

Université de Montréal

Étude-pilote portant sur une intervention de groupe auprès de femmes souffrant d'hyperphagie boulimique et l'évaluation de ses effets potentiels

par

Catherine Moquin

Département de nutrition

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en nutrition

Octobre, 2013

© Catherine Moquin, 2013

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Étude-pilote portant sur une intervention de groupe auprès de femmes souffrant
d'hyperphagie boulimique et l'évaluation de ses effets potentiels

Présenté par :
Catherine Moquin

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie Marquis, président-rapporteur
Geneviève Mailhot, directrice de recherche
Josée Guérin, co-directrice
Marie-Claude Paquette, membre du jury

Résumé

Cette étude porte sur une intervention de groupe basée sur la thérapie cognitivo-comportementale pour l'hyperphagie boulimique (HB), dont les effets potentiels sur la qualité de vie reliée au poids, la fréquence et la sévérité des crises de boulimie, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids corporel ont été mesurés, et le degré d'acceptation par les participantes a été documenté. Ainsi, 11 femmes avec un surplus de poids et répondant aux critères diagnostiques de l'HB ont été recrutées du printemps 2012 à l'hiver 2013, dans la région de Montréal. Le programme comportant huit séances hebdomadaires était dispensé par une nutritionniste et une psychothérapeute. La qualité de vie reliée au poids (*Impact of Weight on Quality of Life*), la fréquence des crises de boulimie (rappel des sept derniers jours), la sévérité des crises de boulimie (*Binge Eating Scale*), les symptômes dépressifs (Inventaire de Beck pour la dépression), l'insatisfaction corporelle (*Body Shape Questionnaire*) et le poids corporel ont été mesurés avant et à la fin de l'intervention. Puis, un questionnaire pour mesurer l'acceptation par les participantes était soumis au terme du programme. Le taux de participation aux séances était aussi colligé.

Les résultats montrent que notre programme a permis une amélioration significative du score global de la qualité de vie reliée au poids de $8,4 \pm 13,3$, ainsi qu'en termes d'estime de soi et de travail. Aussi, une diminution significative de la fréquence des crises de boulimie de $2,1 \pm 2,1$ jours, de la sévérité des crises de boulimie dont le score a diminué de $10,9 \pm 7,7$, des symptômes dépressifs dont le score a diminué de $8,3 \pm 5,7$ et de l'insatisfaction corporelle dont le score a diminué de $32,8 \pm 17,1$, ont été observées. Toutefois, il n'y a pas eu de perte de poids au terme de l'intervention. Puis, le programme a été bien accepté par les participantes tel que démontré par le taux de participation aux séances de 93,8 % et la satisfaction mesurée par l'appréciation des divers éléments du programme de 4,6 sur 5 et la pertinence de ceux-ci de 4,8 sur 5. Ces données suggèrent que l'intervention de groupe semble être prometteuse pour améliorer les symptômes et conséquences de l'HB, à l'exception du poids.

Mots-clés : Hyperphagie boulimique, Traitement, Thérapie cognitivo-comportementale, Poids corporel, Qualité de vie, Dépression, Image corporelle.

Abstract

This study focuses on a group intervention for binge eating disorder (BED), by measuring its potential effects on the quality of life related to weight, frequency and severity of binge episodes, depressive symptoms, body dissatisfaction and body weight, and documenting the degree of acceptance of the intervention by the participants. Thus, 11 overweight women that met the BED diagnostic criteria were recruited from spring 2012 to winter 2013, in Montreal. The program includes eight weekly sessions based on Cognitive Behavioral Therapy provided by a nutritionist and a psychotherapist. Quality of life related to weight (Impact of Weight on Quality of Life), binge eating frequency (recall of the last seven days), binge eating severity (Binge Eating Scale), depression (Beck Inventory for depression), body dissatisfaction (Body Shape Questionnaire) and body weight were measured before and after the intervention. Then, a questionnaire to assess the acceptance by the participants was submitted at the end of the program. The rate of participation was also collected.

The results showed that our program has resulted in significant improvements in the overall quality of life score related to weight of 8.4 ± 13.3 , and in terms of self-esteem and work. We also observed a decrease in binge eating frequency by 2.1 ± 2.1 days as well as in binge eating severity, depressive symptoms and body dissatisfaction whose scores decreased by 10.9 ± 7.7 , 8.3 ± 5.7 and 32.8 ± 17.1 respectively. However, there was no significant difference in weight at the end of the intervention. Also, the program was well accepted by the participants with a participation rate of 93.8%. Satisfaction and relevance of the program scored respectively 4,6 and 4,8 out of 5. These data suggest that the group intervention seems to be a promising method to improve the symptoms and consequences of HB, except for weight.

Keywords : Binge eating disorder, Treatment, Cognitive Behavioral Therapy, Body weight, Quality of life, Depression, Body image.

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des sigles et abréviations	ix
Remerciements	x
1. Introduction	1
2. Recension des écrits	3
2.1 Troubles des conduites alimentaires	3
2.2 Hyperphagie boulimique	4
2.2.1 Historique	4
2.2.2 Définition	4
2.2.3 Diagnostic.....	5
2.2.4 Épidémiologie	6
2.2.4.1 Prévalence générale.....	6
2.2.4.2 Prévalence chez les obèses.....	6
2.2.5 Comorbidités et conséquences de l'HB	7
2.2.5.1 Obésité.....	8
2.2.5.2 Qualité de vie	8
i. Sujets dans la population.....	9
ii. Sujets en attente d'une chirurgie bariatrique.....	10
iii. Sujets en quête d'une perte de poids	11
2.2.5.3 Dépression	13
i. Prévalence	13
ii. Scores aux tests de dépression	14
iii. Corrélation entre l'HB et la dépression.....	15
2.2.5.4 Image corporelle.....	16
i. Insatisfaction corporelle	17

ii. Influence excessive du poids et de la silhouette.....	17
iii. Manifestations comportementales.....	20
2.2.6 Constats généraux sur l'hyperphagie boulimique	21
2.3 Les traitements	22
2.3.1 Thérapie interpersonnelle.....	24
2.3.2 Thérapie comportementale dialectique	24
2.3.3 Perte de poids comportementale	24
2.3.4 Pharmacothérapie.....	25
2.3.5 Combinaisons de traitements	26
2.3.6 Traitement diététique.....	26
2.3.7 Méditation en pleine conscience	26
2.3.8 « Self-help »	28
2.3.9 La thérapie cognitivo-comportementale.....	29
2.3.9.1 Généralités.....	29
2.3.9.2 La thérapie cognitivo-comportementale pour l'HB	29
i. Effets sur la fréquence des crises de boulimie	30
ii. Effets sur la sévérité des crises de boulimie.....	42
iii. Effets sur la qualité de vie et l'estime de soi.....	44
iv. Effets sur les symptômes dépressifs.....	46
v. Effets sur le poids et l'IMC	50
vi. Effets sur l'image corporelle	57
vii. Effets sur la problématique alimentaire	59
2.3.10 Constats généraux sur les traitements de l'hyperphagie boulimique	61
3. Problématique, hypothèse, objectifs et questions de recherche.....	63
3.1 Problématique.....	63
3.2 Hypothèse.....	63
3.3 Objectifs	64
3.4 Questions de recherche	64
3.5 Pertinence de l'étude	65
4. Méthodologie	67
4.1 Devis de recherche.....	67

4.2 Population à l'étude.....	67
4.2.1 Critères d'inclusion	68
4.2.2 Critères d'exclusion.....	68
4.2.3 Recrutement	69
4.4 Collecte de données	72
4.4.1 Qualité de vie reliée au poids	73
4.4.2 Indice de sévérité des crises de boulimie	74
4.4.3 Fréquence des crises de boulimie.....	74
4.4.4 Symptômes dépressifs	75
4.4.5 Insatisfaction corporelle	75
4.4.6 Acceptation par les participantes.....	76
4.4.7 Poids corporel.....	76
4.4.8 Taille.....	76
4.5 Analyses statistiques.....	77
4.6 Budget	77
4.7 Considérations éthiques	77
5. Résultats.....	78
5.1 Caractérisation de la population à l'étude	78
5.2 Taux de participation.....	78
5.3 Qualité de vie reliée au poids.....	81
5.4 Fréquence des crises de boulimie	82
5.5 Indice de sévérité des crises de boulimie	82
5.6 Symptômes dépressifs	83
5.7 Insatisfaction corporelle.....	83
5.8 Poids corporel et indice de masse corporelle	84
5.9 Acceptation par les participantes.....	84
5.9.1 Taux de participation aux séances de groupe.....	85
5.9.2 Satisfaction des participantes	85
5.9.2.1 Degré d'appréciation.....	85
5.9.2.2 Pertinence du contenu du programme.....	86
6. Discussion.....	88

6.1 Interprétation des résultats	88
6.1.1 Population à l'étude.....	88
6.1.2 Taux de participation à l'étude.....	89
6.1.3 Qualité de vie reliée au poids	90
6.1.4 Fréquence de crises de boulimie	91
6.1.5 Indice de sévérité des crises de boulimie	93
6.1.6 Symptômes dépressifs	94
6.1.7 Insatisfaction corporelle	95
6.1.8 Poids corporel et indice de masse corporelle	95
6.1.9 Acceptation par les participantes.....	96
6.1.9.1 Taux de participation aux séances de groupe.....	96
6.1.9.2 Satisfaction des participantes	97
6.2 Forces et limites de l'étude	97
7. Conclusion et pistes de recherche	100
Bibliographie	101
Liste des annexes	xi
Annexes	xii

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique selon le DSM-V.....	5
Tableau 2 : Synthèse des instruments de mesure utilisés pour les différentes variables dans les études recensées.	23
Tableau 3 : Résumé du contenu des huit séances du programme d'intervention	72
Tableau 4: Caractéristiques descriptives de la population à l'étude	78
Tableau 5 : Score total et scores des sous-échelles du IWQOL-lite pré et post intervention pour le groupe expérimental	81
Tableau 6: Fréquence moyenne des crises de boulimie en termes de jours et du nombre de crises dans les sept derniers jours, pré et post intervention pour le groupe expérimental	82
Tableau 7 : Scores moyens du BES pré et post intervention pour le groupe expérimental	83
Tableau 8: Scores moyens du BDI pré et post intervention pour le groupe expérimental	83
Tableau 9: Résultats moyens du BSQ pré et post intervention pour le groupe expérimental	84
Tableau 10 : Poids corporel et IMC moyen pré et post intervention pour le groupe expérimental	84
Tableau 11: Nombre de séances auxquelles chacun des sujets a assisté	85
Tableau 12 : Degré d'appréciation concernant le contenu et l'organisation du programme	86
Tableau 13 : Degré d'appréciation concernant le contenu du programme	87

Liste des figures

Figure 1: Schéma détaillant les inclusions et les exclusions des sujets à l'étude. 80

Liste des sigles et abréviations

al.	Collaborateurs
BDI	Inventaire de Beck pour la dépression
BES	<i>Binge Eating Scale</i>
BSQ	Body Shape Questionnaire
BWL	Behavioral Weight Loss
DBT	Dialectical Behavior Therapy
ECT	Thérapie expérientielle cognitive
EDE	<i>Eating Disorder Examination</i>
HADD	<i>Hospital Anxiety and Depression scale</i>
HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
HB	Hyperphagie boulimique
IEPS	Influence excessive du poids et de la silhouette
IMC	Indice de masse corporelle
IPT	Thérapie interpersonnelle
IWQOL-Lite	<i>Impact of Weight on Quality of Life-Lite</i>
Kg	Kilogramme
MBCT	<i>Mindfulness-based</i>
MB-EAT	<i>Mindfulness-based eating awarress training cognitive therapy</i>
NCSR	<i>National Comorbidity Survey Replication</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
RSEQ	<i>Rosenberg Self-Estimate Questionnaire</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
TANS	Trouble alimentaire non spécifié
TCA	Trouble des conduites alimentaires
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
SF-36	<i>Short Form (36) Health Survey</i>

Remerciements

Merci à Dr Geneviève Mailhot, ma directrice de recherche, pour son accompagnement, sa rigueur scientifique et surtout, de m'avoir poussée à terminer ce travail.

Merci à Josée Guérin, co-directrice de recherche, pour son support, son expérience clinique et son temps précieux. Et merci à la psychologue Marielle Paradis pour les méditations en pleine conscience.

Je tiens aussi à remercier Dr Marie-Claude Paquette, qui a su me guider pour rendre ce projet réaliste, et Dr Véronique Provencher qui m'a partagé sa grande expérience en recherche d'intervention.

Un merci particulier à Amélie Roy et à la Clinique universitaire de nutrition, de m'avoir ouvert ses portes sans hésiter.

Je ne remercierai jamais assez Aneb Québec pour son aide essentielle dans le recrutement des participantes, sans quoi, le projet aurait été impossible.

Merci aussi à l'organisme ÉquiLibre pour son aide dans le recrutement, mais aussi à mes collègues pour leur support.

Les parents, Fred et mes amies, merci de m'avoir soutenue tout au long du projet et pour l'équilibre que vous m'avez apporté ! Yanik, parce que j'y crois... Et Julie, merci de m'avoir poussée à croire en mes capacités.

Finalement, merci à toutes les participantes d'avoir permis à ce projet de se concrétiser !

1. Introduction

La préoccupation excessive à l'égard du poids et de l'image corporelle est un problème qui prend de plus en plus d'ampleur dans notre société actuelle. Celle-ci prend place sur un continuum pouvant aller jusqu'à un état pathologique que constituent les troubles des conduites alimentaires (TCA). Les TCA sont caractérisés par une altération des comportements alimentaires résultant en la consommation altérée de nourriture et en une atteinte à la santé physique et au fonctionnement psychosocial (American Psychiatric Association, 2013). Parmi ceux-ci, notons l'hyperphagie boulimique (HB) qui se caractérise par la survenue de crises de boulimie, à raison d'au moins une fois par semaine depuis trois mois, lors desquelles des grandes quantités de nourriture sont ingérées et un sentiment de perte de contrôle est ressenti. Malgré la souffrance associée à ces épisodes, il n'y a pas de comportements compensatoires qui les accompagnent. D'ailleurs, principalement pour cette raison, les personnes souffrant d'HB se retrouvent souvent en excès de poids. En fait, l'HB est fortement associée à l'obésité sévère (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). La prévalence est plus importante chez les individus obèses en quête d'une perte de poids ou en attente d'une chirurgie bariatrique, en comparaison avec la population générale (Kalarchian et al., 2007; Marcus & Levine, 2004). Aussi, une détresse importante reliée au poids, à la silhouette, à l'alimentation et à une qualité de vie diminuée est associée à ce TCA (Grilo & Mitchell, 2010). Toutes ces conséquences soulèvent la nécessité qu'on se penche davantage sur les traitements efficaces pour venir en aide aux individus qui en souffrent.

Les données empiriques pour les interventions en lien avec l'HB ont principalement été basées sur des essais cliniques menés dans des centres de recherche spécialisés, ainsi leur efficacité en pratique clinique courante demeure moins bien connue. Cependant, les traitements basés sur des données probantes, demeurent la meilleure approche pour traiter un TCA. Parmi ceux-ci, notons la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La TCC, dispensée en individuel ou en groupe, est reconnue comme le traitement de choix pour l'HB jusqu'à maintenant (National Institute for Clinical Excellence, 2004; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007).

Une nutritionniste de la Colombie-Britannique a déjà développé une intervention qui visait à libérer les femmes obèses souffrant de crises de boulimie de leurs problèmes de faible estime de soi, de leur image corporelle négative, de la dépression et de la détresse psychologique en général (Shelley-Ummenhofer, 2001). Pour ce faire, elle a adapté et simplifié une TCC pour en faire un programme de groupe (Agras & Apple, 2008). Cette étude randomisée et contrôlée a permis d'observer, dans le groupe traitement, une diminution considérable de la sévérité et de la fréquence des crises de boulimie et des symptômes dépressifs, d'augmenter de façon considérable l'image corporelle et finalement, d'accroître, de façon plus mineure, l'estime de soi. Par contre, le besoin d'étudier les effets de ce programme en augmentant la durée, en incluant plus de concepts nutritionnels, en le dispensant par une nutritionniste différente et le besoin d'en évaluer les effets dans d'autres régions du Canada sont ressortis.

Ce projet s'inscrit dans un contexte marqué par un manque de services destinés aux personnes aux prises avec l'HB au Québec, alors que cette problématique est de plus en plus rencontrée en clinique. Puis, la majorité des services offerts à cette clientèle sont en individuel, c'est-à-dire que peu de services de groupe sont disponibles.

Ce mémoire a pour objectif d'évaluer les effets potentiels d'une intervention de groupe, adaptée de celle de Shelley-Ummenhofer, sur la qualité de vie reliée au poids, la fréquence et la sévérité des épisodes d'HB, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids de femmes présentant un surplus de poids et souffrant d'HB. Aussi, le degré d'acceptation du programme par les participantes sera documenté.

