'accompagner d'importants changements d'humeur et de problèmes de contrôle des impulsions. Dans ce cas, il faut d'abord essayer de stabiliser les habitudes

alimentaires plutôt que d'intervenir à la hâte pour traiter un trouble bipolaire présumé ou un trouble de la personnalité limite.

Dans le cadre de la prévention de l'abandon ou de l'échec du traitement, il est important d'être toujours conscient de l'impact des psychotraumatismes. Les recherches montrent que 20 à 40 % des patients souffrant de boulimie présentent un syndrome de stress post-traumatique. Lorsqu'il apparaît que le trouble alimentaire est clairement lié à une expérience traumatisante de la vie, il est toujours recommandé de travailler sur la normalisation du comportement alimentaire au cours de la première phase du traitement. Ce n'est que lorsque le patient a retrouvé une maîtrise de soi suffisante que le traitement de l'expérience traumatisante peut être abordé dans une deuxième phase. Dans le cas contraire, le patient risque d'être dépassé et d'abandonner ou d'échouer dans son traitement (Vanderlinden & Norré, 2013).

En cas d'abus sévère d'alcool et de drogues, le traitement de ces problèmes est prioritaire par rapport aux mesures thérapeutiques visant le comportement alimentaire ou le poids.

En raison du manque de contrôle des impulsions et d'autorégulation typique des enfants souffrant de TDAH, ces enfants sont souvent plus susceptibles de développer une obésité. Il leur est plus difficile de résister à la tentation. Si le surpoids ou l'obésité s'accompagne d'un TDAH, les résultats de la thérapie sont moins bons : durée de la thérapie plus longue, perte de poids moins importante, rechute plus fréquente. Il est donc important de traiter également les symptômes du TDAH. L'absence de traitement des symptômes du TDAH réduit les chances de réussite du traitement du mode de vie.

Les personnes atteintes de TSA peuvent être à la fois hypo et hypersensibles aux stimuli gustatifs. En outre, elles ont souvent une vision rigide de l'aspect, du goût et de l'odeur des aliments. Il convient d'en tenir compte.

Soyez attentif au déplacement des symptômes : **par exemple** (augmentation) de l'automutilation, des achats compulsifs, de l'alcoolisme, des actes compulsifs... (Claes, Bijttebier, Mitchell, de Zwaam & Mueller, 2011 ; Claes & Muehlenkamp, 2014 ; Ulfvebrand et al., 2015).

Quels sont les symptômes à traiter en priorité ?

La maîtrise du comportement des symptômes doit être la priorité du traitement. Les facteurs suivants, entre autres, jouent un rôle dans l'ordre ou le calendrier de l'approche :

- Réduire les comportements de purge
- Rétablir une alimentation équilibrée
- En fonction des comorbidités
 - Rétablissement du comportement alimentaire et du régime avant le traitement de la dépression/des problèmes de coercition/de personnalité (sauf si la suicidalité prédomine)
 - S'attaquer d'abord à la toxicomanie, puis à l'alimentation et à la récupération du poids
 - Soutien apporté aux personnes souffrant de TDAH ou de TSA ; interfère avec le traitement des comportements alimentaires problématiques
 - Attention à l'évolution des symptômes

Rétablissement psychologique

Ci-dessous, nous nous appuyons sur les composantes transdiagnostiques de Pennesi et Wade (2016) basées sur le modèle transdiagnostique de Fairburn et al. (2003) et sur le modèle à double voie de Stice (2001).

- **Préoccupation pour le poids et les formes du corps**

Les personnes souffrant de troubles alimentaires (ainsi que de problèmes de poids) ont souvent une perception négative de leur corps. Tant qu'il y a une appréciation négative de son propre corps, il y a aussi un risque de rechute. Cette perception négative du corps a trois composantes :

- Un aspect cognitif et émotionnel
 - Insatisfaction
 - Accorder une importance excessive au poids et à la silhouette dans l'estime de soi
- Un aspect perceptif
 - Surestimation de la taille du corps
- Un aspect comportemental
 - Évitement
 - "Vérification du corps"
 - Cacher

La recherche d'une apparence plus mince ou d'une silhouette plus belle peut être considérée comme une tentative d'amélioration d'une image négative de soi basée sur l'idée que "si je suis plus beau, je me sentirai mieux". Outre l'estime de soi en général, la (re)construction d'une image corporelle plus réaliste est souvent un objectif central dans le traitement des problèmes d'alimentation et de poids. Nombreux sont ceux qui ont une perception déformée de leur corps et/ou qui évitent le contact avec leur corps. L'entraînement à la relaxation et l'encouragement d'activités physiques relaxantes ("le sport pour le plaisir") peuvent contribuer à une perception plus positive du corps.

De nombreuses personnes souffrant de troubles de conduites alimentaires semblent incapables de ressentir leur corps ou refusent de le faire. Elles se ferment à toutes sortes de sensations corporelles, non seulement à la faim et à la satiété, mais aussi à la chaleur et au froid, à la fatigue et à la douleur. Pour le rétablissement, il est très important que les patients reprennent contact avec leur corps et leurs sensations corporelles (Noordenbos, 2007 ; Waller et al., 2003).

Une expérience corporelle négative et une dissociation des signaux envoyés par le corps peuvent être le résultat d'une histoire d'apprentissage négative : une éducation froide et/ou des abus physiques et sexuels créent des associations négatives (Claes & Muehlenkamp, 2014 ; Waller et al., 2003). Il est donc primordial de traiter cette question dès que le patient en est physiquement et psychologiquement capable. La peur de la sexualité peut également être l'expression d'une peur plus générale de l'âge adulte (éventuellement dans le cadre d'un processus de séparation-individuation propre à l'adolescence). Ce thème peut donc faire l'objet d'une thérapie individuelle et constituer une raison d'impliquer le système relationnel (parents, partenaire) dans le traitement.

- **Affect négatif et mauvaise régulation des émotions**

Les personnes présentant des schémas de réaction anxieux/dépressifs courent un risque plus élevé de développer un trouble de conduites alimentaires. On le constate également dans la forte comorbidité avec les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, ainsi que dans les traits de personnalité perfectionnistes chez les personnes souffrant de troubles de conduites alimentaires. L'un des mécanismes qui maintiennent les troubles alimentaires est une mauvaise régulation des émotions (Fairburn et al., 2003). Nous constatons souvent que le fait de ne pas manger ou de s'empiffrer est un moyen de faire face à un certain nombre de problèmes ou de sentiments difficiles. Ainsi, les symptômes boulimiques (hyperphagie, comportement de purge) peuvent servir de distraction ou de réconfort face à des affects négatifs (Waller et al., 2003 ; Puccio, Fuller-Tyszkiewicz, Ong & Krug, 2016). L'élargissement du répertoire d'adaptation à des stratégies plus "saines" peut devenir un objectif important.

Étant donné qu'un problème d'alimentation ou de poids joue souvent un rôle dans la gestion de divers sentiments ou émotions (insécurité, solitude, tristesse, colère) (Fairburn et al., 2003 ; Braet & Van Winckel, 2001), il est important de prendre conscience de ses propres émotions et de ses sautes d'humeur pour pouvoir ensuite choisir des stratégies d'adaptation appropriées. Cela s'applique également au sous-groupe d'enfants en surpoids qui adoptent l'alimentation émotionnelle comme style d'adaptation pour faire face à l'anxiété, en l'absence d'autres mécanismes de régulation des émotions.

- **Problèmes d'image de soi**

Les personnes souffrant d'un problème d'alimentation ou de poids présentent souvent une faible estime de soi ou un manque de confiance en soi. Il peut s'agir à la fois d'une cause et d'une conséquence du problème d'alimentation ou de poids. L'auto-évaluation négative est souvent au cœur du problème : comparé aux autres, on se sent généralement inférieur. Cela se traduit généralement par des schémas de pensée négatifs. De manière caractéristique, l'humeur et l'estime de soi peuvent également fluctuer en fonction du poids sur la balance.

L'objectif est alors de développer une image de soi plus positive et une meilleure estime de soi. L'exploration et la correction de ces dysfonctionnements cognitifs constituent un élément important du traitement. En général, il s'agit de développer une image plus réaliste (plus nuancée et plus positive) de sa propre personne (identité, estime de soi), ce qui peut également se refléter dans l'image corporelle. L'attention est également portée sur la stimulation des différents domaines de l'image de soi (par exemple, le travail, les relations, les loisirs...). L'acceptation de soi est l'un des facteurs importants de la guérison d'un trouble alimentaire (Espindola & Blay, 2009).

Récupération sociale

Lors du traitement des troubles de conduites alimentaires, il est important de se concentrer également sur l'amélioration du fonctionnement social et le rétablissement des relations. La promotion du rétablissement social peut se faire de différentes manières, en fonction des besoins individuels du patient. L'isolement social est fréquent. Une étape importante consiste alors à identifier les barrières sociales et à améliorer les compétences sociales. En outre, la participation à des activités sociales positives peut contribuer à améliorer le fonctionnement social. Pensez à encourager les patients à participer à des activités sociales, telles qu'un passe-temps, un mouvement de jeunesse ou du bénévolat sauf bien évidemment si vous avez un patient anorexique en danger pondéral. L'implication de la famille et des amis dans le traitement peut également favoriser le rétablissement social. Il

est extrêmement important d'impliquer l'environnement dans le traitement, afin que le patient reçoive un soutien non seulement de la part du prestataire de traitement, mais aussi de son environnement social.

Conseils aux familles

Dans cette section, nous décrivons ce à quoi pourrait ressembler concrètement l'implication des (plus) parents ou d'autres figures de soins dans le traitement des troubles alimentaires. Nous nous appuyons pour cela sur les récents développements concernant la thérapie familiale dans les troubles alimentaires du groupe Maudsley (Eisler, Simic, Blessitt, Dodge, & team, 2016 ; Simic, Baudinet, Blessitt, Wallis, & Eisler, 2021) et sur les recommandations du guide multidisciplinaire sur l'implication des proches dans le traitement de la santé mentale.

Lors du traitement d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire, l'implication de la famille en tant que ressource est la règle d'or. Ainsi, au début de tout programme de traitement d'un trouble de conduites alimentaires, il est important de préciser comment les parents (et plus) ou d'autres personnes de confiance et les frères et sœurs seront impliqués dans la thérapie. Pour les adolescents, nous recommandons de prévoir au moins une réunion avec les parents lors de la phase de démarrage, puis au moins une réunion mensuelle avec les parents (avec ou sans l'adolescent). Pour les (jeunes) adultes, l'implication du contexte est également très utile. L'intensité de l'implication de la famille peut varier d'une personne à l'autre et doit être adaptée à chaque famille.

Au cours des discussions avec les familles et les parents, l'accent sera mis sur la rupture du cercle vicieux dans lequel les familles tombent lorsqu'elles tentent d'aborder le problème alimentaire à partir d'émotions intenses. L'accent sera mis sur le développement d'une dynamique d'aide visant à renforcer les relations familiales et à exploiter les forces de la famille.

Lors des discussions avec la famille, on s'efforcera de créer une base de sécurité, à la fois au sein de la famille et en coopération avec le service de guidance. La présence d'un trouble de conduites alimentaires perturbe généralement la base de sécurité qui existait auparavant au sein de la famille. Plus précisément, cela signifie que

- (1) Des efforts seront faits pour assurer une coopération claire entre les soignants, le patient et les membres de la famille. Ceci est particulièrement important dans les premières phases du processus de traitement, tant pour le jeune que pour les parents.

(2) Une attention particulière sera accordée à la sécurité et à la fiabilité des relations familiales en fournissant aux parents des connaissances et des outils suffisants pour gérer les troubles alimentaires à la maison. La création d'une prévisibilité suffisante est un point de départ important de la thérapie.

Le début d'un programme de traitement axé sur la famille

Cette section décrit comment et à quelle fréquence les parents ou les autres soignants doivent être impliqués dans un programme de traitement des troubles de conduites alimentaires.

- **Cartographie**

Dès la première rencontre avec le patient, il est important de déterminer qui sont les personnes importantes et les figures de soutien dans la vie du patient. Où le patient vit-il et qui sont les personnes impliquées ? De quelle manière le patient bénéficie-t-il d'un soutien émotionnel ? A quoi ressemble la situation familiale et quelles sont les relations existantes ? Comment le trouble alimentaire affecte-t-il ces relations familiales ? Il est important de recueillir ces informations afin d'obtenir une bonne image du contexte dans lequel le trouble alimentaire survient et de déterminer comment l'environnement peut être impliqué dans le traitement.

- **Expliquer pourquoi il est important d'impliquer les parents**

Il est important d'expliquer que (plus) les parents sont impliqués dans le processus de rétablissement des troubles de conduites alimentaires parce qu'on ne peut pas se rétablir seul d'un trouble de conduites alimentaires. Le soutien des parents est nécessaire pour parvenir à un changement de comportement durable. Souvent, les parents ne savent pas comment fonctionne un trouble de conduites alimentaires, comment réagir dans certaines situations ou ce qu'ils peuvent faire pour aider. Il est donc important d'informer les parents sur les troubles alimentaires et de les impliquer dans le processus de traitement. En outre, le trouble de conduites alimentaires n'affecte pas seulement la personne elle-même, mais aussi sa famille et peut conduire à une dynamique non constructive qui devient de plus en plus difficile à gérer au fur et à mesure qu'elle se prolonge. Souvent, cette dynamique est entretenue par des sentiments de culpabilité et de honte. Les parents doivent reconnaître et accepter ces sentiments. Il est donc important d'adopter une attitude non culpabilisante dans la démarche thérapeutique et d'impliquer la famille dans le traitement dès que possible, en étant attentif à la présence de ces sentiments sous-jacents chez les membres de la famille.

- Expliquer et convenir de **la manière dont** vous impliquerez les parents

Vous expliquez ensuite la manière dont vous travaillez habituellement avec les parents et/ou les membres de la famille. Une structure possible consiste à alterner les séances individuelles et les séances conjointes (par exemple, chaque mois, vous rencontrez les parents avec ou sans le patient). Vous examinez dans quelle mesure le jeune est à l'aise avec cette structure, quelle implication est appropriée pour lui et pour qui (par exemple, dans les familles nouvellement composées). Vous concluez des accords à ce sujet en concertation avec votre patient, puis avec les (plus) parents. La manière dont ils sont impliqués peut varier en fonction de la figure de soins, allant de la fourniture d'informations sur les troubles de conduites alimentaires à une collaboration active.

Nous recommandons d'organiser au moins une réunion de parents avec les jeunes dans les premiers temps, puis de préférence une réunion de parents par mois, en présence ou non du jeune.