2. Recension des écrits

Cette revue de la littérature sur l'HB, ses conséquences et son traitement servira à illustrer l'avancement de la littérature dans le domaine de la recherche clinique ainsi qu'à confirmer la pertinence de la présente étude. Cette recension a été effectuée via les moteurs de recherche MEDLINE et PsycINFO.

2.1 Troubles des conduites alimentaires

Parmi les troubles de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires répertoriés dans la section Feeding and Eating Disorders du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013), on compte le pica, le trouble de la rumination, le trouble de l'apport alimentaire évitant ou restrictif, ainsi que les TCA, soit l'anorexie mentale, la boulimie, l'HB ainsi que les autres TCA non spécifiés (TANS).

L'anorexie mentale se caractérise par la restriction des apports alimentaires menant à un poids corporel significativement bas. Cela est accompagné d'une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou bien de la persistance de comportements qui interfèrent avec une prise de poids. Aussi, l'anorexie mentale est caractérisée par une altération de la perception ou une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou encore, d'un déni de la gravité de la maigreur actuelle (American Psychiatric Association, 2013).

La boulimie se décrit par la survenue récurrente de crises de boulimie, à raison d'au moins une fois par semaine depuis trois mois, qui sont accompagnées de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, par exemple : vomissements, laxatifs, jeûne ou exercice physique excessif. L'estime de soi est aussi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle (American Psychiatric Association, 2013).

Les TANS regroupent les troubles des conduites alimentaires qui ne répondent pas à tous les critères diagnostiques des troubles alimentaires spécifiques comme l'anorexie mentale, la boulimie et l'HB (American Psychiatric Association, 2013).

Toutefois, ils demeurent cliniquement significatifs et la souffrance associée n'est pas moindre. D'ailleurs, jusqu'en 2013, l'HB faisait partie de cette catégorie.

La recension des écrits portera sur des études menées auprès de clientèles adultes souffrant d'hyperphagie boulimique.

2.2 Hyperphagie boulimique

2.2.1 Historique

L'HB a d'abord été décrite par Hippocrate comme une forme pathologique de faim. Puis, un premier cas a été rapporté en 1959 par Albert J. Stunkard et la description des symptômes a été élaborée en 1976 ainsi qu'au cours des années suivantes (Stunkard, 1993). D'abord nommée boulimie dans le DSM-III, puis mise de côté depuis que le diagnostic de la boulimie inclut désormais des comportements compensatoires, l'HB a retrouvé sa place dans le DSM-IV dans la catégorie des TANS (voir critères diagnostiques du DSM-IV en Annexe 1). Dans le DSM-V, l'HB est finalement considérée comme un TCA spécifique. Aussi, la fréquence des crises de boulimie a été modifiée, c'est-à-dire que l'HB se définit par une crise de boulimie par semaine depuis au moins trois mois alors que le critère diagnostique était de deux crises par semaine depuis au moins six mois dans le DSM-IV.

2.2.2 Définition

L'HB est caractérisée par la survenue récurrente de crises de boulimie constituant des pertes de contrôle dans l'alimentation au cours desquelles une grande quantité de nourriture est ingérée, c'est-à-dire, supérieure à ce que la plupart des gens ingérerait au cours de la même période de temps (moins de deux heures). Ces crises de boulimie sont associées à de la souffrance, mais ne sont pas accompagnées de comportements compensatoires (American Psychiatric Association, 2013). Puisque de grandes quantités de nourriture sont consommées et qu'il n'y pas de compensation pour éviter une prise pondérale, il n'est pas rare de voir le poids des individus qui en souffrent augmenter. D'ailleurs, l'HB serait fortement associée à l'obésité sévère

(Hudson et al., 2007). Il s'agit d'un point distinctif à la boulimie puisque les individus en souffrant ont tendance à avoir un poids normal en raison des comportements compensatoires utilisés suite aux crises de boulimie, tels les vomissements, la prise de laxatifs ou l'exercice physique excessif.

2.2.3 Diagnostic

Le tableau ci-dessous présente les critères diagnostiques de l'HB tels que répertoriés dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique selon le DSM-V¹

A	<p>Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie est caractérisée par :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger, durant une période déterminée (moins de deux heures), une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps et des circonstances similaires. 2. Une sensation de perte de contrôle sur l'alimentation durant la crise (sentir qu'on ne peut s'arrêter de manger ou contrôler ce qui est consommé ou la quantité).
B	<p>Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale 2. Manger jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale 3. Manger beaucoup en l'absence d'une sensation physique de faim 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé, coupable après avoir mangé
C	Le comportement boulimique est source de souffrance marquée
D	Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine depuis 3 mois.
E	Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés et ne survient pas exclusivement au cours de l'anorexie mentale ou de la boulimie.

¹Traduction libre

Dans le DSM-V, le niveau de sévérité de l'HB est spécifié pour la première fois et est basé sur la fréquence des crises de boulimie. Le niveau de gravité peut être élevé

pour refléter d'autres symptômes ou encore, le niveau d'incapacité à fonctionner. Voici les degrés de sévérité selon le nombre de crises de boulimie par semaine: Léger (1 à 3), modéré (4 à 7), sévère (8 à 13) et extrême (14 et plus).

2.2.4 Épidémiologie

2.2.4.1 Prévalence générale

Il est suggéré que l'HB constituerait une pathologie aussi chronique et stable que l'anorexie mentale et la boulimie (Hudson et al., 2007). D'ailleurs, la prévalence sur une période de 12 mois estimée dans le DSM-V est de 0,4% pour l'anorexie mentale, de 1,5% pour la boulimie ainsi que de 1,6% pour les femmes et de 0,8% pour les hommes en ce qui a trait à l'HB (American Psychiatric Association, 2013). Selon le *National Comorbidity Survey Replication* (NCSR), un sondage national représentatif de la population des États-Unis, la prévalence de l'HB serait de 3,5% chez les femmes et de 2,0% chez les hommes alors que le risque à vie serait de l'ordre de 3,9% (Hudson et al., 2007). De plus, notons que dans cette étude, le diagnostic de l'HB a été fait à partir du *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* qui considère trois mois de symptômes pour l'HB comme dans le DSM-V, alors que six mois étaient exigés dans le DSM-IV en vigueur au moment de cette enquête. Les auteurs considèrent même qu'il serait prudent de penser que le NCSR sous-estime la prévalence des TCA. Cette enquête a aussi permis d'observer un âge moyen d'apparition de l'HB de 25,4 ans, ce qui est plus tard que pour l'anorexie (18,9 ans) et la boulimie (19,7 ans).

Au Québec, des résultats similaires ont été obtenus alors qu'une étude réalisée auprès de 1310 femmes, âgées entre 20 et 40 ans et résidant à Montréal, a permis de documenter une prévalence de 3,8% pour l'HB par le biais d'un sondage téléphonique (Gauvin, Steiger, & Brodeur, 2009).

2.2.4.2 Prévalence chez les obèses

Le trouble serait encore plus présent chez les individus obèses en quête d'un traitement pour la perte de poids en comparaison avec la population générale (American Psychiatric Association, 2013). Chez les individus obèses en quête d'une

perte de poids, la prévalence irait jusqu'à 30,0% (Marcus & Levine, 2004) et chez ceux en attente d'une chirurgie bariatrique, elle serait de 27,1% (Kalarchian et al., 2007).

Dans une étude moins récente, mais fréquemment citée et ayant servi à valider les critères diagnostiques de l'HB et à en analyser la prévalence, il a été démontré, auprès de 1984 sujets provenant de six centres où des programmes de gestion de poids sont offerts, que cette pathologie est commune chez les individus en quête d'une perte de poids (Spitzer et al., 1992). En fait, 30,1 % de l'échantillon répondaient aux critères diagnostiques de l'HB, alors que dans la communauté, la prévalence était de 2,0% et chez les *Outremangeurs anonymes*, la prévalence augmentait à 71,2%. L'HB était aussi plus commune chez les femmes (Spitzer et al., 1992).

Les données concernant la prévalence de l'HB peuvent varier selon la méthode utilisée pour recueillir les informations en ce qui a trait au TCA. Par exemple, plus d'individus satisferaient les critères diagnostiques de l'HB avec des questionnaires auto-rapportés en comparaison avec des évaluations basées sur des entrevues (Fairburn & Beglin, 1994). Ceci peut s'expliquer par le fait que sans l'aide d'un professionnel, les sujets peuvent avoir de la difficulté à juger ce qui est considéré comme des grandes quantités de nourriture ou encore un sentiment de perte de contrôle.

2.2.5 Comorbidités et conséquences de l'HB

Des conséquences fonctionnelles sont associées à l'HB, incluant des problèmes sociaux, de faibles qualités de vie reliée à la santé et satisfaction de vie (American Psychiatric Association, 2013), une détresse importante reliée au poids, à la silhouette, à l'alimentation et une qualité de vie diminuée (Grilo & Mitchell, 2010). De plus, l'HB est associée à une morbidité élevée et à des niveaux élevés d'utilisation des soins de santé (American Psychiatric Association, 2013; Grilo & Mitchell, 2010; Hudson et al., 2007).

En termes de comorbidités, il est rapporté dans le NSCR que 78,9 % des personnes souffrant d'HB présentaient les critères d'au moins une pathologie répertoriée dans le DSM-IV (Hudson et al., 2007). En fait, les comorbidités les plus communes seraient les troubles bipolaires, dépressifs et anxieux, puis à un degré moindre, les troubles d'abus de substances. La comorbidité psychiatrique serait reliée à

la sévérité de l'HB et non au degré d'obésité (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.5.1 Obésité

Bien qu'il n'y ait pas de complications qui ont été directement reliées aux symptômes de l'HB, de nombreuses conséquences associées à l'obésité, qui l'accompagne souvent, se doivent d'être considérées (Grilo & Mitchell, 2010). En fait, l'obésité constituerait la principale comorbidité en lien avec l'HB.

Dans le NCSR, il a été observé que 27,6% des participants souffrant d'HB avaient un indice de masse corporelle (IMC) entre 30,0 et 39,9 kg/m² et 14,8% avaient un IMC supérieur à 40,0 kg/m² (Hudson et al., 2007). C'est donc dire que 42,4% présentaient de l'obésité. Aussi, deux études se sont servies de données colligées à partir du *New England Women's Health Project* pour comparer le profil de 150 femmes américaines souffrant d'HB de race blanche et noire à des femmes souffrant de boulimie (Striegel Moore et al., 2001) ou à des femmes ne présentant pas de problèmes psychiatriques et n'ayant pas d'historique d'HB ou de diètes sévères (Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, & Fairburn, 2001). Il a été noté que 65,3% des femmes avec HB présentaient de l'obésité. Dans l'étude de Spitzer (Spitzer et al., 1992), 62,8% des sujets avec HB présentaient un IMC supérieur à 35 kg/m² et 62,2% rapportaient un historique de variation de poids.

L'obésité est donc fortement prévalente chez les sujets souffrant d'HB et se doit d'être considérée dans le traitement de celle-ci.

2.2.5.2 Qualité de vie

La qualité de vie fait référence à la satisfaction globale d'un individu par rapport à sa vie (Kushner & Foster, 2000) et cela englobe son fonctionnement physique, psychologique, sexuel, social et professionnel (Folope, Chapelle, Grigioni, Coffier, & Dchelotte, 2012; Rieger, Wilfley, Stein, Marino, & Crow, 2005). La qualité de vie reliée à la santé est utile pour mesurer l'atteinte générale en association avec les TCA (Hay & Mond, 2005). Plusieurs études ont permis de déterminer que la qualité de vie est amoindrie chez les individus obèses (Kolotkin et al., 2004; Kushner & Foster,

2000; Perez & Warren, 2012), mais moins de données sont disponibles quant à l'impact de l'HB sur la qualité de vie.

i. Sujets dans la population

Certaines études se sont penchées sur la qualité de vie des individus atteints d'HB dans la population générale. Dans le NCSR, 62,6 % des individus atteints d'HB rapportaient une atteinte au fonctionnement (diminution de la capacité à bien fonctionner) dans au moins une sphère de leur vie (Hudson et al., 2007). Cela a été évalué avec la *Sheehan Disability Scale* (Leon, Olfson, Portera, Farber, & Sheehan, 1997), un outil où les informations sont autorapportées et donc, les auteurs précisent qu'une sous-déclaration est probable que ce soit par minimisation, secret, honte, ou par une faible capacité d'introspection. Par contre, la prévalence diminue à 18,5% lorsqu'il est question d'atteinte sévère au fonctionnement.

Une autre étude américaine a été réalisée à partir du *NIMH Collaborative Psychiatric Epidemiological Surveys*, une base de données nationale ayant évalué les désordres mentaux auprès de 20 013 femmes et hommes d'ethnies différentes (Perez & Warren, 2012). Quatre groupes ont été formés : les sujets obèses avec HB ou sans HB et les sujets non obèses avec HB ou sans HB, à partir de données recueillies de façon rétrospective. Notons que 52% des individus obèses avec HB ne répondaient plus aux critères diagnostiques depuis quelques années, mais ce groupe a tout de même rapporté les plus hauts niveaux d'atteinte à la santé physique et mentale. Et sans tenir compte du poids, les individus avec HB ont rapporté une atteinte plus sévère à leur santé mentale globale, au niveau cognitif et des interactions sociales. Par contre, le fait qu'il n'y ait pas de questionnaire validé pour l'évaluation de la qualité de vie dans cette étude constitue une limite importante.

Par ailleurs, l'HB a été associée fortement à une limitation dans les activités de la vie quotidienne et à une atteinte au fonctionnement, évaluée avec le *Medical Outcomes Study Short Form-20 Health Survey* (Stewart, Hays, & Ware, 1988), dans une étude américaine réalisée auprès de 4651 femmes recrutées dans des centres médicaux et de gynécologie (Johnson, Spitzer, & Williams, 2001). Parmi celles-ci, une prévalence totale de 5,3% pour l'HB a été notée, mais celle-ci est probablement

surestimée puisque les femmes ayant recours à des comportements compensatoires étaient tout de même incluses. Aussi, des symptômes présents depuis trois mois étaient considérés pour le diagnostic alors que le DSM-IV était en vigueur au moment de l'étude.

ii. Sujets en attente d'une chirurgie bariatrique

Deux études intéressantes ont été réalisées auprès de sujets obèses en attente d'une chirurgie bariatrique. Premièrement, une étude américaine, ayant porté sur 37 sujets (83,8% femmes) dans cette situation, a évalué la différence entre les individus présentant ou non de l'HB en termes de qualité de vie (Hsu et al., 2002). Le *Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey* (SF-36) ayant été utilisé est un outil mesurant la qualité de vie reliée à la santé (Ware & Sherbourne, 1992). Il a été utilisé à maintes reprises chez une clientèle obèse. Il comprend huit sous-échelles : fonctionnement physique, limitations dans le fonctionnement physique, douleur corporelle, santé globale, vitalité, vie sociale, limitations dans le fonctionnement émotif et santé mentale (Masheb & Grilo, 2004). Le diagnostic de l'HB se faisait selon les critères du DSM-IV, mais la présence des symptômes d'HB était considérée depuis les trois derniers mois. Un seul groupe de sujets avec HB, comprenant des sujets avec un diagnostic complet (11,0%) et partiel (14,0%) a été créé aux fins d'analyses. Les résultats au SF-36 étaient significativement inférieurs pour 3 échelles (limitations physiques et émotionnelles et fonctionnement social) dans l'échantillon avec HB en comparaison avec les sujets sans HB. Le petit nombre de sujets et la présence d'un nombre restreint d'individus répondant à tous les critères diagnostiques de l'HB limitent la portée de ces résultats.

L'autre étude a été réalisée auprès de 110 individus (87,3% femmes) présentant de l'obésité morbide en évaluation pour une chirurgie bariatrique (De Zwaan et al., 2002). Le SF-36 et l'*Impact of Weight on Quality of Life-Lite* (IWQOL-Lite) (Kolotkin, 2002), un instrument mesurant la qualité de vie spécifiquement reliée à l'obésité et qui présente cinq échelles de mesure soit la mobilité (fonction physique), l'estime de soi, la vie sexuelle, la vie sociale et le travail, ont été utilisés. Les résultats ont permis d'observer que les patients avec HB, soit 17,3% de l'échantillon, montraient

un niveau plus élevé d'atteinte aux composantes mentales du SF-36 et de façon non significative aux composantes physiques. Une relation avec le niveau de dépression et l'atteinte à l'estime de soi a aussi été remarquée. Le score total du IWQOL-Lite et les scores pour certaines sous-échelles telles l'estime de soi, la vie sexuelle et le travail étaient significativement inférieurs chez les individus souffrant d'HB, correspondant à une qualité de vie moindre. Toutefois, cette étude ne permet pas de déterminer de relation de cause à effet entre l'HB et l'atteinte à la qualité de vie.

iii. Sujets en quête d'une perte de poids

La qualité de vie chez les individus en quête d'une perte de poids a aussi été étudiée. Dans une étude sur le sujet, 94 adultes (77,6% femmes) avec HB ont été recrutés pour un essai clinique randomisé pour le traitement de l'HB (Masheb & Grilo, 2004). Les résultats obtenus ont été comparés aux normes américaines provenant du *National Survey of Functional Health Status* (N= 2474), en considérant l'effet de taille dans l'analyse des résultats, ainsi qu'à un échantillon de sujets obèses (N=312) provenant d'une étude portant sur un programme de perte de poids de l'école de médecine. Le groupe avec HB a obtenu des scores significativement plus faibles pour toutes les échelles de la qualité de vie reliée à la santé (SF-36) en comparaison avec les normes américaines et pour quatre échelles (santé mentale, limitation émotionnelle, vie sociale et vitalité) en comparaison avec l'échantillon de sujets obèses avant l'intervention.