Sa coopération et son intensité peuvent varier en fonction du stade du traitement et du processus de guérison :

- Dans la phase de démarrage ou d'accueil, il est important d'impliquer les parents dans la collecte d'informations (comme l'hétéro-anamnèse, voir supra) et dans l'établissement d'une relation de travail durable avec les parents. Les parents ont souvent besoin de "mettre les choses au clair". Ils subissent souvent beaucoup de stress et d'impuissance dans la situation familiale et il est important qu'ils soient entendus à ce sujet.
- Pendant la phase de traitement, les parents peuvent participer à la définition et à la discussion des objectifs et des plans par étapes, ainsi qu'à la préparation d'un plan de crise. Les parents peuvent également contribuer à l'élaboration de la feuille de route elle-même.
- À l'issue de la consultation ou de l'orientation vers un autre soignant, un autre service ou un autre établissement, il est important que les parents soient impliqués dans l'orientation ou dans le suivi du plan de prévention des rechutes.

- Confidentialité

Dans le cadre du traitement des troubles de conduites alimentaires, la collaboration avec les parents est évidente et constitue un élément essentiel du traitement : les jeunes bénéficient grandement du soutien des parents, qui reçoivent des informations ciblées dans un contexte d'aide. Cependant, en raison des tensions souvent déjà accumulées à la maison, le travail avec les parents peut être source d'incertitude pour certains adolescents. Il est donc important d'expliquer explicitement au patient pourquoi vous invitez les parents et quelles informations sont ou ne sont pas partagées.

Lors de l'échange d'informations, il est important de faire la distinction entre les informations personnelles et les informations non personnelles. Les informations personnelles sont celles qui concernent le patient lui-même, telles que ses pensées, ses sentiments et ses comportements. Ces informations ne peuvent être partagées qu'avec le consentement du patient. Les informations non personnelles peuvent en principe toujours être partagées, comme les informations sur le tableau clinique et le processus de traitement.

La confidentialité fonctionne dans les deux sens. Les parents peuvent vous donner des informations qui ne sont pas destinées à votre patient. Prenez des dispositions à ce sujet à l'avance.

Dans la pratique, certaines conversations peuvent avoir lieu séparément en fonction de l'objectif de la conversation : il y a des conversations séparées avec le jeune lorsqu'il s'agit de ses propres besoins concernant le contexte, avec le(s) parent(s) séparément en fonction des besoins et des questions du(des) parent(s), et des conversations peuvent être planifiées avec tout le monde ensemble.

Pour plus d'informations sur le secret professionnel et les limites juridiques lors de l'implication de proches, veuillez vous référer au module approfondi "[Leviers et limites juridiques lors de l'implication de proches](#)" par le Dr Tim Opgenhaffen dans le cadre du Réflexe sur la famille.

Principes utiles pour le traitement avec la famille

- Externalisation

Une chose est sûre, personne ne naît avec un trouble alimentaire et le trouble alimentaire n'a aucune influence sur ce qui fait de votre patiente ce qu'elle est. Il est bon d'apprendre à votre patient et à ses proches à regarder le trouble alimentaire avec distance. Cette "extériorisation" du trouble alimentaire dans la thérapie peut se faire de différentes manières et à différents degrés.

- (1) Le simple fait de fournir des informations sur le trouble de conduites alimentaires et les conséquences de la malnutrition peut contribuer à créer une distance entre la personne et le trouble de conduites alimentaires. Bien que ces informations ne soient pas centrées sur la personne, elles peuvent aider le patient et ses proches à percevoir différemment certains des comportements et des expériences associés aux troubles de conduites alimentaires. Par exemple, en discutant des effets du Minnesota (sautes d'humeur, irritabilité, obsession de la nourriture, peur de perdre le contrôle, etc.) et en établissant un parallèle avec une personne souffrant d'anorexie, le comportement anorexique peut être perçu moins comme un choix

conscient que comme une conséquence logique des changements cognitifs liés à la malnutrition, pour lesquels un soutien familial est nécessaire afin de mettre un terme à ces comportements.

(2) En outre, il est possible d'avoir recours à des "conversations d'extériorisation" dans lesquelles le trouble alimentaire est désigné comme étant distinct de la personne. Au départ, cela peut se faire par un simple langage du thérapeute ("Quand avez-vous remarqué pour la première fois que l'anorexie commençait à affecter votre fille ? "Comment les troubles alimentaires ont-ils affecté vos relations avec vos amis ?)

(3) En appliquant l'externalisation, le thérapeute peut demander au jeune et à sa famille de nommer le trouble alimentaire et de le décrire comme une personne ou une entité exerçant un contrôle sur le jeune. Cela leur permet de considérer le trouble alimentaire comme une chose distincte d'eux-mêmes qu'ils peuvent combattre.

La manière et l'ampleur du recours à l'externalisation dépendent de la façon dont le jeune et sa famille considèrent le trouble alimentaire comme une force de contrôle externe. Certains parents se décrivent spontanément, ainsi que leur enfant, comme "pris par l'anorexie", tandis qu'un jeune peut être plus enclin à décrire une voix critique interne contrôlant son comportement. D'autres indiquent qu'ils ne sont pas d'accord avec le fait de décrire le trouble alimentaire comme quelque chose de distinct d'eux-mêmes, en particulier lorsqu'ils ont l'impression qu'il est imposé à leurs parents ou qu'il s'agit d'une tribune libre où ils prennent le contrôle de la situation. Dans ce cas, ils peuvent se sentir traités avec condescendance ou incompris. Il est donc important d'explorer et de vérifier soigneusement comment le jeune vit cette situation, en tenant compte de ses perceptions (par exemple : *"De nombreux jeunes avec lesquels je travaille indiquent que le trouble alimentaire est parfois un peu comme une voix, où ils savent qu'il s'agit de leurs propres pensées, mais il leur est encore difficile d'aller à l'encontre de celles-ci ; d'autres jeunes vivent cela différemment, comment cela se passe-t-il pour vous ?*)

Il peut s'agir d'un moment important pour renforcer la relation thérapeutique, à la fois avec le jeune et avec la famille/les parents qui assistent à la conversation entre le thérapeute et le jeune. Si le jeune résiste à l'idée de l'externalisation ou ne peut pas encore s'y identifier, il est important qu'en tant que thérapeute, vous procédiez avec prudence et modération lorsque vous utilisez cette technique dans votre travail avec la famille.

En extériorisant le trouble alimentaire et en réduisant les sentiments de culpabilité, le thérapeute peut progressivement explorer la façon dont le trouble alimentaire affecte la

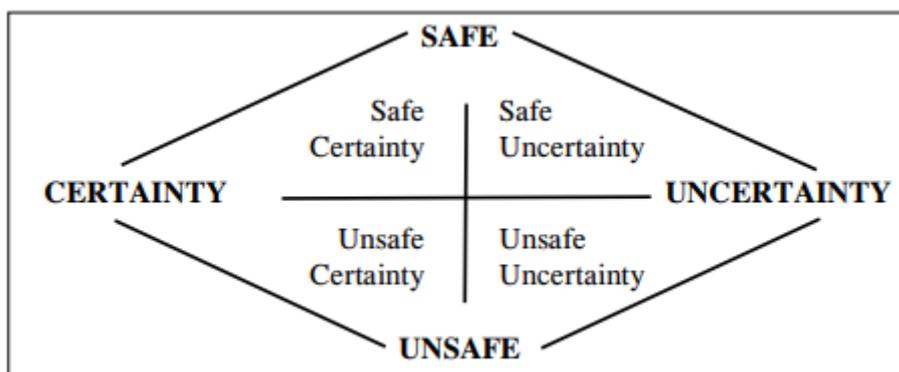
vie familiale, les relations, les comportements spécifiques et les croyances. Ces conversations d'extériorisation peuvent fournir des éléments importants pour le développement de la cohérence du problème (voir ci-dessus). En outre, elles peuvent également permettre de découvrir des domaines de vie intacts, ainsi que des exceptions dans lesquelles l'adolescent a réussi à résister au trouble alimentaire ou dans lesquelles les parents ont réussi à rendre leur enfant résistant au trouble alimentaire.