Une autre étude américaine a porté sur des individus obèses en quête d'une perte pondérale dans laquelle les sujets souffrant d'HB (N=56) ont été recrutés pour un essai contrôlé randomisé visant à évaluer l'efficacité d'une médication pour la perte de poids dans le traitement de l'HB (Rieger et al., 2005). Un autre groupe sans HB (N=62) était constitué d'adultes prenant part à un essai contrôlé randomisé sur l'efficacité de différentes interventions psychologiques pour le maintien de la perte de poids chez les enfants et leurs parents. La qualité de vie reliée au poids évaluée à l'aide du IWQOL-Lite, a permis d'observer une atteinte significativement plus importante à la qualité de vie en ce qui a trait à l'estime de soi, la vie sexuelle, la vie sociale et le travail et au score total, pour le groupe présentant de l'HB. Toutefois, il n'y avait pas

de différence significative en ce qui a trait à la mobilité. Il a aussi pu être noté que plus l'IMC était élevé, plus la qualité de vie sous l'angle de la vie sociale et de la mobilité diminuait, et ce, peu importe la présence d'HB ou non.

Une étude américaine a été réalisée avec un échantillon de 530 patients participant à un programme résidentiel intensif (les sujets résident au centre pour la durée du traitement) pour la perte de poids et la modification des habitudes de vie (Kolotkin et al., 2004). Le diagnostic de l'HB se faisait de façon autorapportée sans confirmation par une entrevue clinique, ce qui en limite grandement la validité. Les sujets avec HB, représentant 22,0% de l'échantillon, présentaient une atteinte à leur qualité de vie, évaluée à l'aide de l'IWQOL-Lite, significativement plus importante pour toutes les échelles et le score total en comparaison avec les individus ne souffrant pas d'HB. Toutefois, après avoir contrôlé les variables épidémiologiques, l'IMC, l'indice de dépression et les problèmes psychologiques, la présence ou non d'HB n'expliquait pas de façon significative la variation dans le score du IWQOL-Lite. En fait, les différences observées pour la qualité de vie entre les individus avec ou sans HB semblaient expliquées principalement par l'IMC et les symptômes psychologiques. Cette étude fournit donc peu de preuve quant à l'impact de l'HB en soi sur la qualité de vie reliée au poids.

Dans une étude italienne ayant été menée auprès de 183 sujets obèses s' enrollant pour un traitement de perte de poids, il a été démontré que les individus souffrant d'HB démontraient une qualité de vie reliée à la santé, évaluée avec le SF-36, moindre, et ce, de façon significative (Marchesini et al., 2000). Notons que la présence de l'HB était identifiée à l'aide d'un score élevé au *Binge Eating Scale* (BES), sans entretien clinique pour poser le diagnostic de l'HB. Le BES a tendance à bien identifier les sujets avec HB (sensibilité de 0,85), mais démontre une moins bonne spécificité pour identifier ceux qui n'en souffrent pas (spécificité 0,20) (Celio, Wilfley, Crow, Mitchell, & Walsh, 2004). Ainsi, la prévalence de l'HB, s'élevant à 45% dans cet échantillon, est probablement surestimée. Tout de même, un score positif au BES a été identifié comme la première ou la seconde variable déterminante de six des huit domaines du SF-36 (fonctionnement physique, rôle physique, rôle émotionnel, vitalité, santé globale, et fonctionnement social).

Bref, les études recensées indiquent dans l'ensemble une qualité de vie altérée chez les individus obèses souffrant d'HB. L'atteinte au fonctionnement peut varier selon l'instrument utilisé pour mesurer la qualité de vie et l'origine de l'altération de la qualité de vie demeure encore nébuleuse, à savoir si la dépression ou le poids influencent celle-ci par exemple. Il demeure important de considérer le patient souffrant d'HB dans sa globalité et de réaliser qu'il y a atteinte à son fonctionnement. Il est à noter que pour les études portant sur des patients en quête d'un traitement (perte de poids, chirurgie bariatrique), la généralisation des résultats de ces études aux individus souffrant d'HB dans la communauté est limitée.

2.2.5.3 Dépression

La dépression fait partie des comorbidités associées à l'HB et ce, avec une prévalence considérable.

i. Prévalence

Il est rapporté que 49% des femmes hyperphagiques boulimiques dans la communauté auraient eu un épisode de dépression dans leur vie (Telch & Stice, 1998). Aussi, plus récemment, dans le NCSR (Hudson et al., 2007), 32,3% des répondants qui présentaient de l'HB, souffraient ou avaient souffert d'un trouble de dépression majeure. Dans l'étude de Johnson et al. (2001), réalisée auprès de 4651 femmes recrutées dans des centres médicaux et de gynécologie, 23,0% de celles souffrant d'HB présentaient aussi un trouble de l'humeur majeur. Ceci correspond à un pourcentage trois fois plus élevé que pour le groupe sans TCA. Le trouble de l'humeur a été évalué à l'aide du *Patient Health Questionnaire* (PHQ), un questionnaire de dépistage pour les troubles mentaux (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999).

Une autre étude, réalisée auprès de 105 femmes obèses en quête d'un traitement pour l'HB a trouvé qu'un tiers des femmes expérimentaient un trouble de l'humeur au moment de l'étude et que le deux tiers avaient connu un épisode de trouble de l'humeur dans leur vie (Grenon et al., 2010). Cette fois, le *Structured Clinical Interview for DSM – IV* (SCID) (Fisrt, Spitzer, Williams, & Gibon, 1997), une entrevue clinique, structurée et largement utilisée pour évaluer les troubles mentaux dont les

TCA et le *Depression full scale of the Personality Assessment Inventory* (Morey, 1991) ont été utilisés.

Une étude allemande a comparé 44 femmes présentant de l'obésité sans HB avec 40 femmes obèses souffrant d'HB, dont huit présentaient un sous-diagnostic, c'est-à-dire que la fréquence des épisodes d'HB était moindre (Schulz & Laessle, 2010). Il a été observé que le groupe avec HB présentait plus de troubles de l'humeur, en comparaison avec le groupe sans HB (63,4% vs 32,6%, $p < 0,004$) ainsi qu'un plus haut taux d'épisodes de dépression majeure à vie (61,0% vs 32,6%, $p < 0,008$).

Dans le même ordre d'idée, il a été démontré qu'il y avait un pourcentage statistiquement et significativement supérieur de patients avec HB, en comparaison avec ceux sans HB, qui présentaient une dépression majeure (27,3% vs 4,9% $p < 0,002$) dans une étude américaine réalisée auprès de patients recrutés dans un programme de chirurgie bariatrique qui comparait 44 sujets avec HB à 61 sujets sans TCA (Jones Corneille et al., 2012). La prévalence à vie pour la dépression majeure était aussi statistiquement et significativement plus élevée chez les sujets avec HB (52,3 % vs 19,7% $p < 0,003$). D'ailleurs, la dépression majeure constituait le trouble de l'axe I (troubles cliniques tels les troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à une substance, etc.) le plus fréquent en plus d'être plus présent chez les sujets avec HB. Les auteurs suggèrent même l'HB comme un marqueur de la dépression. Notons que le diagnostic pour l'HB, réalisé à partir du *Eating Disorder Examination* (EDE), un instrument bien établi et qui a été validé pour sa pertinence dans l'évaluation de l'HB (Grilo, Masheb, Lozano Blanco, & Barry, 2004), ainsi que du SCID au téléphone, était basé sur une fréquence d'une crise de boulimie par semaine depuis trois mois, ce qui permet d'estimer la prévalence selon les critères diagnostiques du DSM-V.

ii. Scores aux tests de dépression

D'autres études comparent plutôt les scores aux tests de dépression. L'Inventaire de Beck pour la Dépression (BDI), évaluant les symptômes liés à la dépression, est sans aucun doute le questionnaire le plus utilisé (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). En effet, les scores de dépression ont été trouvés significativement plus élevés chez des individus avec HB ($17,6 \pm 9,0$) en comparaison

à d'autres sujets en surpoids sans TCA ($4,8 \pm 5,4$), tel qu'évalué avec le BDI (Allison, Grilo, Masheb, & Stunkard, 2005). De plus, plus de sujets souffrant d'HB cotaient pour une dépression modérée et sévère en comparaison avec les sujets sans TCA.

Dans une étude italienne, 103 sujets obèses qui recouraient volontairement à de l'aide dans un centre universitaire pour les TCA, dont 51 répondaient aux critères de l'HB et 52 sujets ne présentaient pas de diagnostic de TCA, ont été comparés à des individus sans TCA (Fassino, 2003). Cette recherche avait pour objectif d'évaluer l'humeur, l'attitude par rapport à l'alimentation et la colère chez des sujets obèses en comparaison avec un groupe contrôle non clinique. Le BDI a été utilisé pour évaluer les symptômes dépressifs et il a été rapporté que le groupe avec HB présentait des niveaux de dépression significativement plus élevés ($13,60 \pm 5,96$) que le groupe sans HB ($9,80 \pm 5,14$) et que le groupe normal ($3,75 \pm 0,82$) ($p < 0,000$). Notons que le groupe d'obèses sans HB requérait tout de même des services en psychiatrie au même moment, ce qui limite la comparaison avec des individus obèses dans la communauté.

Puis, une étude brésilienne a été réalisée auprès de 203 femmes obèses qui se présentaient dans une clinique de perte de poids et dont 54 répondaient aux critères diagnostiques de l'HB afin d'évaluer leur profil psychopathologique (Fandião et al., 2010). Encore une fois, le groupe avec HB présentait des scores de dépression mesurés par le BDI significativement plus élevés ($25,0 \pm 10,0$) que le groupe sans HB ($18,4 \pm 9,8$) ($p < 0,0001$).

iii. Corrélation entre l'HB et la dépression

Une corrélation entre l'HB et la dépression (tel qu'évaluée par la prise de médication pour la dépression) a été trouvée significative pour les femmes dans une étude réalisée auprès d'un large échantillon de 1801 obèses volontaires (71,8% femmes) pour un essai de perte de poids (Linde et al., 2004).

Aussi, une étude portant sur la dépression majeure, l'HB et l'association avec la perte de poids en clinique (Pagoto, 2007), a été faite chez 131 sujets (72,0% femmes) inscrits dans un programme de prévention du diabète pour lequel une intervention sur les habitudes de vie était dispensée. Les individus avec une dépression majeure étaient

plus nombreux à présenter de l'HB (57,0% vs 21,0%, $p < 0.001$). Notons que le fait qu'il n'y avait pas de groupe contrôle limite la portée des résultats.

Bref, une prévalence à vie de trouble de l'humeur allant de 32,3% à 66,7% ainsi qu'une prévalence de 23,0% à 33,3% de dépression active ont été rapportées chez des sujets avec HB. Les études démontrent aussi une plus grande prévalence en comparaison avec des sujets sans TCA. Cette association entre l'HB et la dépression ne serait pas uniquement reliée à l'obésité chez les sujets puisqu'il y aurait près du double des sujets avec HB qui présenteraient un trouble de l'humeur en comparaison avec des sujets obèses sans TCA. Aussi, chez une clientèle en attente d'une chirurgie bariatrique et présentant de l'HB, il y aurait jusqu'à cinq fois plus de dépression en comparaison avec des sujets sans TCA. Puis, des scores plus élevés au BDI chez les sujets avec HB comparativement à des sujets en surpoids sans TCA ont été observés dans toutes les études recensées. Certains auteurs vont même jusqu'à suggérer l'HB comme un marqueur de la dépression.

2.2.5.4 Image corporelle

L'insatisfaction corporelle ne fait pas partie du diagnostic de l'HB tel que retrouvé pour l'anorexie et la boulimie (altération de la perception du poids ou de la silhouette ou l'estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle). Néanmoins, il s'agirait d'un symptôme concomitant et important dans la caractérisation de tout TCA. En fait, de plus en plus d'évidences supportent la notion d'insatisfaction corporelle chez les individus atteints d'HB. Dans ce sens, les chercheurs se questionnent quant à la pertinence d'ajouter un critère diagnostique à ce sujet ou du moins, un élément pour spécifier le type d'HB (avec ou sans problème d'image corporelle).

L'insatisfaction corporelle, faisant référence au fait de ne pas être satisfait de son image corporelle, diffère de l'influence excessive du poids et de la silhouette (IEPS). Cette dernière notion consiste en l'importance accordée à son apparence physique dans l'évaluation de sa personne. L'IEPS serait associée à une plus grande insatisfaction corporelle, des problématiques alimentaires, des symptômes dépressifs,

une dysfonction sociale et une estime de soi plus faible (Hrabosky, Cash, & Smolak, 2011). Elle serait aussi plus présente chez les sujets obèses présentant de l'HB en comparaison avec ceux sans TCA (American Psychiatric Association, 2013). On observe aussi des comportements de vérification du corps tels le fait de pincer certaines parties, le camouflage du corps ou l'évitement de se montrer en public ou de se regarder dans le miroir, qui constitueraient des stratégies pour faire face à l'insatisfaction.

i. Insatisfaction corporelle

Dans une étude portant sur des patients souffrant d'HB (77,8 % femmes) en quête d'un traitement, l'insatisfaction corporelle a été étudiée en association avec l'IMC, l'âge d'apparition de l'obésité, les expériences négatives dans l'enfance, la dépression et l'estime de soi (Grilo & Masheb, 2005). Le *Body Shape Questionnaire* (BSQ) est un questionnaire validé mesurant l'insatisfaction corporelle (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987). Dans cette étude, 343 adultes (77,8% femmes), répondant aux critères de l'HB selon le DSM-IV étaient inclus. Les résultats ont permis de constater que l'insatisfaction corporelle était plus présente chez les femmes en général en comparaison avec les hommes et avec un groupe de femmes en surpoids sans HB et ce, sans corrélation avec l'IMC. La dépression et l'estime de soi faisaient partie des deux variables contribuant le plus à la variance de l'insatisfaction corporelle.

Puis, un niveau de préoccupation par rapport au poids et à la silhouette a été trouvé plus élevé chez les individus souffrant d'HB (N= 177) en comparaison avec des sujets souffrant d'hyperphagie nocturne (N=68) et d'autres en surpoids sans TCA (N=45) (Allison et al., 2005).

ii. Influence excessive du poids et de la silhouette

Une étude importante, portant sur l'évaluation de l'IEPS chez les patients avec HB, a été réalisée auprès de 399 adultes (76,0% femmes) présentant de l'embonpoint ou de l'obésité (Hrabosky, Masheb, White, & Grilo, 2007). Dans l'EDE, deux items permettent de considérer l'importance accordée au poids et à la silhouette sur une échelle de zéro à six, proportionnellement à l'importance accordée. Un seuil de quatre

a été déterminé pour considérer l'IEPS comme significative cliniquement, ce qui est commun parmi les études. Ce sont 58,0% des sujets avec HB qui présentaient une IEPS clinique, ce qui démontre l'importance de cette variable en lien avec ce TCA. De plus, il n'y a pas de corrélation qui a pu être établie avec l'IMC et donc, l'IEPS ne serait potentiellement pas reliée au poids. Le groupe présentant l'IEPS clinique a été comparé au groupe présentant une IEPS sous-clinique. Cette comparaison a montré que les deux groupes ne différaient pas en termes d'IMC ou même de fréquence d'épisodes d'HB, mais le groupe clinique démontrait des niveaux significativement plus élevés pour la psychopathologie reliée à l'alimentation, l'insatisfaction par rapport au corps, la dépression et une moins bonne estime de soi.

Une autre étude a été réalisée auprès de 110 Australiennes présentant de l'HB et a permis d'observer que 46,4 % rapportaient une IEPS et que parmi celles-ci, on constatait une plus grande psychopathologie reliée à l'alimentation, un moins haut niveau de fonctionnement et une moins bonne qualité de vie en comparaison avec celles ne présentant pas d'IEPS clinique et celles obèses sans HB (N=457) (Mond, Hay, Rodgers, & Owen, 2007). Notons que le seuil considéré pour les items du EDE concernant l'IEPS a été déterminé à cinq et que lorsqu'un seuil de quatre a été utilisé, 63,6% des femmes présentaient une IEPS clinique, et ce, en contrôlant pour l'IMC. Les auteurs considèrent que l'IEPS devrait être ajoutée aux critères diagnostiques de l'HB.

Dans un essai contrôlé randomisé européen réalisé chez des sujets avec HB, l'efficacité de la TCC et les possibles prédicteurs et médiateurs des résultats du traitement ont été évalués. Ainsi, les préoccupations par rapport au poids ont été identifiées comme un médiateur important et moindrement, la préoccupation par rapport à la silhouette (Dingemans, Spinhoven, & van Furth, 2007). Toutefois, l'échantillon était restreint (N=52) et hétérogène puisque les comorbidités psychiatriques n'ont pas été exclues.