- Vers une "incertitude sûre

Les adolescents souffrant de troubles de conduites alimentaires sont souvent très attachés à ces troubles et ont des attitudes ambivalentes à l'égard du changement de comportement. Cela peut conduire à des sentiments d'incompréhension et de frustration chez les parents et les soignants, et peut amener les adolescents à se sentir distants et à avoir peu confiance dans les soins de leurs parents. En outre, ils éprouvent beaucoup d'incertitude dans la vie et s'accrochent à la sécurité que leur procure le trouble alimentaire à ce stade.

C'est pourquoi il est important de mettre l'accent sur la prévisibilité et la sécurité au début du traitement. Les parents peuvent apporter leur aide en structurant et en prévoyant la vie de famille, en particulier en ce qui concerne les repas (par exemple, en apportant un soutien aux repas). Ce sentiment de sécurité et de prévisibilité est nécessaire pour que l'adolescent se remette de son trouble alimentaire.

Au fur et à mesure que le traitement progresse et que le jeune devient plus fort, le sentiment de sécurité et de confiance dans les soins parentaux augmente à nouveau. Cela permet au jeune de s'entraîner à faire face aux incertitudes et aux défis dans un environnement sûr. La figure ci-dessous, de Barry Mason (1993), illustre ces deux dimensions et la manière dont l'objectif du traitement évolue en fonction de celles-ci.



Au début de la maladie, le patient se sent en insécurité avec peu de confiance dans les soins.

Ensuite, le début de la prise en charge va viser la construction de la sécurisation en mettant le patient et ses parents acteurs dans cette prise en charge.

Lorsque la prise en charge est bien installée, la confiance et la sécurité se construisent progressivement. Lorsque la situation est stabilisée, le patient va apprendre à gérer et tolérer ce degré d'insécurité qui persiste.

- **Aide aux repas**

Les repas sont souvent les moments les plus difficiles pour les adolescents souffrant de troubles alimentaires. Lors de la consultation familiale, il est important de donner aux parents des outils concrets sur la manière de gérer les repas. Pour ce faire, les parents peuvent se référer à la boîte à outils pour les parents et au dossier d'information pour les parents, mais il est également important d'impliquer l'adolescent lui-même dans un dialogue avec les parents.

Mise en place progressive du processus avec la famille

La thérapie familiale pour les troubles alimentaires se déroule en plusieurs phases qui se suivent et s'entrecroisent. Certains thèmes d'une phase précédente peuvent être rediscutés au cours du processus de thérapie familiale, par exemple lorsque de nouveaux défis ou problèmes se présentent.

La première phase du traitement est principalement axée sur l'établissement d'une relation thérapeutique avec l'adolescent et ses parents. Au cours de la phase suivante, l'accent est mis sur la réduction des symptômes. L'apparition, l'évolution et les conséquences spécifiques du trouble alimentaire sont examinées et les parents sont aidés à soutenir le processus de rétablissement de leur enfant en lui offrant, entre autres, prévisibilité et structure. Lorsqu'une stabilité suffisante ou des progrès dans le comportement des symptômes ont été réalisés, une plus grande attention sera accordée à la gestion des émotions intenses, à la recherche d'aide dans les moments difficiles et à l'apprentissage de la gestion des défis et des incertitudes. Dans la phase d'achèvement, l'accent est mis principalement sur l'élaboration de plans futurs et la discussion d'un plan de prévention des rechutes.

Nous présentons ci-dessous un aperçu plus complet des différentes phases (voir également : Simic, Baudinet, Blessitt, Wallis, & Eisler, 2021).

- **Phase 1. Engagement - relation thérapeutique**

Au cours des premières séances, vous vous concentrez principalement sur la création d'une base sûre pour le patient et ses parents, ainsi que pour vous-même en tant que praticien. Lorsque la famille est impliquée, l'accent est mis sur le traitement des problèmes et des symptômes plutôt que sur la recherche de la cause.

Vous cherchez à comprendre la nature du trouble alimentaire, y compris des détails tels que le changement de poids, la présence de crises de boulimie, le comportement compensatoire, l'envie de faire de l'exercice, les effets sur l'humeur, l'état mental, le fonctionnement social à l'école et d'autres aspects. Vous examinez également les antécédents et l'évolution du trouble alimentaire, y compris les traitements antérieurs. Vous combinez cette évaluation de la nature et de la gravité du problème avec la fourniture d'informations sur les effets de la malnutrition, son impact sur l'humeur et les processus cognitifs du jeune. La discussion des risques physiques et des autres effets physiologiques fait également partie d'une évaluation médicale et des risques détaillée du jeune, qui joue un rôle important dans l'établissement de la relation thérapeutique.

Vous posez des questions qui replacent le trouble alimentaire dans son contexte. Par exemple, au lieu de poser des questions comme "Quand le trouble alimentaire a-t-il commencé ?", vous pouvez poser des questions comme "*Qui a remarqué pour la première fois que vous perdiez du poids ?*", "*Qui s'est inquiété pour la première fois pour vous ?*" et "*Qui d'autre ?*"

Il est important de savoir comment chaque membre de la famille, y compris le jeune lui-même, voit et vit le problème alimentaire du patient. Il est également important de prêter attention aux points de vue qui peuvent être moins importants. Vous pourrez ainsi valider tous les points de vue, même s'ils diffèrent ou se contredisent.

Souvent, des émotions intenses sont présentes. En tant que thérapeute, il est important de reconnaître ces émotions et de les recadrer si nécessaire. Par exemple : "Un trouble de conduites alimentaires peut souvent entraîner des émotions intenses et des peurs profondes, qui peuvent s'exprimer par la colère et la frustration. Les autres membres de la famille savent-ils à quel point vous vous inquiétez pour votre fille ?" En tant que thérapeute, vous faites preuve d'empathie tout en fixant des limites, par exemple en disant

: "Pour bien s'écouter et se comprendre, nous devons chercher à apprendre à baisser un peu le volume des émotions."

Il est également possible d'utiliser la psychoéducation pour faire comprendre aux membres de la famille qui font face à leur manière à l'impuissance associée à un trouble alimentaire et à la façon dont les familles se réorganisent souvent lorsqu'elles sont confrontées à ces problèmes.

Vous vous efforcez de développer une formulation du problème et une vision congruentes avec la famille, où il y a une compréhension commune du maintien du trouble alimentaire et de l'importance de l'implication de la famille dans le processus de rétablissement.