Dans un autre essai contrôlé randomisé, réalisé auprès de 116 (77,6% femmes) sujets répondant aux critères diagnostiques de l'HB (Ojserkis, Sysko, Goldfein, & Devlin, 2012), 72,4 % présentaient de l'IEPS. Ces derniers ont montré des scores plus élevés quant aux symptômes dépressifs, à la sévérité des épisodes d'HB, à l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle ainsi qu'aux préoccupations

alimentaires. Aussi, une fréquence augmentée d'épisodes d'HB et une moins grande estime de soi ont été observées. Malgré tout, l'IEPS n'était pas un prédicteur des réponses en post-traitement.

Une étude s'est davantage penchée sur la pertinence de l'inclusion de l'IEPS au diagnostic de l'HB (Goldschmidt et al., 2010). Elle a été réalisée auprès de 268 femmes caucasiennes et afro-américaines des États-Unis, soit 156 femmes ayant reçu un diagnostic d'HB et 104 femmes ayant un diagnostic psychiatrique différent d'un TCA qui constituaient le groupe contrôle. La détermination du seuil pour la classification de l'IEPS selon l'EDE a été établie à 4,5 et plus. À ce seuil, 56,4 % des femmes avec HB présentaient une IEPS clinique. Aussi, ces femmes ont montré une atteinte au fonctionnement psychosocial et un plus haut niveau de psychopathologie en général en comparaison avec le groupe contrôle. Ainsi, les auteurs suggèrent l'IEPS comme spécificateur du diagnostic puisqu'il pourrait s'agir d'un marqueur de détresse.

D'autres suggèrent aussi l'IEPS comme un élément pouvant spécifier le type d'HB ou comme un indicateur de la gravité de l'HB puisque comme critère diagnostique, il y aurait trop d'individus qui ne répondraient pas aux critères diagnostiques (Grilo, Crosby et al., 2009). Dans leur étude comparant un groupe de 324 sujets avec HB à 112 boulimiques (61 diagnostics et 51 sous-diagnostics), 60% des sujets avec HB présentaient une IEPS versus 95,0% des boulimiques et 86,0% des sujets avec un sous-diagnostic de boulimie. Tout de même, lorsque les différentes dimensions du EDE étaient considérées, les sujets avec HB et présentant une IEPS clinique, démontraient une préoccupation significativement plus élevée par rapport à l'alimentation, au poids et à la silhouette en comparaison avec les boulimiques et les individus avec HB présentant une IEPS sous-clinique. Notons qu'il n'y avait pas de relation significative établie entre l'IMC et l'IEPS dans cette étude.

Trois groupes de comparaison ont été formés dans une autre recherche : 92 sujets avec un diagnostic d'HB et présentant une IEPS clinique, 73 sujets avec HB et une IEPS sous-clinique et 45 individus sans HB (Grilo et al., 2008). Tous présentaient de l'embonpoint. Les sujets hyperphagiques boulimiques avec une IEPS clinique présentaient une plus grande préoccupation par rapport à la silhouette, au poids et à l'alimentation (EDE), plus de symptômes dépressifs (BDI) et une plus grande

pathologie reliée à l'alimentation. Cela a pu être observé malgré le fait qu'il n'y avait pas de différence significative en termes d'IMC, de fréquence de crises de boulimie ou de comportements alimentaires entre les deux groupes d'HB. Les auteurs suggèrent aussi de considérer l'IEPS comme un spécificateur de l'HB (permettant de caractériser l'HB) plutôt que comme un critère diagnostique, car ceci exclurait trop de sujets en détresse.

Puis, l'IEPS a été révélée comme significative cliniquement chez 68,0% des sujets d'un échantillon multicentrique (Grilo, White, & Masheb, 2012). Cet échantillon était constitué de 142 (74,0% femmes) obèses en quête d'un traitement en soin de santé primaire et qui avait eu un diagnostic d'HB. Ce sous-groupe a démontré significativement plus de préoccupations par rapport à l'alimentation, au poids, à la silhouette (EDE), plus d'affects négatifs et une moins bonne estime de soi en comparaison avec le groupe n'ayant pas une IEPS clinique, et ce, malgré l'absence de différence significative en termes d'IMC et d'ethnie. Les auteurs considèrent aussi l'IEPS comme un spécificateur donnant plus d'idée sur la sévérité de l'atteinte de l'HB.

iii. Manifestations comportementales

Des manifestations comportementales possibles de l'IEPS sont la vérification corporelle répétitive (pincement, mesures de certaines parties) et l'évitement corporel (évitement de vêtements moulants, évitement de se regarder dans le miroir).

Une étude a permis de corrélérer positivement et significativement ces comportements avec l'IEPS (Reas, Grilo, Masheb, & Wilson, 2005). Ce sont 377 adultes en embonpoint en quête d'un traitement et qui répondent aux critères de l'HB (78,8 % femmes), qui ont participé. Le BSQ a été utilisé et a permis de montrer que 57,4% ont recours aux pincements et 53,8% évitent les vêtements moulants. Ces résultats étaient davantage significatifs chez les femmes et il n'y avait pas de corrélation entre ces comportements et le poids. Notons que la vérification et l'évitement ont été considérés à l'aide d'une seule question chacun et donc qu'une sous-estimation de ces résultats est possible.

Dans le même ordre d'idée, une étude a été effectuée auprès de 73 sujets (69,8% femmes) obèses en quête d'un traitement et avec un diagnostic d'HB (Reas et al., 2005). Le *Body Checking Questionnaire*, un questionnaire autorapporté qui évalue les comportements en lien avec l'apparence générale et certaines parties spécifiques du corps a été utilisé (Reas, Whisenhunt, Netemeyer, & Williamson, 2002). Les femmes démontraient significativement plus de comportements de vérification. D'ailleurs, les femmes plus jeunes et avec un IMC plus bas auraient tendance à faire plus de vérification corporelle. Aussi, toujours pour les femmes, la dépression et l'estime de soi ont été associées significativement avec le score total du questionnaire. Notons toutefois qu'il n'y avait pas de groupe contrôle, ce qui constitue une limite de l'étude.

En résumé, l'insatisfaction corporelle et l'IEPS sont bien présentes chez les individus souffrant d'HB et ce, indépendamment de l'IMC. En général, l'IEPS est associée à une plus grande problématique par rapport à l'alimentation, plus de symptômes dépressifs et une plus faible estime de soi. On observe aussi des comportements de vérification et d'évitement en lien avec l'IEPS. La plupart des chercheurs semblent d'accord pour dire que l'IEPS devrait être considéré pour caractériser l'HB et non comme un élément de diagnostic supplémentaire. Ainsi, cet enjeu se doit d'être considéré dans le traitement de l'HB.

2.2.6 Constats généraux sur l'hyperphagie boulimique

L'HB est un TCA dont la prévalence est plus importante que pour l'anorexie mentale et la boulimie. De plus, on remarque une prévalence encore plus élevée chez les individus obèses en quête d'une perte de poids. D'ailleurs, l'obésité constituerait la principale comorbidité en lien avec l'HB (Grilo & Mitchell, 2010). Plusieurs autres conséquences de l'HB sont aussi répertoriées dans la littérature. Parmi celles-ci, notons une qualité de vie altérée, des symptômes dépressifs qui ne seraient uniquement pas reliés à l'obésité ainsi qu'une insatisfaction corporelle et une IEPS, indépendamment de l'IMC. Ces constats justifient amplement la nécessité de trouver des traitements adaptés à l'HB.

2.3 Les traitements

Que ce soit en groupe ou en individuel, la majorité des traitements pour l'HB sont offerts en clinique externe. Différents traitements psychologiques tels la TCC, la thérapie interpersonnelle (*Interpersonal Therapy* : IPT), la thérapie comportementale dialectique (*Dialectical Behavior Therapy* : DBT), des interventions comportementales visant une perte de poids (*Behavioral weight loss* : BWL), la pharmacothérapie et même des combinaisons de thérapies ont été étudiés (Grilo & Mitchell, 2010). Puisque les données empiriques pour ces interventions ont été basées principalement sur des essais cliniques menés dans des centres de recherche spécialisés, leur efficacité en pratique clinique courante demeure moins bien connue. Également, des traitements diététiques, la méditation en pleine conscience, et les thérapies de type « *Self-Help* » ont été étudiés. Cependant, les traitements basés sur des données probantes demeurent la meilleure approche pour gérer l'HB.

Afin de guider le lecteur, le tableau 2 présente les différents instruments de mesure utilisés dans les études recensées sur les traitements de l'HB.

Tableau 2 : Synthèse des instruments de mesure utilisés pour les différentes variables dans les études recensées.

Variabes	Instruments	Références
Qualité de vie	<i>Sheehan Disability Scale</i>	Leon et al., 1997
	<i>Medical Outcomes Study Short Form-20 Health Survey</i>	Stewart et al., 1988
	<i>Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey (SF-36)</i>	Ware & Sherbourne, 1992
	<i>Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)</i>	Kolotkin, 2002
Dépression	<i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i>	Spitzer et al., 1999
	<i>Structured Clinical Interview for DSM – IV (SCID)</i>	First et al., 1997
	<i>Depression full scale of the Personality Assessment Inventory</i>	Morey, 1991
	Inventaire de Beck pour la Dépression (BDI)	Beck et al., 1961
	<i>Hospital Anxiety and Depression scale (HADD)</i>	Snaith et Zigmond, 1986
	<i>Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)</i>	Hamilton, 1960
	<i>Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report score</i>	Rush et al., 1986
	<i>Center for Epidemiological Studies-Depression Scale</i>	Radloff, 1977
Image corporelle	<i>Eating Disorder Examination (EDE)</i>	Grilo et al., 2004
	<i>Body Shape Questionnaire (BSQ)</i>	Cooper et al., 1987
	<i>Body Checking Questionnaire,</i>	Reas et al., 2002
	Expérimentation cognitive standardisée et expérimentation standardisée de l'exposition au corps	Hilbert et al., 2004
	<i>Ben-Tovim Walker Body Attitude Questionnaire</i>	Ben Tovim & Walker, 1991
	<i>Body Attitude Test</i>	Probst et al., 1995
	<i>Body Satisfaction Scale</i>	Slade et al., 1990
	<i>Body Image Avoidance Questionnaire</i>	Rosen et al., 1991
	<i>Contour Drawing Rating Scale</i>	Thompson & Gray, 1995
Fréquence des crises de boulimie	Rappel des sept derniers jours	-
	<i>EDE</i>	Grilo et al., 2004
	<i>Eating Behavior IV</i>	Mitchell et al, 1985
	<i>Eating Disorder Inventory-3</i>	Garner, 2004
	Journal alimentaire	-
Sévérité des crises de boulimie	Binge Eating Scale	Gormally et al., 1982
Estime de soi	<i>Rosenberg Self-Estimate Questionnaire (RSEQ)</i>	Rosenberg, 1979
	<i>Texas Social Behavior Inventory</i>	Helmreich & Stapp, 1974
Problématique alimentaire	<i>EDE</i>	Grilo et al., 2004

2.3.1 Thérapie interpersonnelle

On compte parmi les psychothérapies spécialisées, la thérapie interpersonnelle. Cette thérapie, qui aborde les problèmes interpersonnels, aurait démontré une amélioration à court et à long terme des symptômes de l'HB ainsi que pour les problèmes psychosociaux reliés, et ce, au même titre que la TCC (Wilfley et al., 2002). Il y a des données probantes démontrant que l'IPT permet d'observer des résultats supérieurs, en comparaison à une liste d'attente, en termes de taux de rémission (ne répond plus aux critères diagnostiques de l'HB) et de fréquence des épisodes d'HB. Toutefois, les évidences sont limitées pour les résultats concernant les scores de la dépression (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

2.3.2 *Thérapie comportementale dialectique*

La DBT mise sur la régulation des émotions. Il y a des données probantes démontrant que la DBT permet d'observer des résultats supérieurs, en comparaison à une liste d'attente, en termes de taux de rémission. Toutefois, ce n'est pas le cas pour la fréquence des épisodes d'HB (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Une étude comparant une intervention de groupe basée sur la DBT à une liste d'attente a permis d'observer une abstinence en termes de crises de boulimie chez 89% des participantes après 16 semaines d'intervention (Telch, Agras, & Linehan, 2001). Toutefois, le taux d'abstinence avait diminué à 56,0% à l'évaluation six mois après l'intervention. De plus, il n'a pas pu être démontré que la DBT permettait de réduire les états affectifs négatifs, ou encore d'améliorer la régulation des humeurs négatives.

2.3.3 *Perte de poids comportementale*

Les interventions de type BWL ont été étudiées dans le traitement de l'HB étant donné les taux élevés de surpoids et d'obésité chez les individus atteints. Ces interventions visent une perte de poids plutôt que la diminution de la fréquence des épisodes d'HB ou les enjeux psychopathologiques reliés tels la qualité de vie, la dépression, etc., ce qui n'est pas cohérent avec une approche qui considère la personne dans sa globalité, avec ses caractéristiques biopsychosociales.

Tout de même, un programme de BWL incluant une restriction calorique modérée (1200 à 1500 kcal par jour) de six mois a été comparé à une TCC d'une même durée ainsi qu'à une liste d'attente auprès de 155 femmes obèses souffrant d'HB (Marcus & Levine, 2004). À l'évaluation post-intervention et au suivi après un an, une amélioration a pu être démontrée pour les deux thérapies par rapport aux crises de boulimie et à la psychopathologie associée à l'HB. La perte de poids était significative chez les femmes ayant suivi le programme de BWL, mais la reprise de poids notée au suivi après un an, était aussi considérable. Ceci signifierait que l'efficacité à plus long terme d'un tel programme serait moindre. Bref, davantage de recherches sur le BWL en tant que traitement pour les sujets obèses souffrant d'HB, sont nécessaires.

2.3.4 Pharmacothérapie

Plusieurs classes de médicaments, incluant les antidépresseurs, les anticonvulsivants et les supprimeurs d'appétit, ont été suggérées dans la littérature pour le traitement de l'HB, mais les données probantes demeurent très limitées (National Institute for Clinical Excellence, 2004). La *Sibutramine*, le *Topiramate*, la *Fluoxetine*, la *Fluvoxamine*, la *Sertraline*, l'*Imipramine*, la *Desipramine* et l'*Orlistat* sont des exemples de médication étudiée dans le traitement de l'HB (Flament, Bissada, & Spettigue, 2012; Reas & Grilo, 2008). Il y a des évidences qui suggèrent que les traitements pharmacologiques mèneraient à une rémission à court terme de l'HB et à une légère perte de poids par rapport aux placebos (Reas & Grilo, 2008). Il est néanmoins important de considérer que les essais cliniques existants sont de courte durée et que les bénéfices à long terme suite à l'arrêt de la médication ne sont pas connus (Grilo & Mitchell, 2010). De plus, il ne faut pas négliger les effets secondaires que peut entraîner la prise de médication ainsi que les problèmes d'assiduité quant à la prise des médicaments. Aussi, davantage d'études sont nécessaires pour évaluer les effets de la médication sur le poids à plus long terme suite au traitement, afin d'évaluer si la perte de poids persiste suite à l'arrêt de la prise de médication (Grilo et Mitchell, 2010 & Reas et Grilo, 2008).

2.3.5 Combinaisons de traitements

Une autre approche constitue la combinaison d'interventions psychothérapeutiques et pharmacologiques. Encore une fois, les études sur le sujet ne permettent pas de connaître les effets à long terme, certains résultats permettent de croire qu'il pourrait s'agir d'une approche intéressante lorsque l'obésité fait partie des enjeux du patient (Grilo & Mitchell, 2010).

2.3.6 Traitement diététique

Des diètes réduites en calories sont étudiées pour le traitement de l'HB et l'obésité concomitante. Typiquement, elles sont réalisées avec surveillance médicale puisqu'elles peuvent fournir aussi peu que 800 calories par jour. Elles comprennent souvent un programme de gestion de poids incluant des interventions comportementales et de l'éducation nutritionnelle. En moyenne, des pertes de poids considérables seraient observées, tout comme une diminution des crises de boulimie, mais le regain de poids est fréquent (Wonderlich, de Zwaan, Mitchell, Peterson, & Crow, 2003).

2.3.7 Méditation en pleine conscience

La méditation en pleine conscience est une approche relativement récente dans le traitement de l'HB. Basée sur la philosophie bouddhiste, la pleine conscience consiste à porter attention de façon particulière au moment présent dans une attitude d'acceptation et de non-jugement (Kabat-Zinn, 2003). Cette approche se serait révélée pertinente pour améliorer la régulation des émotions, la dépression, l'anxiété, l'estime de soi et la qualité de vie, éléments souvent affectés en présence d'un TCA (Woolhouse et al., 2012). Aussi, la méditation pourrait modifier les processus déréglés chez les individus souffrant d'HB en améliorant la capacité émotionnelle et physiologique à réagir, en permettant une meilleure conscience des signaux physiologiques et donc, à être plus attentif au signal de la satiété, à mieux s'accepter et à faciliter le changement thérapeutique (Kristeller & Hallett, 1999). Des apprentissages en ce qui a trait aux techniques de méditation en pleine conscience, le

fait de manger en pleine conscience ou encore des méditations qui s'intègrent au quotidien sont généralement proposés en lien avec l'HB.

Diverses interventions incluant de la pleine conscience pour le traitement des TCA démontrent leur efficacité, que ce soit par le biais de la DBT, du *Minfulness-based cognitive therapy* (MBCT), de l'*Acceptance and commitment therapy* ou du *Mindfulness-based eating awareness training* (MB-EAT) (Baer, Fischer, & Huss, 2005).

Ainsi, une étude exploratoire réalisée aux États-Unis, auprès de 18 femmes souffrant d'HB a proposé une intervention de six semaines basée sur la méditation, soit le MB-EAT (Kristeller & Hallett, 1999). Au terme de l'intervention, le nombre d'épisodes d'HB a diminué significativement tout comme la sévérité des épisodes d'HB, la dépression et l'anxiété. Les niveaux perçus de contrôles alimentaires, le sens de la pleine conscience et la conscience des signaux de faim et de satiété ont augmenté significativement. Par contre, aucun changement concernant le poids n'a été observé. Les résultats de cette étude sont à interpréter avec précaution étant donné la nature exploratoire de la recherche, le petit échantillon, l'absence de randomisation et de suivi à plus long terme. Il est tout de même possible de croire que la médiation en pleine conscience pourrait avoir des impacts positifs sur les symptômes reliés à l'HB.

Une autre étude-pilote a adapté une intervention basée sur le MBCT pour l'HB, c'est-à-dire une intervention qui privilégie la pratique intense de méditation sous diverses formes (Baer et al., 2005). La recherche a été réalisée auprès de dix femmes dont six répondaient aux critères du DSM-IV pour l'HB et quatre qui répondaient à tous les critères sauf celui de la fréquence des crises de boulimie. Six sujets ont complété le traitement de dix semaines ainsi que les évaluations. La fréquence et la sévérité des crises de boulimie objectives ont diminué pour toutes les participantes. Les crises de boulimie subjectives ont toutefois augmenté. La restriction et les préoccupations par rapport à la silhouette ont été améliorées au terme de l'intervention quoique toujours sous les seuils normaux. La préoccupation alimentaire s'est améliorée pour se retrouver dans des valeurs normales. Toutefois, les scores pour la préoccupation par rapport au poids ont augmenté légèrement. Puis, pour cinq femmes

parmi les participantes ayant complété le traitement, le score de la dépression a chuté sous le seuil minimal. Une plus grande attention par rapport aux pensées, aux sentiments, aux sensations et aux perceptions a aussi été observée. Bref, malgré la taille d'échantillon minime, des résultats intéressants ont été observés laissant croire au MBCT comme une approche prometteuse.

Dans l'étude exploratoire de Woodhouse et al. (2012) abordée plus tôt, la pleine conscience a été nommée au deuxième rang parmi les éléments les plus aidants pour les participantes, le premier étant le groupe. Dans le même sens, les analyses quantitatives mettent en évidence le changement dans la façon dont les participantes se perçoivent, une augmentation de leur qualité de vie, une amélioration de leur capacité à réguler leurs émotions, le fait d'être davantage dans le moment présent, le fait de passer de l'évitement à la conscience, et le gain de contrôle sur leur vie.

Ainsi, la méditation en pleine conscience n'a été étudiée que par le biais des études exploratoires jusqu'à maintenant, limitant la portée des résultats. Malgré tout, notons les effets positifs qui ressortent des interventions basées sur la pleine conscience ou encore, qui l'ajoutent à des programmes mieux connus. Il semble s'agir d'une avenue prometteuse en lien avec l'HB.

2.3.8 « *Self-help* »

Plusieurs études ont démontré les bienfaits des programmes de type « *self-help* » en comparaison avec des listes d'attente (Grilo & Mitchell, 2010). Ce type de programme comporte un manuel pour le participant dans lequel des lectures et des exercices sont suggérés. Pour les programmes guidés, un thérapeute accompagne le patient dans l'accomplissement de sa démarche de type « *self-help* ». Il est recommandé dans les lignes directrices du National Institute for Clinical Excellence que les patients avec HB soient encouragés à essayer les programmes de type « *self-help* » basés sur la TCC et ayant démontré une efficacité (National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Un essai de 12 semaines, réalisé aux États-Unis, auprès de 90 sujets obèses souffrant d'HB a trouvé qu'un programme guidé de « self-help » basé sur la TCC était significativement supérieur à un programme du même type, mais basé sur la BWL et à un groupe contrôle. Entre autres, un taux de rémission (absence de crises de boulimie dans les 28 derniers jours) supérieur (46,0%) a été observé pour la TCC en comparaison avec la BWL (18,4%) et le groupe contrôle (13,3%). Toutefois, pour les trois conditions, il n'y a pas eu de perte de poids significative.

Aussi, avec la technologie grandissante, d'autres alternatives aux manuels, telles que des interventions sur Internet ou sur *CD-ROM*, font aussi leur apparition. Ce type de programme peut être intéressant entre autres pour les individus en attente de services, tout en étant une solution peu coûteuse.

2.3.9 La thérapie cognitivo-comportementale

2.3.9.1 Généralités

La TCC, issue de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive constitue une approche structurée dans laquelle les problèmes sont ciblés. L'approche cognitivo-comportementale serait le système de psychothérapie le mieux étudié en recherche (Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008). D'ailleurs, elle se serait avérée plus efficace par rapport à d'autres types de thérapie ou à des listes d'attente (groupes contrôle) dans bien des domaines, dont entre autres, le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété généralisée, l'insomnie, la dépression majeure, ainsi que la boulimie. Plusieurs guides de pratique tel ceux de *l'American Psychiatric Association*, le *National Institute of Mental Health*, *Cochrane Library*, etc. ont classé la TCC comme une approche thérapeutique efficace pour diverses pathologies, dont l'anorexie mentale et la boulimie.

2.3.9.2 La thérapie cognitivo-comportementale pour l'HB

La TCC, dispensée en individuel ou en groupe, est reconnue comme le traitement de choix pour l'HB (National Institute for Clinical Excellence, 2004; Wilson et al., 2007). Il y a des données probantes démontrant que la TCC permet d'observer des résultats supérieurs, en comparaison à une liste d'attente, en termes de taux de

rémission et de fréquence des crises de boulimie (National Institute for Clinical Excellence, 2004). La TCC permettrait des taux de rémission supérieurs à la BWL et serait associée à une amélioration des comportements et des problématiques alimentaires reliées à l'HB. Des hauts taux de complétion du programme soit d'environ 80% ainsi que des taux de rémission considérables, en moyenne de 50,0%, une amélioration des symptômes dépressifs et du fonctionnement psychosocial ont été remarqués pour la TCC (Wilson et al., 2007). Toutefois, ce type de thérapie ne permet généralement pas de perte de poids, malgré la forte tendance d'obésité chez la clientèle souffrant d'HB.

Dans le cadre de cette recension des écrits, seules les études portant sur la TCC dispensée en groupe auprès de sujets souffrant d'HB ont été considérées. Un tableau résumé des études présentées dans la section suivante est disponible en Annexe 2.

i. Effets sur la fréquence des crises de boulimie

La fréquence des crises de boulimie est mesurée soit par le nombre de crises de boulimie ou encore en nombre de jours comportant des épisodes. Cette mesure peut se faire par le biais d'un rappel des sept derniers jours, du EDE qui estime le nombre de crises dans les 28 derniers jours, du *Eating Behavior IV* (Mitchell, Hatsukami, Eckert, & Pyle, 1985), du *Eating Disorder Inventory-3* (Garner, 2004) ou d'un journal alimentaire qui permettent d'évaluer la fréquence des crises par semaine. Dans certaines études, entre autres celles utilisant le EDE, une distinction est faite entre les crises de boulimie objectives (consommation de quantités anormalement grandes accompagnées d'une perte de contrôle, tel que considéré pour le diagnostic de l'HB) et celles subjectives (ne sont pas constituées d'une quantité exagérée de nourriture, mais une perte de contrôle est rapportée) (Fairburn & Wilson, 1993). Le taux d'abstinence est également une mesure utilisée lorsqu'il est question de fréquence de crises de boulimie.

a) Rappel des sept derniers jours

L'étude réalisée par une nutritionniste en Colombie-Britannique auprès de 21 femmes obèses souffrant de crises de boulimie portait sur un programme d'intervention de groupe, qui visait à réduire leurs problèmes de faible estime de soi, d'image corporelle négative, de dépression et de détresse psychologique en général (Shelley-Ummenhofer, 2001). Cette étude randomisée et contrôlée proposait un programme de six séances hebdomadaires de 90 minutes basées sur la TCC, en comparaison avec un groupe contrôle constitué de femmes sur une liste d'attente recevant l'intervention par la suite. La fréquence des crises de boulimie, mesurée selon un rappel des sept derniers jours, a diminué significativement, soit de 3,85 crises ($p < 0,003$) correspondant à une diminution de 59,0%, alors que la diminution de 26,0% pour la liste d'attente n'était pas significative. Au terme de l'intervention, cinq femmes étaient abstinentes de crises de boulimie, soit 38,5% des sujets dans le groupe traitement. Notons toutefois la taille réduite de l'échantillon, la courte durée de l'intervention et l'absence de suivi à long terme dans cette étude. Puis, aucun diagnostic d'HB n'était posé, limitant la généralisation de ces résultats à des sujets souffrant d'HB.

Le nombre de jours comportant des crises de boulimie dans les sept derniers jours constituait une variable à l'étude dans une recherche brésilienne incluant 21 sujets (85,7% femmes) recrutés dans une clinique externe pour le traitement des TCA (Duchesne et al., 2007). Un diagnostic était posé selon les critères du DSM-IV, à l'aide de la *SCID Axis I Disorders* et les sujets devaient aussi obtenir un score supérieur à 17 au BES, correspondant à une sévérité significative pour ce questionnaire mesurant la sévérité des crises de boulimie. Le programme comportait 19 sessions de 90 minutes étalées sur 22 semaines. La fréquence moyenne des crises de boulimie a diminué de 1,4 crise dans les sept derniers jours ($p < 0,001$), résultant en une différence significative. Quelques limites de cette étude se doivent d'être soulevées, telles le nombre restreint de sujets, l'absence de groupe contrôle et de suivi à long terme.

Dans une étude américaine, une brève TCC en groupe, d'une durée de quatre séances hebdomadaires de 90 minutes, a été testée auprès de 243 patients (82,0% femmes) en attente d'une chirurgie bariatrique (Ashton, Drerup, Windover, &

Heinberg, 2009). Les patients du centre médical qui obtenaient un score significatif au BES, qui répondaient aux critères diagnostiques de l'HB ou qui présentaient des comportements hyperphagiques devaient participer aux séances avant leur chirurgie. Une diminution significative du nombre moyen de 1,66 crise de boulimie dans les sept derniers jours, évaluée à l'aide d'un journal alimentaire, a été observée ($p < 0.001$). D'ailleurs, ce sont 37,8 % des participants qui étaient abstinents de crises de boulimie dans les sept derniers jours. Cette étude est intéressante puisqu'elle a permis de voir une diminution des symptômes malgré sa courte durée, et ce, chez un nombre élevé de sujets. De plus, notons la nécessité clinique de venir en aide aux sujets présentant des comportements hyperphagiques préalablement à une chirurgie bariatrique. Toutefois, vu l'échantillon utilisé, c'est-à-dire des sujets ne répondant pas nécessairement à tous les critères de l'HB et en attente d'une chirurgie bariatrique, la généralisation des résultats à d'autres populations est limitée. L'absence de groupe contrôle et le fait que les patients inclus dans l'étude ont pu présenter une motivation à travailler sur leurs comportements alimentaires en lien avec la chirurgie à venir ou encore, qu'ils ont pu minimiser leurs symptômes dans l'optique d'être un meilleur candidat à la chirurgie, se doivent d'être considérés comme limites de cette étude.

Une étude visait à tester une psychothérapie de groupe interpersonnelle et psychodynamique ainsi qu'à examiner les niveaux d'insécurité liés à l'attachement chez les sujets. Ceci se faisait en comparaison à une TCC de groupe et à un groupe contrôle (Tasca et al., 2006). Au total, 135 sujets (91,1% femmes) répondant aux critères diagnostiques de l'HB selon le DSM-IV ont été randomisés dans un des trois groupes pour 16 séances d'intervention. Les deux groupes traitement ont démontré des changements positifs pour le nombre de jours avec des crises de boulimie dans les sept derniers jours suite à l'intervention et les changements se sont maintenus après 12 mois. Une diminution moyenne de 3,4 jours a été observée pour le groupe recevant la TCC. En post-traitement, 86,5% de sujets rapportaient moins de deux journées avec des crises de boulimie versus 75,7 % pour la psychothérapie et 12,1% pour le groupe contrôle.

b) Nombre de crises de boulimie dans les 28 derniers jours (EDE)

Dans une étude de plus grande envergure, réalisée auprès de 259 sujets (87,6% femmes) répondant aux critères diagnostiques de l'HB, trois formats de TCC ont été comparés à une liste d'attente (groupe contrôle) (Peterson, Mitchell, Crow, Crosby, & Wonderlich, 2009). Ainsi, les sujets étaient randomisés dans un des trois groupes traitements et recevaient ainsi soit une TCC de type « *self-help* » dans laquelle une vidéo pré enregistrée était utilisée, soit une TCC « assistée » dans laquelle une vidéo pré enregistrée était aussi utilisée, mais un thérapeute animait la discussion en groupe, soit une TCC animée par un thérapeute ou encore, une liste d'attente. Les 15 séances de TCC, d'une durée de 80 minutes, étaient dispensées sur 20 semaines dans tous les groupes. Les interventions effectuées via la vidéo ou par le thérapeute étaient de nature comportementales et cognitives pour les premières séances, alors que la résolution de problème, la gestion du stress et l'image corporelle étaient abordées par la suite, et pour terminer, la prévention des rechutes constituait les dernières séances. Une évaluation des différentes mesures à l'étude a été réalisée avant et après l'intervention ainsi que six et douze mois après la fin du programme. Il n'y a pas d'analyses statistiques intragroupes ayant été menées pour la fréquence des crises de boulimie, ce qui constitue une limite du point de vue des analyses. Toutefois, notons qu'immédiatement après l'intervention, le nombre de jours avec des crises de boulimie dans les 28 derniers jours a diminué de 11,6 jours et que le nombre d'épisodes a aussi diminué de 18,3 épisodes dans les 28 derniers jours pour le groupe animé, ces résultats étant significativement supérieurs à la liste d'attente et au groupe « *self-help* » ($p < 0,008$). Aussi, une diminution de 6,8 jours et 12,2 épisodes ainsi que 8,8 jours et 10,5 épisodes a été observée pour le groupe assisté, et le groupe « *self-help* » respectivement. Pour les suivis à plus long terme, il n'y avait pas de différence entre les groupes traitement en termes de fréquences de crise de boulimie. De plus, il n'y a pas eu de groupe contrôle utilisé pour comparer les résultats à long terme, l'interprétation des résultats s'en voit donc limitée.

L'efficacité d'une TCC composée de huit séances de groupe de 90 minutes suivies de cinq séances « booster » à un, deux, trois, six et douze mois après

l'intervention a été testée auprès de 36 femmes répondant aux critères diagnostiques de l'HB, en comparaison avec une liste d'attente (groupe contrôle) (Schlup, Munsch, Meyer, Margraf, & Wilhelm, 2009). Les séances « booster » avaient pour objectif de consolider les changements de comportement par la pratique et le renforcement des stratégies développées durant la phase active du traitement. Le taux d'abstinence, en termes de crises de boulimie dans les 28 derniers jours, a augmenté à 39,0% suite à toutes les séances d'intervention versus 0,0% initialement, ce qui constitue une différence significative ($p < 0,008$). Aussi, la fréquence des crises de boulimie a diminué significativement. Le nombre de crises de boulimie objectives dans les 28 derniers jours a diminué en moyenne de 5,47 épisodes ($p < 0,009$) et les crises de boulimie dans les sept derniers jours ont diminué en moyenne de 1,58 crise ($p < 0,0004$). La taille restreinte de l'échantillon limite la portée des résultats. Toutefois, notons la présence d'un groupe contrôle constituant une force pour cette étude.

La fréquence des crises de boulimie objectives a diminué de 86%, correspondant à une diminution moyenne de 12,8 crises dans les 28 derniers jours, suite à une intervention de 15 séances de deux heures de TCC étalées sur 20 semaines (Dingemans et al., 2007). Cette diminution était significative ($p < 0,001$) tandis que pour le groupe contrôle, une diminution non significative de 11,0% (1,6 crises) a été observée. Aussi, ce sont 63% des sujets ayant reçu l'intervention qui étaient abstinents de crises de boulimie versus 18% chez le groupe témoin, résultant en une différence significative ($p < 0,001$). Cette étude a été réalisée auprès de 52 sujets (94,2% femmes) répondant aux critères diagnostiques de l'HB selon le DSM-IV recrutés dans des cliniques de traitement des TCA et par le biais d'annonces dans la communauté. Les auteurs jugent que le peu de critères d'exclusion fait en sorte que l'échantillon est représentatif de la population générale souffrant d'HB bien que l'échantillon était constitué presque exclusivement de femmes.