- **Phase 2. Comment la famille peut-elle aider à lutter contre les troubles de conduites alimentaires ?**

Assez rapidement dans le processus, l'accent sera mis sur la gestion concrète du trouble alimentaire. Néanmoins, toutes les interventions entamées au cours de la première phase, telles que la définition de la signification de la proximité et de la supervision parentale lors des repas en tant qu'acte de soin parental, la psychoéducation, l'externalisation et le développement d'une formulation de problème soutenue, continuent à s'appliquer au cours de la deuxième phase.

Dans la deuxième phase, il est important non seulement de prendre en compte et de soutenir les angoisses des parents, mais aussi de les encourager à accepter le besoin de soins de leur enfant en ce qui concerne tout ce qui touche à l'alimentation et au poids. Il est essentiel d'aider les parents à gérer les angoisses de leur enfant pendant les repas. Ce faisant, vous explorez le déroulement des repas et les réactions des parents à leur égard. Vous aidez les parents à établir des accords clairs et prévisibles autour des repas, à créer une atmosphère calme à table et à fournir des distractions appropriées pendant les repas. Ce faisant, il est important que les parents restent fermes et compatissants face aux peurs et aux besoins de leur enfant.

Au cours de la deuxième phase, vous étudiez plus en détail l'impact du trouble alimentaire sur les relations au sein de la famille. Vous continuez également à vous concentrer sur l'établissement d'une bonne relation thérapeutique avec le jeune et sur le renforcement de la voix du jeune dans le processus de rétablissement, à la fois pendant les séances et en dehors de celles-ci.

Au cours de cette phase, vous étudiez le rôle spécifique de chaque parent, père et mère, pendant le repas et la manière dont ils peuvent se soutenir mutuellement en faisant des pauses et en travaillant en équipe.

L'accent est mis sur la structuration et la prévisibilité afin que le jeune réapprenne à manger régulièrement en présence de son/ses parent(s) et à se rétablir physiquement. L'objectif est de rétablir progressivement la confiance mutuelle entre le jeune et ses parents.

- **Phase 3. Redonner plus d'autonomie et de responsabilités au jeune**

Au cours de cette troisième phase, le conseil sera davantage axé sur la responsabilisation du jeune, en termes d'alimentation, mais aussi dans la vie en général. La thérapie passe de la prévisibilité et de la certitude à l'apprentissage de la tolérance et de l'incertitude, ainsi qu'à la recherche d'une plus grande flexibilité. L'accent est également mis sur l'acceptation de soi et la responsabilité de ses propres actions.

Sous un nouvel angle, les facteurs de tempérament et les vulnérabilités du jeune sont examinés et l'on cherche de nouvelles façons, plus saines, de gérer ces émotions, autrement que par un comportement symptomatique.

La famille est encouragée à s'amuser ensemble et à se concentrer sur le développement individuel. La thérapie est axée sur la manière dont la famille dans son ensemble et chaque individu peuvent progresser dans leur cycle de vie et leur processus de rétablissement.

Au cours de cette phase, le thérapeute joue un rôle de moins en moins central. Le rôle d'expert actif que vous aviez dans le traitement du trouble alimentaire sera abandonné et l'accent sera mis davantage sur un rôle non directif, encourageant les membres de la famille à trouver leurs propres solutions aux problèmes qu'ils rencontrent dans la vie quotidienne.

- **Phase 4. Prévention des rechutes et achèvement**

Dans la phase finale de la thérapie, il est important de prendre le temps de revenir sur le processus que la famille a suivi pour se rétablir du trouble alimentaire. Au cours de cette phase, les signes possibles de rechute sont examinés et l'on détermine qui est responsable de quelle action en cas de rechute. Le plan de prévention des rechutes et les moyens de demander à nouveau de l'aide si nécessaire sont discutés. Plus loin dans ce texte, une attention plus spécifique est accordée à l'élaboration d'un plan de prévention des rechutes.

Complexités possibles

- **Pas de consentement de la part de votre patient**

Un mineur décisionnel peut choisir de ne pas informer ses parents.

Respectez ce choix mais demandez régulièrement d'informer à nouveau les parents. Menez une conversation exploratoire sur les raisons de ne pas impliquer et/ou informer les parents. Il y a souvent une dichotomie entre le désir d'être aidé d'une part et la peur d'être blessé d'autre part. D'autres raisons peuvent également jouer un rôle : vouloir "épargner" les parents, ne pas vouloir les décevoir, avoir honte ou vouloir être l'enfant idéal.... . Mais parfois, ce consentement n'existe pas parce que votre patient n'a pas une vision suffisante de la maladie ou parce que la relation avec les parents est tendue au moment du traitement.

Même dans ce cas, les soignants ont besoin de soutien pour s'assurer qu'ils font ce qu'il faut et, en outre, une relation médiocre ou perturbée peut également être au cœur du processus de rétablissement. Dans ce cas, il est important de fournir à ces parents de la documentation et de les orienter vers un autre thérapeute ou une autre organisation qui peut leur offrir un soutien ou des conseils parentaux (par exemple Miata, Cepia, Eetexpert, thérapeute privé spécialisé dans les troubles de conduites alimentaires).

Entre-temps, continuez à aider votre patient à améliorer ou à rétablir la relation avec ses parents. Il est recommandé d'adopter une approche globale enveloppante, car les parents constituent généralement le contexte familial dans lequel vit le jeune.

Bien entendu, cela ne signifie pas que les proches doivent toujours être impliqués, car le rétablissement peut parfois signifier une simple prise de distance par rapport à certains proches.

- [Situations familiales dangereuses](#)

Pendant la consultation, il est très important de rester attentif aux signes de situations parentales dangereuses, qu'elles soient existantes ou qu'elles puissent se présenter. Les problèmes psychologiques des jeunes peuvent augmenter le risque de violence verbale et physique ou d'abus au sein de la famille. Le stress associé à la prise en charge d'un enfant malade et l'attente que les parents jouent un rôle important dans le processus de guérison du jeune peuvent exacerber les problèmes familiaux existants et augmenter le risque pour le jeune.

En cas de violence, d'abus ou de soupçons d'abus, le thérapeute doit faire preuve de souplesse dans son approche. Il est important de consulter le Child Abuse Trust Centre dans ces cas-là et de travailler en étroite collaboration avec les autres prestataires de soins de santé concernés, tels que le médecin généraliste.

Traitement de groupe

Le travail en groupe s'est avéré efficace dans le traitement des problèmes et des troubles alimentaires. La littérature indique que le traitement des troubles de conduites alimentaires bénéficie initialement d'une phase de stabilisation individuelle (Wanlass et al., 2005 ; McGilley, 2006 ; voir ci-dessus) en combinaison avec des conseils familiaux. Par la suite, le travail en groupe s'avère efficace en raison du processus de groupe : il permet aux patients d'apprendre les uns des autres, de découvrir et de nommer des schémas chez les autres et de les encourager à en discuter entre eux (Norré, Verheyen, Beterams & Van Assche, 2021 ; Norré & Vandeputte, 2022). La thérapie de groupe peut se concentrer sur des thèmes tels que l'identité, la régulation des émotions, l'image corporelle et les modes de communication avec les autres (Wanlass et al., 2005 ; McGilley, 2006). Ces thèmes sont essentiels dans les modèles explicatifs des troubles de conduites alimentaires (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003 ; Fairburn, 2008 ; Stice, 2001 ; voir la partie 1 du présent texte).

La thérapie de groupe (soins de deuxième intention) pour les patients souffrant de troubles de conduites alimentaires présente plusieurs avantages :

- Un groupe procure un sentiment d'appartenance, les patients se sentant émotionnellement liés aux autres membres du groupe. De cette manière, le groupe agit comme un havre de sécurité au sein duquel de nouveaux comportements (interpersonnels) peuvent être testés (Wanlass et al., 2005 ; McGilley, 2006). Plus précisément, la thérapie de groupe semble donc augmenter les chances de croissance interpersonnelle, et les patients eux-mêmes peuvent apporter un soutien aux autres membres du groupe, ce qui leur permet de s'autonomiser (Wanlass et al., 2005 ; Brennan, Emmerling & Whelton, 2015).
- La thérapie de groupe installe également l'espoir, les connaissances que les patients acquièrent sur eux-mêmes étant facilitées par l'événement de groupe (Wanlass et al., 2005 ; Brennan, Emmerling & Whelton, 2015).
- La thérapie de groupe a un effet normalisant. Les patients constatent qu'ils ne sont pas seuls à éprouver ces symptômes et à en souffrir. Ils apprennent à mettre de côté leur honte pour parler de leurs sentiments et de leurs expériences (Brennan et al., 2015).

Ces avantages, ainsi que l'importance de la thérapie de groupe pour les problèmes et les troubles alimentaires, sont confirmés dans la littérature internationale (Wanlass, Moreno & Thomson, 2005 ; McGilley, 2006).

De plus amples informations et des outils concrets pour le travail de groupe sur les problèmes et les troubles alimentaires sont disponibles dans le guide d'inspiration "Group

counselling eating problems and eating disorders" (Conseils de groupe sur les problèmes et les troubles alimentaires)

Prévention des rechutes

Tout au long du traitement, il est impératif de se préparer à la rechute et d'apprendre à en reconnaître les signes. On parle de rechute lorsque les plaintes et les symptômes du trouble alimentaire augmentent à nouveau au point qu'une aide (professionnelle) devient nécessaire (Multidisciplinary Guideline on Eating Disorders, 2006). Une définition plus opérationnelle de la rechute définit une rechute en fonction des symptômes de base du diagnostic (Pike, 1998) : "Une rechute se produit lorsque, après une certaine réponse au traitement, les symptômes diagnostiques (de base) suivants réapparaissent :

- Perte de poids jusqu'à un IMC inférieur à l'écart-type -1 du poids normal, en fonction de l'âge et du sexe.
- Augmentation de l'alimentation restrictive, telle qu'elle conduit à une perte de poids
- Augmentation des symptômes comportementaux tels que la surévaluation du corps et du poids
- Augmentation du comportement compensatoire
- Absence de menstruation
- Plaintes médicales résultant du trouble de conduites alimentaires

La littérature identifie quatre facteurs prédictifs de rechute (Carter et al., 2004 ; Keel et al., 2005) :

- Une surévaluation du corps et du poids à l'arrêt du traitement
- Une forte envie de bouger à l'arrêt du traitement
- Durée plus longue de la maladie
- Difficultés psychosociales, faibles compétences psychosociales

La rechute se déroule en plusieurs phases. Tout au long de ces phases, les présages et les signes de rechute deviennent plus fréquents et plus graves. Si aucune mesure n'est prise à ce stade, une rechute des symptômes de la maladie peut se produire. Les signes avant-coureurs ne sont pas le fruit du hasard, mais sont une réaction à des "déclencheurs", par exemple des événements stressants. Les quatre étapes de la rechute (Berends, Van Meijel & Van Elburg, 2022) sont les suivantes :

- Stable : il n'y a pas de problèmes significatifs. Le poids est bon, le fonctionnement psychosocial est bon. Le patient peut faire face à toute pensée liée à un trouble du comportement alimentaire.

- Rechute légère : les pensées liées au trouble de conduites alimentaires deviennent plus fortes et des symptômes comportementaux mineurs apparaissent occasionnellement.
- Rechute modérée : les pensées liées au trouble de conduites alimentaires deviennent encore plus fortes et les patients agissent de plus en plus conformément à la voix du trouble de conduites alimentaires dans leur comportement et leur compensation. Le poids commence à baisser et l'environnement remarque des signes
- Rechute complète : perte de poids inférieure à 85 % du poids de santé. Les pensées liées aux troubles de conduites alimentaires prédominent, les problèmes psychosociaux réapparaissent, par exemple l'isolement social.

Les éléments déclencheurs d'une rechute peuvent être différents pour chaque personne. Ce sont des facteurs provenant de l'environnement du patient qui provoquent le comportement alimentaire et qui peuvent donc déclencher une rechute. On trouve des exemples de ces déclencheurs dans la littérature (Bloks et al., 1999) :

- Des émotions moins agréables
- Défaillances
- Emotions et succès
- Difficultés sociales
- Encourager les autres à s'aligner
- Situations stressantes au travail ou à l'école
- La mort
- Déménagement,
- Prise de poids
- Commentaires sur l'apparence
- Problèmes financiers
-

Les signes avant-coureurs d'un trouble de conduites alimentaires peuvent alors être, par exemple, les symptômes suivants :

- Changement des habitudes alimentaires
- Exercice physique excessif
- Comportement compensatoire
- Changements physiques
- Fonctionnement psychosocial réduit

Pour prévenir les rechutes, il est important d'élaborer un plan de prévention des rechutes. Plusieurs lignes directrices sont proposées à cet égard (Multidisciplinary Guideline Eating Disorders, 2006) :

- Toute action visant à prévenir ou à inverser une rechute doit être déterminée par étapes. Il y a donc des actions déterminées par étape de la rechute
- Des actions devraient être formulées dans chacun des domaines suivants :
 - Régime alimentaire
 - Modèle de mouvement
 - Comportement compensatoire
 - Fonctionnement physique
 - Fonctionnement psychosocial
- Lors de l'élaboration du plan de prévention des rechutes, il convient de tenir compte de la mesure dans laquelle le patient sera en mesure de mener ces actions lui-même et de la mesure dans laquelle il peut être utile de faire appel à l'aide extérieure d'autres personnes importantes.

Références

- Akwa GGZ (2017). Norme de soins SSM pour les troubles de conduites alimentaires.
- American Psychiatric Association (2012). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of [Protocol for eating disorders patients](#), 3e édition.
- American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (cinquième édition), Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2014.
- Anckarsäter, H., Hofvander, B., Billstedt, E., Gillberg, I. C., Gillberg, C., Wentz, E. et Råstam, M. (2012). The sociocommunicative deficit subgroup in anorexia nervosa : autism spectrum disorders and neurocognition in a community-based, longitudinal study (Le sous-groupe du déficit sociocommunicatif dans l'anorexie mentale : troubles du spectre autistique et neurocognition dans une étude longitudinale communautaire). *Psychological medicine*, 42(9), 1957-1967.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. et Nielsen, S. (2011). Taux de mortalité chez les patients souffrant d'anorexie mentale et d'autres troubles alimentaires : une méta-analyse de 36 études. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-731.
- Athey, J. (2003). Complications médicales de l'anorexie mentale. Primary Care Update OB/GYNS, 10, 110-115.
- Barneveld, D., Brand, J. Groot, J., Peeters S., & van Veen, A (2015). Guide de traitement diététique. Troubles de conduites alimentaires. 2010 Publishers, Rotterdam, Pays-Bas.
- Berends, T., Van Meijel, B. & Van Elburg, A. (2022). Directive sur la prévention de la rechute de l'anorexie mentale. Partie 2 : disponible via le centre de connaissances KJP -

EN : <https://www.kenniscentrumkjp.nl/professionals/behandelmethode/richtlijn-terugvalpreventie-anorexia-nervosa-deel-1-2/>

Bloks, J.A., Furth, E.F. & Hoek, H.W. (1999). Stratégies de traitement de l'anorexie mentale. Houten : Bohn Stafleu van Loghum.