Wilfley *et al.* (Wilfley et al., 2002) ont comparé les effets d'une intervention de groupe basée sur la TCC à une intervention de groupe basée sur l'IPT. Dans les deux cas, les participants assistaient à 20 séances hebdomadaires de 90 minutes et à trois

séances individuelles. Une évaluation des différentes mesures avait lieu au départ, après l'intervention, puis quatre, huit et douze mois après la fin du programme. Au total, 162 sujets (82,7 % femmes) répondant aux critères de l'HB selon le DSM-IV ont été enrôlés. Les deux traitements ont montré une diminution significative des crises de boulimie au terme de l'intervention ($p < 0,001$), puis les résultats étaient variables lors des suivis. La TCC a permis de voir une diminution de 16,7 crises de boulimie dans les 28 derniers jours. Ainsi, en post-traitement, les crises de boulimie ont diminué de 96,0% pour la TCC et de 94,0% pour l'IPT. Puis, au suivi de 12 mois, les crises étaient réduites de 90,0% pour la TCC et 93,0% pour l'IPT en comparaison avec les fréquences initiales. Aussi, suite à l'intervention, 82,0% des participants à la TCC et 74% des participants à l'IPT étaient abstinents de crises de boulimie et après 12 mois, ces pourcentages ont diminué à 72,0% et 70,0%. Malgré la comparaison de deux types de traitements, la présence d'un groupe contrôle aurait apporté davantage de rigueur scientifique à cette recherche.

En Allemagne, une étude randomisée a comparé une TCC à un traitement de BWL ayant comme objectif une perte de poids modérée par le biais de techniques comportementales (Munsch, 2007). Les 80 sujets (88,8% femmes) étaient randomisés dans un des deux groupes pour recevoir les 16 séances hebdomadaires de 90 minutes, suivies de six séances mensuelles de 90 minutes. Une évaluation des différentes mesures a eu lieu en pré et en post-traitement ainsi que douze mois après la fin du programme. La fréquence des crises de boulimie était toutefois évaluée chaque semaine. Le nombre de crises de boulimie dans les 28 derniers jours a diminué significativement de 13,7 crises en moyenne, chez les sujets ayant complété la TCC ($p < 0,001$). Aussi, le taux d'abstinence, en termes de crises de boulimie, a augmenté significativement de 0,0 à 80,0% entre le pré et le post-traitement et jusqu'à 94,0% au suivi après 12 mois pour la TCC ($p < 0,001$). Ces résultats étaient supérieurs pour la TCC en comparaison avec l'IPT. Encore une fois, l'absence de groupe contrôle demeure une limite dans cette étude. Par contre, le suivi à long terme constitue une force.

Une autre étude allemande, cette fois-ci axée sur les interventions en lien avec l'image corporelle, a comparé deux types de TCC, une avec l'emphase sur l'exposition au corps et l'autre avec un focus sur la restructuration cognitive en lien avec l'image corporelle (Hilbert et al., 2012). Au total, 28 femmes, dont 71,4% répondaient aux critères de l'HB selon le DSM-IV et 28,6% ayant une crise de boulimie par semaine depuis les six derniers mois, ont participé. Elles étaient randomisées dans un des deux groupes et participaient ainsi à 22 séances de deux heures sur cinq mois dont quatre séances différaient selon la thérapie. L'intervention de base était constituée de trois modules : l'alimentation, l'image corporelle et le stress. Puis, la TCC mettant l'emphase sur l'exposition au corps proposait des exercices tels l'exposition au corps devant un miroir dans différentes conditions (vêtements moulants et normaux, différentes humeurs) et l'exposition à des situations évitées par rapport au corps. Quant à elle, la TCC avec un focus sur la restructuration cognitive en lien avec l'image corporelle proposait des exercices de restructuration cognitive par rapport aux croyances négatives reliées au corps. Une évaluation des différentes mesures a eu lieu avant et après l'intervention ainsi que quatre mois plus tard. Le nombre de crises de boulimie dans les 28 derniers jours a été évalué pour en faire une moyenne par semaine. Pour le groupe avec exposition, une diminution moyenne de 2,3 crises a été observée en post-traitement tandis que pour le groupe avec la restriction cognitive, la diminution moyenne était de 2,4 crises. Ces différences étaient statistiquement significatives dans le temps ($p < 0,001$). De plus, les symptômes de l'HB se sont améliorés à un degré inférieur à la signification clinique en post-traitement. Puis, au suivi après quatre mois, 58,3 % des sujets étaient abstinents de crises de boulimie depuis 28 jours. Bien qu'il y ait eu une randomisation dans cette étude, l'absence de groupe contrôle demeure une limite. Aussi, notons l'inclusion de sujets avec un sous-diagnostic alors que le DSM-IV était en vigueur et la taille de l'échantillon restreint qui peuvent limiter les résultats.

Dans un essai contrôlé randomisé, l'efficacité de la TCC, de la BWL et de la combinaison des deux au sein de 125 sujets répondant aux critères de l'HB selon le DSM-IV a été testée (Grilo, Masheb, Wilson, Gueorguieva, & White, 2011). Un total de 16 séances de 60 minutes sur 24 semaines était dispensé dans les groupes recevant

la TCC ou la BWL ou les deux. Pour le groupe recevant les deux types de thérapie, 16 séances de TCC étaient suivies de 16 séances de BWL. La fréquence des crises de boulimie était évaluée selon les 28 derniers jours au départ, après le traitement et aux suivis de six et douze mois. Une diminution moyenne de 13,4 crises dans le dernier mois a été observée pour le groupe ayant reçu la TCC en post-traitement et cette différence était significative dans le temps ($p < 0,003$). Il n'y avait pas de différence entre les trois groupes à ce temps de mesure, toutefois la TCC a montré des fréquences de crises de boulimie significativement inférieures aux suivis de six ($p < 0,009$) et douze mois ($p < 0,01$), en comparaison avec la BWL. Les taux d'abstinence en termes de crises de boulimie étaient de 44,4% pour la TCC au post-traitement, 51,1% après 6 mois et 12 mois. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. Une fois de plus, aucun groupe contrôle n'a été inclus dans cette étude. Bien que la présence de suivis à long terme pour les différentes mesures constitue une force, la collecte de résultats à ces moments a été faible, ce qui limite l'interprétation des données de suivi.

Une étude-pilote canadienne s'est intéressée à l'HB en concomitance avec le trouble d'abus de substances (Courbasson, Nishikawa, & Shapira, 2011). En effet, une intervention de pleine conscience basée sur la TCC (*Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy*) était donnée en 16 séances hebdomadaires de deux heures aux 38 sujets (78,9 % femmes) répondant aux critères du DSM-IV pour l'HB et présentant un trouble d'abus de substance. La fréquence des crises de boulimie dans les 28 derniers jours a été réduite de façon significative en post-traitement ($p < 0,02$), avec une différence moyenne de 11 crises. Comme il s'agit d'une étude-pilote novatrice, les limites trouvées tels le petit nombre de participants et l'absence de groupe contrôle ainsi que de suivi à plus long terme sont plus justifiables.

D'autres ont comparé les effets d'une TCC en groupe et en individuel auprès de 144 sujets répondant aux critères diagnostiques de l'HB répertoriés dans le DSM-IV ou encore, ayant un sous-diagnostic selon le DSM-IV (une crise de boulimie par semaine) (Ricca et al., 2010). Une randomisation a été effectuée pour la thérapie en groupe (N=62, 86,1% femmes) dispensée sur 22 semaines (20 séances de 60 minutes) ou la

thérapie individuelle (N=65, 90,3% femmes), sur 24 semaines (22 séances de 50 minutes). La fréquence des crises de boulimie était évaluée par le nombre de crises de par semaine à l'aide de l'EDE, puis a été rapporté sur un mois. Pour les deux groupes, le nombre de crises de boulimie a diminué, en moyenne, de quatre crises par mois suite au traitement, résultant en une diminution significative ($p<0,01$), et demeurant stable au suivi après trois ans. L'absence de groupe contrôle limite les résultats obtenus. Le suivi trois ans après la fin de l'intervention constitue toutefois un élément intéressant permettant d'évaluer les effets de l'intervention à long terme.

Puis, dans une autre étude réalisée en Allemagne, les effets d'un traitement multimodal, c'est-à-dire un programme de 15 séances de deux heures incluant de la TCC, des éléments de thérapie interpersonnelle et des conseils sur la nutrition et l'activité physique ont été évalués (Friederich et al., 2007). Parmi les 96 sujets (78,1 % femmes), 39 souffraient d'HB selon le DSM-IV, 19 présentaient un sous-diagnostic (ne rencontrait pas le critère de fréquence des épisodes d'HB ou de la quantité d'aliments consommés), puis 38 étaient obèses sans TCA. Au suivi après trois mois, moins de la moitié des participants avec un TCA rapportaient une abstinence complète de crises de boulimie dans le dernier mois, correspondant à 48,6% des sujets avec HB et 42,1% de ceux avec un sous-diagnostic. L'absence d'un groupe contrôle et l'hétérogénéité de l'échantillon de petite taille limite l'interprétation des résultats.

c) Nombre de crises de boulimie par semaine

Une étude américaine plus ancienne, mais pertinente a permis d'observer une diminution significative des épisodes d'HB chez 61 femmes souffrant d'HB, selon les critères du DSM-IV. En effet, trois types de traitement étaient comparés : une TCC traditionnelle, une TCC de type « *self-help* » partiel (vidéocassette et thérapeute pour discussion) et une TCC de type « *self-help* » pur (sans thérapeute) (Peterson et al., 1998). La vidéocassette présentait les mêmes interventions que le thérapeute dispensait dans la TCC traditionnelle, soit de la psychoéducation. Les symptômes de l'HB étaient ciblés dans la première phase du traitement, suivis de la résolution de problèmes et de la prévention des rechutes. Tous les traitements étaient dispensés en 14

séances de 60 minutes sur huit semaines. Une randomisation dans un des trois groupes ou sur une liste d'attente, constituant un groupe contrôle, était effectuée. Ainsi, une diminution significative de la fréquence des crises de boulimie dans les trois groupes en comparaison avec le groupe contrôle a été trouvée, sans aucune différence significative entre les groupes traitements. Plus précisément, dans le groupe ayant reçu la TCC traditionnelle, le nombre de jours par semaine avec des crises de boulimie a diminué de 2,7 jours ($p < 0,000$). Le *Eating Behavior-IV* a été utilisé pour mesurer la fréquence des crises par semaine, il s'agit d'un outil d'autosurveillance que les sujets devaient remplir pour enregistrer leurs apports alimentaires et leurs crises de boulimie (Mitchell, Hatsukami, Eckert, & Pyle, 1985). Les taux d'abstinence de crises de boulimie étaient significativement plus élevés dans les groupes traitement en comparaison avec la liste d'attente : 68,8% pour la TCC traditionnelle, 68,4 % pour la TCC de type « *self-help* » partiel, 86,7% TCC de type « *self-help* » pur et 12,5 % pour le groupe contrôle. L'échantillon relativement limité ainsi que l'absence de suivi à long terme sont à reprocher à cette étude.

Une étude exploratoire proposant un programme de thérapie de groupe incluant des notions de TCC et de la pleine conscience (voir section 2.3.8) a été réalisée auprès de 30 femmes ayant des crises de boulimie, dont 50,0% présentaient des symptômes de l'HB. Il s'agit du Mindful Moderate Eating Group Program (Woolhouse, Knowles, & Crafti, 2012). Une réduction considérable des épisodes d'HB, évalués à l'aide du *Eating Disorder Inventory-3* (Garner, 2004), a été notée. Après l'intervention, comportant dix séances hebdomadaires de trois heures et une séance de suivi trois mois plus tard, seulement 27,0% des participantes avaient plus de deux crises par semaine versus 14,0 % au suivi après trois mois en comparaison avec 80% des sujets au début de l'étude. Le petit nombre de sujets, le fait que l'échantillon ne soit pas exclusivement formé de sujets souffrant d'HB et l'absence d'un groupe contrôle ou même d'un groupe dispensant une TCC traditionnelle sont toutefois à considérer dans l'interprétation des résultats.

Une étude prospective a été réalisée à partir d'un programme de TCC en groupe déjà existant dans un centre en Belgique auprès de 56 sujets (86,0% femmes) souffrant

d'HB selon le DSM-IV (Vanderlinden et al., 2012). Des séances de groupe d'une journée (six heures) par semaine étaient dispensées sur 24 semaines avec la possibilité de poursuivre pour 24 semaines supplémentaires (durée moyenne de 29 semaines). La fréquence des crises de boulimie, évaluée par le nombre d'épisodes par semaine, a diminué en moyenne de 2,7 crises, résultant en une différence significative ($p < 0,000$). L'outil d'évaluation n'est toutefois pas précisé dans cette étude. Une évaluation à plus long terme était effectuée dans cette étude, soit entre un et cinq ans après l'intervention, ce qui a permis d'observer que la diminution de la fréquence s'est poursuivie, mais de façon moins prononcée.

Une diète très basse en calorie (fournissant 800 calories par jour) d'une durée de 14 semaines était suivie par 71 femmes obèses souffrant d'HB selon les critères du DSM-IV dans le cadre d'un essai clinique randomisé (de Zwaan, 2005). Un suivi médical était offert en supervision de la diète imposée qui comportait trois phases (six semaines de produits protéinés, six semaines de réintroduction des aliments et six semaines de stabilisation du poids). Puis, les sujets étaient randomisés dans un groupe recevant de la TCC en 10 séances hebdomadaires de 90 minutes ou encore, ne recevant pas de traitement supplémentaire. Des évaluations des différentes mesures avaient lieu après chaque phase du traitement ainsi que six et douze mois après la fin du programme. La fréquence des crises de boulimie était répertoriée à l'aide du journal alimentaire quotidien que devaient remplir les participants et du *Eating behavior-IV*. À la fin de la TCC, 58,3% des sujets étaient abstinents de crises de boulimie dans la dernière semaine, alors qu'à la fin de la période de diète, 83,3% de tous les sujets étaient abstinents de crises de boulimie. Comme la fréquence des crises de boulimie différait significativement dans les deux groupes initialement, cette mesure a été utilisée comme covariable dans les analyses statistiques, il n'y a donc pas de résultats divulgués précisément sur la fréquence. Comme mille dollars étaient chargés au participants pour couvrir le coût de la diète, les résultats de l'étude ne sont pas généralisables à la population générale souffrant d'HB, excluant par exemple, ceux qui n'auraient pas les moyens. Aussi, l'absence de groupe contrôle et de données pour les suivis à plus long terme est à questionner.

Une autre recherche a étudié une approche multithérapeutique, en combinant des traitements nutritionnel, psychologique et pharmacologique (Brambilla et al., 2009). Un échantillon limité de 30 femmes admises dans un centre pour TCA et répondant aux critères du DSM-IV était randomisé dans trois groupes. Le premier comportait une diète, une TCC hebdomadaire sur six mois, puis deux médicaments, soit la *Sertraline* (un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine) et le *Topiramate* (un antiépileptique). Le deuxième groupe était similaire au premier, à l'exception que seulement la *Sertraline* était prescrite. Puis, le troisième groupe recevait seulement la TCC et des conseils nutritionnels sans diète. La fréquence des crises de boulimie n'a diminué de façon significative que dans le premier groupe. Une réduction moyenne de 3,0 crises par semaine, après six mois de traitement, a été observée. Il est surprenant qu'aucune différence en termes de fréquence de crise de boulimie n'ait été observée pour les autres groupes suite à l'intervention d'une durée considérable, il est possible de croire que la médication ait eu un effet réducteur sur les crises de boulimie.

Puis, une étude plus novatrice a évalué la faisabilité et l'acceptabilité d'un traitement basé sur la TCC, offert sur CD-ROM, en comparaison avec une TCC traditionnelle et une liste d'attente faisant office de groupe contrôle (Shapiro et al., 2007). Au total, 66 participants (92,4% femmes) ont été enrôlés dont 69,8% répondaient aux critères de l'HB selon le DSM-IV et 30,2% rapportaient une fréquence de crises de boulimie moindre. Les participants étaient randomisés dans un des trois groupes. Le CD-ROM comportait un programme interactif de dix semaines, tandis que la TCC comportait dix séances hebdomadaires de 90 minutes. La fréquence des crises de boulimie était évaluée à l'aide de questions variées lors d'une entrevue. Lorsque le nombre de jours par semaine avec des crises de boulimie était comparé entre les groupes en post-traitement, il n'y avait pas de différence significative. Dans les groupes, le changement dans la fréquence des crises n'était pas significatif, mais une différence dans le temps a été montrée significative ($p < 0,04$) pour les groupes qui suivaient un traitement. Pour l'intervention par CD-ROM, 13,3 % et 12,5 % étaient abstinentes de crises de boulimie à l'évaluation post-traitement et au suivi après deux mois tandis que dans le groupe TCC, ce sont 7,7 % et 22,2% respectivement.