Braet C. & van Winckel, M. (2001). Stratégies de traitement chez les enfants en surpoids, Houten/Diegem : Bohn Stafleu Van Loghum

Braet, C. et Berking, M. (2019). *Entraînement à la régulation des émotions chez les enfants et les adolescents*. Bohn Stafleu van Loghum.

Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Troubles psychiatriques comorbides chez les adolescentes souffrant d'anorexie mentale au premier stade. *European Eating Disorders Review*, 22, 39-44.

Bulik, C. M., Slob-O'p't Landt, M. C., van Furth, E. F. et Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annu. Rev. nutr.* 27, 263-275.

Carter, J.C., Blackmore, E., Sutander-Pinnock, K. et Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa : a survival analysis. *Psychological Medicine*, 25, 143-156

Carver, C. et White, T. (1994). Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, and affective response Impending reward and punishment: scales BIS/BAS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-333.

Claes L. et Muehlenkamp J. (2014). *harm. Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag*, pp. 3-18.

Claes, L., Luyckx, K., Bijttebier, P., Turner, B., Ghandi, A., Smets, J., Norre, J., Van Assche, L., Verheyens, E., Goris, Y., Hoksbergen, I., & Schoevaerts, K. (2014). L'automutilation non suicidaire chez les patients atteints de troubles de conduites alimentaires : associations avec la formation de l'identité au-dessus et au-delà de l'anxiété et de la dépression. *European Eating Disorders Review*, 123, 119-125.

Claes, L., Bijttebier, P., Mitchell, J., de Zwaam, M. et Mueller, A. (2011). La relation entre l'achat compulsif, les symptômes de troubles alimentaires et le tempérament dans un échantillon d'étudiantes. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 52, pp. 50-55.

Cotton, M., Ball, C. et Robinson, P. (2003). Quatre questions simples peuvent aider à dépister les troubles de conduites alimentaires troubles. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 53-56.

Cracco, E., Van Durme, K., & Braet, C. (2015). Validation du FEEL-KJ : un instrument de mesure de la qualité de vie. stratégies de régulation des émotions chez les enfants et les adolescents. *PloS one*, 10(9), e0137080.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge E., et Le Grange, D. (2000). Family therapy for l'anorexie mentale de l'adolescente : les résultats d'une comparaison contrôlée

de deux interventions familiales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41, pp. 727-736

Eisler, I. (2005). Les bases empiriques et théoriques de la thérapie familiale et de la thérapie familiale multiple de jour. For adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131

Eisler, I., Simic, M., Blessit, E., Dodge, L. et l'équipe (2016). Manuel de service Maudsley pour les enfants et les adolescents. Troubles de conduites alimentaires chez les adolescents. King's College Hospital : Londres Sud et Maudsley

Espindola C.R., et Blay, S.L. (2009). Anorexia nervosa treatment from the patient perspective

Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behaviour therapy and eating disorders. Guilford Press

Fichter, M. M. et Quadflieg N. (2016). Mortalité dans les troubles du comportement alimentaire. Résultats d'une vaste étude clinique prospective longitudinale. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 391-401.

Frank, G. K., DeGuzman, M. C. et Shott, M. E. (2019). Motivation à manger et à ne pas manger-La psycho-

biological conflict in anorexia nervosa. *Physiology & behaviour*, 206, 185-190.

Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). Une enquête longitudinale de la mortalité dans l'anorexie mentale et la boulimie. *American Journal of Psychiatry*, 170, 917-925.

Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders : The prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 102-109.

Goossens, L., Jansen, A., Braet, & C. (2014). Eating problems in adolescence. Dans P. Prins & C. Braet

(Eds). *Handbook of clinical developmental psychology, Revision* (pp. 443-466).

Houten, Pays-Bas : Van Loghum

Grant, M., Salsman, N. L., & Berking, M. (2018). L'évaluation de la régulation réussie des émotions.

Le développement et la validation d'une version anglaise du Questionnaire sur les compétences de régulation des émotions (Emotion Regulation Skills Questionnaire). *PloS one*, 13(10), e0205095.

Grob, A. et Smolenski, C. (2005). FEEL-KJ. *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei*

Kindern und Jugendlichen. Berne : Huber.

Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S., Field, A. E. et Austin, B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and eating disorders in adolescents.

- Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164, 336-343. Haute Autorité De Santé (2010). Guide de pratique clinique. Anorexie mentale : prise en charge. Haute Autorité De Santé, FR.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., et Ward W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders (Lignes directrices de pratique clinique du Collège royal australien et néo-zélandais des psychiatres pour le traitement des troubles de conduites alimentaires). *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, pp. 977-1008.
- Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschien-Caffier, B., Zeek A., & et al. (2018). S3- Leitlinie Diagnostik un Behandlung der Essstörungen.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. et Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A. et Morgan, J. F. (2013). Troubles du spectre autistique dans les populations souffrant de troubles de conduites alimentaires : A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345-351.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Franko, D.L., Jackson, S.C & Herzog, D.B. (2005). Postremission predictors of relapse in women suffering from eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2263-2268.
- Keski-Rahkonen, A. et Mustelin, L. (2016). Épidémiologie des troubles du comportement alimentaire en Europe : prévalence, incidence, comorbidité, évolution, conséquences et facteurs de risque. *Current Opinion Psychiatry*, 29, 340-345.
- Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., ... & Fernández-Aranda, F. (2009). L'abus de substances au cours de la vie, les antécédents familiaux d'abus d'alcool/dépendance et la recherche de nouveauté dans les troubles de conduites alimentaires : étude comparative de sous-groupes de troubles de conduites alimentaires. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 82-87.
- Quality Institute for Healthcare CBO ; Trimbos Institute. (2006). Les soins de santé Directive sur les troubles de conduites alimentaires. Directive pour le diagnostic et le traitement des troubles du comportement alimentaire. Utrecht : Trimbos Institute commissioned by Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ .
- Levine, M., Piran, N. et Jasper, K. (2015). *Eating disorders*. In T.P. Gullotta et al. (eds.), Handbook of Adolescent behavioural problems : Evidence-based approaches to prevention and treatment (pp. 305-328). New York : Springer Science+Business Media.