L'inclusion d'un groupe contrôle et d'un traitement traditionnel ainsi que la considération de la faisabilité et de l'acceptation d'un nouveau type de traitement pouvant rejoindre un plus grand nombre d'individus souffrant d'HB constituent des points forts de cette étude. À l'opposé, la taille restreinte de l'échantillon est une limite. Aussi, considérant l'évaluation de la fréquence des crises de boulimie, l'inclusion de sujets sous-diagnostiqués pour l'HB n'est pas idéale, en plus de limiter la généralisation des résultats aux individus souffrant d'HB.

Bref, que les sept ou les 28 derniers jours soient considérés, la fréquence des crises de boulimie diminue de façon significative suite à une TCC de groupe, tel que rapporté dans la grande majorité des études recensées et ce malgré une hétérogénéité marquée des modalités d'intervention. Ce type de thérapie semble efficace pour diminuer la fréquence de ces épisodes allant même jusqu'à l'abstinence. Les taux d'abstinence démontrent une plus grande variabilité, ce qui peut s'expliquer par le nombre de jours considérés sans symptômes. Toutefois, la fréquence des crises de boulimie ne donne pas d'indication quant à leur sévérité qui est une variable qu'il faut aussi considérer.

ii. Effets sur la sévérité des crises de boulimie

Le BES est l'instrument le plus fréquemment utilisé pour mesurer la sévérité des crises de boulimie et il a été validé chez une population de sujets obèses souffrant d'HB (Celio, Wilfley, Crow, Mitchell, & Walsh, 2004).

Dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), la sévérité des crises de boulimie a diminué significativement au terme de l'intervention de six semaines ($p < 0,0001$) alors que la liste d'attente (groupe contrôle) n'a pas démontré de changements significatifs. Concrètement, le score du BES a diminué de 15,2 pour le groupe traitement, ce qui a permis de montrer une différence significative avec le groupe contrôle ($p < 0,002$).

Similairement, le score moyen du BES a aussi diminué significativement de 15,4 dans l'étude de Duchesne et al. (2007) suite à la TCC de groupe ($p < 0,001$). Rappelons que l'échantillon se limitant à 21 sujets, ceci vient amoindrir la portée de ce résultat.

De façon moins considérable, une réduction de la sévérité de crises de boulimie a aussi été trouvée dans l'étude de Ricca et al. (2010). Le score du BES a diminué significativement de 4,5 suite au traitement ($p < 0,01$) et est demeuré stable au suivi après trois ans. Tel que mentionné précédemment, l'inclusion de sujets rapportant une fréquence de crises de boulimie inférieure à celle du critère du DSM-IV pour l'HB, a peut-être eu une incidence sur la sévérité des crises de boulimie observée. Cela pourrait expliquer la différence avec les études précédentes, entre autres.

Dans l'étude d'Ashton et al. (2009), réalisée chez des patients en attente d'une chirurgie bariatrique, la sévérité des crises de boulimie a aussi été évaluée. En fait, une diminution significative de 8,3 du score au BES a été observée suite aux quatre séances de TCC en groupe ($p < 0,001$). Suite à l'intervention, ce sont 69,7% des sujets qui cotaient dans l'intervalle de sévérité minimale, alors qu'initialement, seulement 30,8% se retrouvaient dans cette catégorie.

Une amélioration au BES durant le traitement actif ainsi qu'une dégradation durant les suivis a été observée dans l'étude de De Zwann et al. (2005).

Finalement, Peterson et al. (1998) ont aussi rapporté une différence significative aux résultats du BES ($p < 0,024$) suite à l'intervention pour les trois groupes à l'étude (une TCC traditionnelle, une TCC de type « *self-help* » partiel (vidéocassette et thérapeute pour discussion) et une TCC de type « *self-help* » pur (sans thérapeute)) en comparaison avec le groupe contrôle. Par contre, aucune différence significative entre les groupes traitements n'a été trouvée. Toutefois, aucun résultat précis par rapport au score n'est rapporté.

Bref, la sévérité des crises de boulimie semble diminuer significativement suite à la TCC. Toutefois, il y a moins de données disponibles dans la littérature pour cette mesure en comparaison avec la fréquence des crises de boulimie par exemple.

iii. Effets sur la qualité de vie et l'estime de soi

Peu d'études portant sur la TCC ont considéré la qualité de vie et l'estime de soi parmi les mesures pour évaluer les effets du programme.

Dans l'étude de Peterson et al. (2009), l'IWQOL-Lite a été utilisé pour mesurer la qualité de vie reliée au poids suite aux interventions. Il n'y a pas d'analyses statistiques intragroupes ayant été menées pour cette variable et seulement les résultats du score total sont présentés. Malgré les augmentations de 5,3 au score de l'IWQOL-Lite pour le groupe animé, de 6,5 pour le groupe assisté, puis de 5,3 pour le groupe « *self-help* » rapportées, les comparaisons avec la liste d'attente (groupe contrôle) n'ont pas permis d'identifier de différences significatives. L'estime de soi a aussi été mesurée à l'aide du *Rosenberg Self-Estimate Questionnaire* (RSEQ) (Rosenberg, 1979), mais il n'y a pas de résultats significatifs observés.

Le SF-36, mesurant la qualité de vie reliée à la santé, a été utilisé dans l'étude de Marchesini et al. (2002) pour laquelle les sujets étaient randomisés dans un groupe recevant la TCC ou sur une liste d'attente (groupe contrôle). Parmi les 92 sujets recevant la TCC composée de 12 séances hebdomadaires, 46 d'entre eux souffraient d'HB. Toutes les échelles du SF-36 se sont améliorées significativement à la fin du traitement pour le groupe traitement ($p < 0,001$) alors qu'elles sont demeurées inchangées pour le groupe contrôle. Ainsi, une différence significative a été trouvée entre les deux groupes au terme de l'intervention. Aussi, plusieurs échelles du SF-36 ne présentaient plus d'atteinte clinique en comparaison aux normes dans la population. Toutefois, ces résultats ne sont pas généralisables aux individus souffrant d'HB puisque seulement la moitié des sujets dans le groupe traitement souffraient d'HB.

Dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), le *Texas Social Behavior Inventory* (Helmreich & Stapp, 1974) a servi à mesurer l'estime de soi suite à

l'intervention réalisée par la nutritionniste. L'estime de soi a été significativement améliorée pour le groupe ayant reçu la TCC sur six semaines ($p < 0,01$) alors que le groupe contrôle ne présentait aucun changement. En fait, une augmentation de 5,16 au score du questionnaire a été rapportée et les deux groupes étaient significativement différents au terme de l'intervention ($p < 0,04$).

Wilfey et al. (2002) comparaient les effets d'une intervention de groupe basée sur la TCC à une intervention de groupe basée sur l'IPT. Les deux traitements ont montré une amélioration significative de l'estime de soi du pré au post traitement ($p < 0,001$). La TCC a amené une augmentation de 4,3 au score du RSEQ. Puis, au suivi de 12 mois, une diminution non significative a été rapportée. Rappelons que l'absence d'un groupe contrôle dans cette étude constitue une faiblesse.

Tout comme pour le BES, une amélioration de l'estime de soi, mesurée selon le RSEQ, durant le traitement actif ainsi qu'une dégradation durant les suivis a été observée dans l'étude de Zwann et al. (2005).

La RSEQ a aussi été utilisé dans une étude réalisée auprès de 36 femmes souffrant d'HB selon les critères du DSM-IV recrutées dans une unité de TCA en Italie (Riva, Bacchetta, Cesa, Conti, & Molinari, 2003). Trois types de traitements étaient testés soit une prescription de diète et d'activité physique, une thérapie cognitive expérientielle (ECT) ou encore, une TCC traditionnelle. Dans tous les cas, les sujets participaient à cinq séances de groupe sur la nutrition, puis une randomisation était effectuée pour répartir les femmes dans un des groupes traitement (15 séances sur six semaines) ou sur une liste d'attente (groupe contrôle). Une évaluation pré et post intervention était faite ainsi que six mois après la fin du programme. Une augmentation significative de l'estime de soi a pu être observée pour tous les groupes, sauf pour le groupe contrôle. Les auteurs suggèrent que le fait d'être impliqué dans un programme de réhabilitation, peu importe le contenu, permettrait d'améliorer l'estime de soi.

Malgré le moins grand répertoire d'études considérant la qualité de vie et l'estime de soi, il semblerait qu'une amélioration soit possible grâce à la TCC. La

grande variabilité dans le choix des instruments limite l'interprétation des résultats et plus d'études sont nécessaires.

iv. Effets sur les symptômes dépressifs

Parmi les études répertoriées, la majorité traite des effets de la TCC sur les symptômes dépressifs, il s'agit d'une mesure courante. Le BDI est sans aucun doute l'instrument le plus commun, quoique d'autres questionnaires soient parfois utilisés.

Dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), la TCC a permis une diminution de 14,4 du score au BDI résultant en une diminution significative des symptômes de la dépression suite aux six semaines du programme ($p < 0,0001$) alors que le groupe contrôle ne présentait aucun changement. Puis, les deux groupes étaient significativement différents au terme de l'intervention ($p < 0,01$).

Le score moyen du BDI a aussi diminué significativement de 11,4 dans l'étude de Duchesne et al. (2007) suite à la TCC de groupe ($p < 0,001$). Notons que 33,0% des 21 sujets inclus dans cette étude présentaient un trouble dépressif majeur et étaient traités à la *Fluoxetine*. Les résultats quant à l'amélioration significative des symptômes dépressifs sont donc à considérer avec prudence.

Dans l'étude de Vanderlinden et al. (2012), une diminution significative des symptômes dépressifs suite à la TCC a été également observée. Dans ce cas, il s'agit d'une diminution moyenne de 11 du score du BDI ($p < 0,0003$) entre le début et la fin du traitement et cette diminution s'est poursuivie par la suite ($p < 0,00$) jusqu'à atteindre des niveaux sous le seuil minimal de sévérité.

Dingemans et al. (2007) ont, quant à eux, observé une diminution moyenne de 9,3 au score du BDI pour le groupe ayant reçu la TCC et cette différence était significative ($p < 0,001$). Comme peu de critères d'exclusion ont été considérés dans cette étude, la prise de médication telle des antidépresseurs n'a pas été documentée. Par contre, l'évaluation initiale a permis de voir que 15,4% des sujets rapportaient un trouble de l'humeur au moment de l'étude, ce qui semble dans les normales pour un échantillon de sujets avec HB.

La moindre diminution moyenne de 1,86 du score du BDI suite à l'intervention de huit séances de groupe suivies de cinq séances « Booster » dans l'étude de Schulp et al. (2009) n'a pas été trouvée différente de celle du groupe contrôle. Toutefois, les analyses menées dans le temps, du début jusqu'au suivi 12 mois après la fin du programme, ont permis de noter une amélioration au final suggérant une amélioration à long terme des symptômes dépressifs.

Dans l'étude de Ricca et al. (2010), une réduction moyenne de 2,0 au score du BDI à la fin du traitement de groupe ainsi que de 1,0 entre le post-traitement et le suivi après 3 ans a été observée. Cette différence était significative ($p < 0,05$) indiquant une diminution des symptômes dépressifs suite à l'intervention ainsi qu'à plus long terme.

Munsch et al. (2007) rapportent une amélioration importante et significative des symptômes dépressifs, évalués avec le BDI, pour les deux conditions testées ($p < 0,001$), mais il n'y avait pas de différence entre le groupe recevant la TCC et la BWL. Pour le groupe ayant reçu la TCC, une réduction moyenne du score de 5,98 a été rapportée. Aucun critère d'exclusion n'est mentionné en lien avec la dépression ou la médication pour cette étude.

Dans une autre étude, les effets de l'ajout d'un volet nutritionnel et d'activité physique à une TCC sur la perte de poids et la psychopathologie ont été étudiés (Fossati et al., 2004). Une randomisation des 61 participantes, hyperphagiques boulimiques selon le DSM-IV, dans trois groupes, soit un groupe recevant la TCC, comportant 12 séances hebdomadaires de 90 minutes, un autre recevant la TCC et de l'éducation nutritionnelle, puis un autre recevant des recommandations par rapport à l'activité physique en plus. Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide du BDI et du *Hospital Anxiety and Depression scale* (HADD) (Snaith & Zigmond, 1986). Le BDI a permis de démontrer une amélioration significative du score chez les sujets ayant reçu la TCC avec une diminution de 3,0 au score ($p < 0,05$) et ceux ayant reçu l'éducation nutritionnelle et des recommandations d'activité physique avec une diminution de 4,0 au score ($p < 0,01$). Puis, le HADD, a aussi montré une amélioration de la dépression pour le groupe recevant la TCC et l'éducation nutritionnelle ($p < 0,01$)

ainsi que pour le groupe recevant les recommandations d'activité physique en plus ($p < 0,001$). La différence dans les résultats observés semble en lien avec les deux outils de mesure utilisés. Notons pour cette étude que bien que trois groupes d'intervention aient été testés, il n'y avait pas de groupe contrôle servant de comparaison et pas de suivi à plus long terme.

Dans l'étude de Hilbert et al. (2004), les résultats des deux groupes ont permis de voir une diminution significative des symptômes dépressifs, mesurés avec le BDI, du pré au post-traitement et du pré-traitement au suivi quatre mois après la fin de l'intervention, quoi que stables entre le post-traitement et le suivi. Le traitement mettant l'emphase sur l'exposition au corps a montré une diminution moyenne du score de 6,2 à la fin du traitement tandis que pour le traitement avec un focus sur la restructuration cognitive en lien avec l'image corporelle, une diminution de 3,3 a été trouvée. Rappelons toutefois la petite taille ($N=28$) de l'échantillon comme limite de cette étude.

Dans l'étude de Grilo et al. (2011), un effet significatif du temps pour les résultats au BDI a été montré. Toutefois, il n'y a pas de différence qui a été rapportée entre les trois groupes, soit la TCC, la BWL et la combinaison des deux traitements. Pour le groupe recevant la TCC, une diminution moyenne du score de 5,1 est rapportée entre le début et la fin du traitement. Notons que 40,0% à 46,7% des sujets souffraient de dépression majeure dans cette étude, ce qui a pu limiter les effets observés auprès de cet échantillon.

Les symptômes dépressifs ont également été réduits de façon significative dans l'étude-pilote de Courbasson et al. (2011). En fait, une diminution moyenne de 5,7 au score du BDI ($p < 0,01$) a été trouvée. Dans cette recherche, réalisée auprès de sujets avec des troubles d'abus de substance en concomitance avec l'HB, 41% des sujets étaient en dépression et 20,5%, avaient un trouble de personnalité dépressive. Ainsi, les résultats obtenus pour les symptômes dépressifs ne sont pas généralisables à tous les hyperphagiques boulimiques, compte tenu de la taille de l'échantillon limitée aussi ($N=38$).

Le *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) (Hamilton, 1960) ainsi que le BDI ont été utilisés par de Zwaan et al. (2005) pour évaluer les symptômes dépressifs

de leurs participantes. Pour ces deux variables, une amélioration durant le traitement actif ainsi qu'une dégradation durant les suivis a été observée. Aucun résultat détaillé n'est cependant fourni.

Les niveaux de dépression ont aussi diminué significativement suite à l'ECT et à la TCC dans l'étude de Riva et al. (2003), mais pas pour le groupe de nutrition et le groupe contrôle. Toutefois, seulement l'ECT a mené à une rémission complète de la dépression. Plus spécifiquement pour la TCC, une diminution moyenne de 8,4 au score du BDI a été trouvée ($p < 0,05$).

La comparaison entre les résultats du BDI avant et après l'intervention intensive à raison d'une journée par semaine sur plusieurs mois, telle que rapportée par Deumens et al. (2012) a montré une diminution significative des symptômes dépressifs chez les participantes ($p < 0,001$). Concrètement, une différence moyenne de 6,4 a été observée. Les sujets enrôlés dans cette étude sont toutefois reconnus pour souffrir de problématiques sévères, répondant peu au traitement, et donc, il est possible de croire que des résultats plus importants auraient pu être observés auprès d'une population moins atteinte.

L'Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report score (Rush et al., 1986) a été utilisé dans l'étude de Peterson et al. (2009). Comme pour les autres variables de cette étude, il n'y a pas d'analyses statistiques intragroupes ayant été menées. Malgré les diminutions du score de 5,9 pour le groupe animé, de 2,7 pour le groupe assisté, puis de 3,3 pour le groupe «*self-help*» rapportées, les comparaisons avec la liste d'attente (groupe contrôle) n'ont pas permis d'identifier de différences significatives. Notons que dans cette étude, 78,8% des sujets recrutés prenaient des antidépresseurs ce qui a pu biaiser les résultats en diminuant les effets que la thérapie aurait pu avoir sur les symptômes dépressifs.