- Marronne, M. J. S., R. Crosby, S. Wonderlich et T. Jollie-Trottier (2009). Predictors of response to
 Traitement cognitivo-comportemental de la boulimie par télémédecine ou en face à face. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, pp. 222-227, 2009
- Mason, B. (1993). Towards positions of safe uncertainty. *The Journal of Systemic consultation and management*, 4, 189 - 200.
- Mervielde, I., De Fruyt, F. & De Cleecq, B. (2009). Questionnaire de personnalité HiPIC. Manuel.
- Miller, W. et Rollnick, S. (2014). *Motivational interviewing. Aider les gens à changer/ Troisième édition*. Ekklesia
- Morgan, J. F., F. Reid et J. H. Lacey. Le questionnaire SCOFF : évaluation d'un nouvel outil de dépistage pour les troubles de conduites alimentaires. *BMJ*. 319 : 1467 - 1468, décembre 1999.
- Institut national pour l'excellence clinique. (2004). *Eating disorders : Core interventions in the treatment et la prise en charge de l'anorexie mentale, de la boulimie et des troubles alimentaires connexes*. Royaume-Uni : The British Psychological Society et Gaskell.
- Institut national pour la santé et l'excellence clinique (2017). Troubles de conduites alimentaires - Reconnaissance et traitement. *Directives cliniques NG69*. Londres : NICE
- Nielsen, S., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Råstam, M. et Wentz, E. (2015). Effets des troubles du spectre autistique sur les résultats de l'anorexie mentale chez l'adolescent évalués par le Morgan-Russell outcome assessment schedule : une étude communautaire contrôlée. *Molecular autism*, 6, 1-10.
- Noordenbos, G. (2007). *Guide to recovery from eating disorders*, Utrecht : De Tijdstroom
- Noordenbos, G. (2014). *Surmonter un trouble alimentaire, est-ce possible ?* Utrecht : De Tijdstroom
- Noordenbos G., van Elburg A. (2018). *Handbook of eating disorders*, Utrecht : De Tijdstroom
- Peebles, R., Wilson, J.L. et Lock, J.D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders : correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*, 48, 310-313.

Pennesi, J. et Wade, T. (2016). Une revue systématique des modèles existants de troubles de conduites alimentaires : Les études de cas peuvent-elles contribuer à l'élaboration d'interventions efficaces ? *Clinical Psychology Review*, 43, 175-192.

Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa : response, relapse, remission and recovery (évolution à long terme de l'anorexie mentale : réponse, rechute, rémission et rétablissement).

Revue de psychologie clinique, 18, 447-475

Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... et les chercheurs de l'ESEMeD-WMH. (2009). L'épidémiologie des troubles alimentaires dans six pays européens : résultats du projet ESEMeD-WMH. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132.

Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1986). *Toward a comprehensive model of change. Treating*

Comportements addictifs : processus de changement, 3-27.

Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong D. et Krug, I. (2016). Une revue systématique et une méta-analyse

Sur la relation longitudinale entre la pathologie alimentaire et la dépression. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, pp. 439-454. .

Riley, E. N., Davis, H. A., Combs, J. L., Jordan, C. E. et Smith, G. T. (2016). Nonsuicidal self-injury as a risk factor for purging onset : Negatively reinforced behaviours that reduce emotional distress (L'automutilation non suicidaire en tant que facteur de risque pour la purge). *European Eating Disorders Review*, 24, 78-82.

Rosen, D. S. (2010). Rapport clinique : Identification et prise en charge des troubles de conduites alimentaires chez les enfants et les adolescents.

adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-1253.

Collège royal des psychiatres et Collège royal des médecins. (2010). *Marsipan :*

Prise en charge des patients vraiment malades atteints d'anorexie mentale.

Royaume-Uni : groupe MARSIPAN

Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation,

le développement social et le bien-être. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Scanelli, G., Schlagenauf, P., & Degli Esposti, L. (2013). Anomalies endocriniennes dans les troubles du comportement alimentaire. In

R. Strumia (ed.), *Eating Disorders and the Skin* (pp. 31-36). Berlin Heidelberg : Springer-Verlag.

Schmidt, U., Startup H. et Treasure, J. (2020). *Mantra workbook for (young) adults with anorexia (Manuel de travail sur les mantras pour les (jeunes) adultes souffrant d'anorexie) nervosa*. Amsterdam : Boom Publishers.

- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). Le rôle de l'impulsivité, de l'inattention et du TDAH comorbide chez les patients atteints de boulimie. *PLoS One*, 8(5), e63891.
- Simic, M., Baudinet, J., Blessitt, E., Wallis, A. et Eisler, I. (2021). *Thérapie multifamiliale pour l'anorexie*. Routledge.
- Pike, H. M., Engels, R. C., van Strien, T. et Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained Comportement alimentaire et trajectoires de l'IMC à l'adolescence. *Appétit*, 67, 81-87
- Snouckaert, V. C., & Spek, A. A. (2020). Le développement de l'anorexie mentale chez les personnes atteintes d'un cancer du sein.
- Troubles du spectre autistique : une étude qualitative et rétrospective. *Journal of Psychiatry*, (2020/9), 760-767.
- Steinhausen, H-C, (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century (L'évolution de l'anorexie mentale au 20ème siècle). *American journal of Psychiatry*, vol. 159, pp. 1284-1293.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology : mediating effects Of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Tobias, K. et Beer, R. (2011). *Thérapie cognitivo-comportementale chez les adolescents souffrant de troubles de conduites alimentaires : les troubles de conduites alimentaires et les troubles du comportement. sans crainte*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Turner, B. J., Claes, L., Wilderjans, T. F., Pauwels, E., Dierckx, E., Chapman, A. L. et Schoevaerts, K. (2014). Personality profiles in eating disorders : further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament (Profils de personnalité dans les troubles alimentaires : preuve supplémentaire de l'utilité clinique de l'examen des sous-types basés sur le tempérament). *Psychiatry Research*, 219, 157 - 165.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Hogdahl, L., & von Hauswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230, 294-299
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2008). *Handbook of eating disorders (Manuel des troubles de conduites alimentaires)*. Utrecht : de Tijdstroom
- Vanderlinden J. et Norré J. (2013). Traitement des patients atteints de boulimie. Dans P. Emmelkamp & K. Hoogduin (eds.), *From failure to success in psychotherapy*, Amsterdam, Boom, pp. 369-386

Vansteenkiste, M., & Neyrinck, B. (2010). Motiver de manière optimale le changement de comportement : Psychological need satisfaction as a driver of therapy success. *Journal of Psychotherapy*, 36, 171-189.

Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C. Meyer, C. et Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 41, pp. 619-627.

Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C. et Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa : 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 168-174.

Whitney J., et Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorders: recognition of family life and interpersonal support factors. *Journal of Mental Health*, vol. 14, pp. 575-585.

Organisation mondiale de la santé. (2009). *Améliorer les systèmes et services de santé pour la santé mentale*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Yager, J., Halmi, D. M. J., K. A. , Herzog, D. B. , Mitchell III, J. E. , Powers, P., et Zerbe, K. (2015). Guide de pratique pour le traitement des patients souffrant de troubles de conduites alimentaires, 3e édition, Guideline Watch. Care Standard Eating Disorders Pays-Bas.

[www.ggzstandaarden.nl](https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen)<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>

Annexe: Questionnaires

Le scoff

► Questions à poser

Pour les populations à risque, il est recommandé à l'entretien de :

- poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou d'utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

→ orienter vers le MT ou un pédopsychiatre lorsque 3 oui ou plus au SCOFF

L'ESP

ESP (EATING DISORDER SCREEN FOR PRIMARY CARE) :

1. Êtes-vous satisfait de vos habitudes alimentaires ?
2. Mangez-vous parfois en secret ?
3. Est-ce que votre poids affecte la façon que vous pensez de vous-même?
4. Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà été affecté par un trouble du comportement alimentaire?
5. Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert dans le passé d'un trouble de l'alimentation ?

Deux réponses positives --> poursuivre le dépistage

L'Edi 2 est plus destiné à la recherche et est disponible sur demande
Mariemd.delhaye@gmail.com