Le *HAM-D* a été utilisé pour mesurer la symptomatologie dépressive dans l'étude de Peterson et al. (1998). Les auteurs nous informent qu'aucune différence entre les groupes (TCC animée par un thérapeute, «*self-help*» partiel, «*self-help*» pur et liste d'attente (groupe contrôle)) n'a été trouvée suite au traitement. Aucun résultat

précis n'est rapporté à cet égard toutefois. Les sujets recevant une médication psychoactive étaient exclus de l'étude, ce qui constitue une force.

Friederich et al. (2007) ont utilisé le PHQ pour mesurer les symptômes dépressifs et voir si le traitement multimodal investigué dans l'étude avait un impact sur cette variable. Le traitement a permis d'observer un effet positif et significatif sur les symptômes dépressifs ($p < 0,001$). Notons qu'au total, 27,0% des sujets rapportaient un trouble de l'humeur au moment de l'étude, ce qui se situe dans les moyennes répertoriées plus tôt pour cette population. Aussi, l'effet du traitement ne différait pas entre les sujets avec HB et ceux sous-diagnostiqués.

Alors que le *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (Radloff, 1977) était utilisé dans l'étude de Tasca et al. (2006), seule l'IPT a permis de démontrer des scores significativement inférieurs suite au traitement en comparaison avec le groupe contrôle. Toutefois, il n'y a pas de différence entre l'IPT et la TCC qui a été trouvée ou encore, entre la TCC et le groupe contrôle. Donc, dans cette étude, l'IPT a mené à de meilleurs résultats pour les symptômes dépressifs en comparaison avec la TCC. Notons que 62,1% des participants étaient sous antidépresseurs, limitant par le fait même l'impact que peut avoir la thérapie sur les symptômes dépressifs.

En résumé, les diminutions moyennes du score de dépression au BDI, qui s'étalent de 1,86 à 14,38 sont très variables d'une étude à l'autre. Toutefois, la grande majorité des études recensées ont permis d'observer une amélioration significative des symptômes dépressifs. Il s'agit donc d'une mesure importante lorsque les effets d'une TCC sont évalués.

v. Effets sur le poids et l'IMC

Le poids ainsi que le calcul de l'IMC sont des mesures très fréquentes lorsque l'efficacité d'une TCC est testée auprès de sujets obèses souffrant d'HB. La présence d'obésité chez les sujets semble expliquer cette mesure récurrente dans cette littérature. À la base, la TCC ne vise pas la diminution du poids corporel chez les participants

puisque l'objectif initial de la TCC est de travailler les problématiques alimentaires, dont les crises de boulimie, considérant que mettre l'accent sur la gestion du poids pourrait avoir des effets contraires en accentuant la restriction chez les sujets et ainsi précipiter les crises de boulimie. La littérature démontre des résultats plutôt hétérogènes à cet égard.

Dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), le poids était mesuré à l'aide d'une balance et il n'y a pas de détails quant à la mesure de la taille. La TCC n'a pas permis d'observer de perte de poids chez les participantes. D'ailleurs, les résultats initiaux du groupe recevant la TCC et du groupe contrôle étaient similaires à ceux au terme des six semaines. Selon l'auteure, la courte durée de ce programme ainsi que le manque de notions sur la nutrition et l'activité physique peuvent certainement expliquer l'absence de changement par rapport au poids corporel.

L'IMC était aussi considéré dans l'étude de Peterson et al. (2009), toutefois il n'y a pas de détail quant aux mesures du poids et de la taille. Encore une fois, les auteurs ne présentent pas d'analyses statistiques intragroupes, limitant l'interprétation des résultats, mais lorsque les valeurs d'IMC des différents groupes traitement ont été comparées à celles de la liste d'attente (groupe contrôle) ou le groupe recevant la thérapie « *self-help* », aucune différence significative n'a été trouvée. Notons qu'il y aurait même eu une légère augmentation moyenne de $1,6 \text{ kg/m}^2$ pour l'IMC moyen pour le groupe animé, de $0,1 \text{ kg/m}^2$ pour le groupe assisté, puis de $0,9 \text{ kg/m}^2$ pour le groupe « *self-help* ».

Suite à l'intervention de huit semaines suivies des cinq séances « booster » dans l'étude de Schulp et al. (2009), une diminution moyenne d'IMC de $0,25 \text{ kg/m}^2$ a été trouvée au suivi de trois mois pour le groupe traitement. Cette différence n'a pas été trouvée différente de celle du groupe contrôle. Aussi, les analyses menées dans le temps suggèrent que l'IMC est demeuré constant jusqu'au suivi après 12 mois. La constance en ce qui a trait à l'IMC est considérée comme un résultat positif considérant le gain de poids fréquent chez les sujets atteints d'HB. Notons que le poids et la taille des participantes ont été mesurés à l'aide d'une balance électronique et d'une toise.

L'IMC est aussi demeuré stable dans l'étude de Wilfey et al. (2002) après les 20 séances de TCC comparées à de l'IPT, dans l'étude de Hilbert et al. (2004) dont les programmes mettaient l'accent sur l'image corporelle, et dans l'étude de Shapiro et al. (2007) avec leur évaluation d'une TCC dispensée via CD-ROM. Notons que dans l'étude de Wilfey et al. et de Hilbert et al., le poids et la taille étaient mesurés à l'aide d'une balance électronique et d'une toise. Toutefois, dans l'étude de Shapiro et al., les données étaient auto rapportées.

Dingemans et al. (2007) n'ont pas démontré de changement significatif en termes d'IMC durant leur programme de TCC, mais une diminution significative a été trouvée au suivi après un an, soit de $1,6 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,02$). Les données de poids ayant servi au calcul de l'IMC ont été mesurées à l'aide d'une balance, tandis qu'il n'y a pas de détail pour l'obtention des données concernant la taille. L'abstinence en termes de crises de boulimie a été reliée au pourcentage de perte de poids. Notons qu'une diminution significative a aussi été identifiée pour le groupe contrôle après un an et que 30% des participants ont perdu plus de cinq pourcents de leur poids corporel initial. La petite taille de l'échantillon a certainement pu limiter les résultats ($N=52$).

Aucune différence entre les groupes (TCC animée par un thérapeute, « *self-help* » partiel, « *self-help* » pur et liste d'attente) n'a été trouvée pour l'IMC suite au traitement dans l'étude de Peterson et al. (1998). Aucun résultat précis permettant d'objectiver si une différence entre le début et la fin des divers traitements n'est rapporté toutefois. De plus, il n'y a pas de détails quant à la mesure du poids et de la taille.

Quant à eux, Ricca et al. (2010) rapportent une réduction mineure de l'IMC après le traitement pour la TCC dispensée en groupe, selon une diminution significative de $0,8 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,01$) et après trois ans, selon une diminution de $0,4 \text{ kg/m}^2$ entre l'IMC post-traitement et le suivi ($p < 0,05$). Les auteurs suggèrent que la persistance de la perte de poids à long terme trouvée serait due aux changements d'habitudes de vie en lien avec l'intervention. La durée de la TCC, s'étalant sur 22 semaines peut aussi expliquer une plus grande possibilité de voir des effets sur le

poids. Les données ayant permis le calcul de l'IMC ont été mesurées à l'aide d'une balance électronique et d'une toise.

Également, une diminution significative du poids et de l'IMC a été rapportée dans l'étude de Duchesne et al. (2007), soit une moyenne de 6,1kg et 2,3 kg/m² à la fin des 22 semaines de TCC (p<0,001). Et, 52,3 % des sujets auraient perdu cinq pourcents et plus, de leur poids corporel initial. Cette perte de poids considérable semble due à l'ajout de stratégies de gestion de poids au programme par les auteurs du programme. Par contre, comme il n'y avait pas de groupe contrôle ou de suivi à long terme, il est impossible de comparer les résultats et d'objectiver le maintien de la perte de poids à long terme. De plus, il n'y a pas de détails quant à la mesure du poids et de la taille.

La TCC et la BWL ont aussi été trouvées efficaces par Munsch et al. (2007) pour réduire l'IMC suite au traitement de 16 semaines (p<0,001). Toutefois, cette perte de poids n'est pas présentée dans les résultats, mais elle est jugée comme non significative sur le plan clinique. Elle se serait tout de même maintenue au suivi après douze mois, ce que les auteurs jugent comme positif puisqu'il n'y a pas eu de gain de poids. Notons toutefois que l'IMC était supérieur dans le groupe de la TCC en comparaison avec la BWL. Les données ayant permis le calcul de l'IMC ont été mesurées à l'aide d'une balance électronique et d'une toise.

Pour les interventions impliquant un volet nutritionnel, d'activité physique, ou encore de la médication, les pertes de poids ont tendance à être plus considérables. Par exemple, Fossati et al. (2004) n'ont observé une diminution pondérale que pour les groupes dans lesquels de l'éducation nutritionnelle ou des recommandations en lien avec l'activité physique étaient ajoutées. En effet, aucune perte de poids significative n'a été rapportée pour le groupe ayant reçu uniquement la TCC et l'IMC est demeuré stable. Dans le groupe comportant de l'éducation nutritionnelle en plus de la TCC, une perte de poids de 1,5 ± 0,5 kg (p<0,01) a été observée tandis que pour le groupe avec l'activité physique aussi, la diminution était de 2,8 ± 0,3kg (p<0,001). Donc, la perte de poids était plus significative lorsque l'activité physique était ajoutée (p<0,008).

Rappelons toutefois l'absence de groupe contrôle. Malheureusement, il n'y a pas de détails quant à l'obtention des données de poids et de taille chez les participantes.

Une perte de poids importante et significative, soit de $7,7 \pm 8,1$ kg pour les sujets avec HB, correspondant à une diminution d'IMC de $2,9 \pm 3,0$ kg/m² est rapportée dans l'étude de Marchesini et al. (2002) suite à l'intervention basée sur la TCC orientée vers une perte de poids ($p < 0,034$). Les données anthropométriques ont été mesurées au début du programme ainsi qu'à la fin (trois à cinq mois plus tard). Les changements observés en lien avec le poids étaient très variables d'un sujet à l'autre. Pour le groupe contrôle, le poids n'a pas varié suite au programme.

Dans l'étude de Grilo et al. (2011), une perte de poids moyenne significativement supérieure a été rapportée pour le groupe ayant reçu la BWL et la BWL additionnées à la TCC, en comparaison au groupe ayant reçu la TCC traditionnelle. En effet, à l'évaluation post-traitement, les diminutions de poids pour ces groupes étaient respectivement les suivantes : $2,6 \pm 5,3$ kg/m², $2,7 \pm 6,0$ kg/m² et $0,5 \pm 3,5$ kg/m². Puis, au suivi de six mois, la diminution de l'IMC était significativement supérieure pour le groupe avec la BWL versus la TCC tandis qu'au suivi après 12 mois, il n'y avait pas de différence entre les groupes. L'abstinence de crises de boulimie était associée à une perte de poids dans cette étude. D'ailleurs, les sujets qui étaient abstinents de crise de boulimie suite à l'intervention affichaient une perte de poids moyenne de 4,3% au suivi de six mois, ce qui suggère que de freiner les crises de boulimie permettrait une perte de poids. Le poids et la taille des participants ont été mesurés initialement ainsi que juste avant le début du traitement. Puis, le poids était ensuite mesuré de façon bihebdomadaire, au post traitement ainsi qu'après six et douze mois suite à la fin du programme.

Une diminution significative de l'IMC a aussi été remarquée dans l'étude de Vanderlinden et al. (2012) suite à la TCC incluant de l'activité physique à raison de six heures par semaine pour un minimum de 24 semaines. En fait, une diminution moyenne de $1,9$ kg/m² a été observée dans l'échantillon, à raison de $0,31$ kg/m² par mois de traitement. De plus, cette diminution est demeurée stable par la suite. La

diminution du poids était de l'ordre de 11,5 kg. Les auteurs expliquent cette perte de poids qui diffère de la plupart des études par l'incorporation d'activité physique guidée dans les séances ainsi que l'encouragement des patients à être actifs au quotidien. Toutefois, l'absence de groupe contrôle et le nombre restreint de sujets dans l'étude (N= 56) constituent des faiblesses. Dans le même sens, l'absence de détails quant aux mesures anthropométriques est un point faible.

De Zwaan et al. (2005) ont noté une perte de poids moyenne de 15,5kg pour le groupe ayant reçu la TCC, correspondant à une diminution de 5,4 kg/m² d'IMC. Par contre, au suivi six mois après la fin du programme, 48,3% des participantes avaient regagné plus de 50,0% du poids perdu. Ainsi, bien que la diète faible en calories ait permis d'observer une perte de poids considérable, le regain pondéral est tout aussi important à considérer. De plus, il n'y a pas de différence en termes de pourcentage de poids perdu ayant été observée entre le groupe recevant de la TCC en plus d'une diète et le groupe recevant seulement la diète et ce, que ce soit suite aux interventions ou aux suivis à plus long terme. Encore une fois, le manque de groupe contrôle constitue une faiblesse de cette étude. De plus, il est précisé que le poids corporel a été mesuré, mais l'instrument n'est pas précisé et aucun détail n'est donné pour la taille.

Dans l'étude préliminaire de Brambilla et al. (2009), proposant une approche multithérapeutique, c'est seulement le groupe de femmes recevant la diète avec la TCC, en plus de la *Sertraline* et le *Topiramate* qui a montré une réduction significative du poids et de l'IMC. Les auteurs suggèrent que cela s'explique probablement par la présence de *Topiramate* dans ce groupe. En effet, il s'agit d'un médicament antiépileptique qui aurait aussi pour impact une diminution du poids considérable. Une étude chez un plus grand nombre de sujets serait pertinente toutefois puisque l'échantillon est trop limité (N=30) pour tirer des conclusions. Le poids était mesuré par les nutritionnistes initialement et à chaque mois pendant six mois. Il n'y a pas de détail quant à la mesure de la taille.

Aussi, le traitement multimodal étudié dans l'étude de Friederich et al. (2007), soit le programme de 15 séances incluant de la TCC, des éléments de thérapie

interpersonnelle et des conseils sur la nutrition et l'activité physique a montré un effet significatif du traitement sur le poids des sujets souffrant d'HB ou présentant certains critères diagnostiques ($p < 0,001$). La réduction moyenne du poids pour les sujets avec HB était de $3,3 \pm 5,7$ kg, alors que pour ceux sous-diagnostiqués, la diminution moyenne était de $1,9 \pm 3,8$ kg, mais la différence n'était pas significative. Ceci suggère que les effets sur le poids d'un traitement pour l'HB seraient les mêmes, peu importe la présence complète des critères diagnostiques de l'HB ou non. L'absence de détails quant aux mesures anthropométriques est un point faible de cette étude.

Malgré le fait qu'il n'y a pas de mention quant à la mesure du poids et de la taille des participants dans l'étude de Riva et al. (2003), les différents traitements testés ont une fois de plus, permis d'observer une perte de poids significative, malgré l'absence de différence significative entre les groupes. Pour le groupe recevant la TCC, le poids a diminué en moyenne de 7,2 kg. Par contre, rappelons que cette étude est réalisée à l'interne dans un centre de TCA et donc, que les résultats ne sont pas généralisables à la clientèle de sujets hyperphagiques boulimiques vus majoritairement en externe. Par exemple, il se peut que les apports alimentaires aient été davantage limités dans ce contexte, ce qui a pu mener à une perte de poids supérieure.

La comparaison entre l'IMC en pré et post-traitement dans l'étude de Deumens et al. (2012) a montré une diminution significative de l'IMC ($p < 0,001$). En fait, l'IMC des 182 femmes impliquées a diminué en moyenne de $1,2 \text{ kg/m}^2$. Le poids et la taille ont été mesurés initialement ainsi qu'à la fin du traitement.

Puis, il n'y avait pas de changements statistiquement significatifs quant à l'IMC suite aux interventions et après douze mois dans l'étude de Tasca et al. (2006). Cependant, les auteurs rapportent qu'au suivi après 12 mois, 26,2% des sujets présentaient une perte de poids significative sur le plan clinique, soit de 10,0% du poids corporel initial ou plus. Toutefois, le poids pour le calcul de l'IMC était recueilli au téléphone au suivi après douze mois, ce qui limite grandement l'interprétation de ce résultat.

En résumé, pour la plupart des études où la TCC traditionnelle est dispensée, il n'y a pas de perte de poids significative. Malgré la diminution de la fréquence des crises de boulimie ou de la sévérité de celles-ci, il semblerait que le poids ne soit pas affecté. Du moins, seulement deux études ont relié la perte de poids à la diminution ou à l'abstinence en termes de crises de boulimie (Deumens et al., 2007 ; Grilo et al., 2011). Davantage d'études sont nécessaires pour explorer cet élément. Par contre, lorsqu'une diète, de l'activité physique ou encore de la médication est ajoutée, des diminutions pondérales significatives sont observées. Il demeure que les résultats sont très limités quant au maintien ou non du poids à plus long terme.

vi. Effets sur l'image corporelle

Quelques études considèrent l'image corporelle parmi les mesures pour évaluer les effets de la TCC. Le BSQ est l'outil le plus utilisé, même si ce n'est pas unanime.

Ainsi, dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), la TCC a permis d'observer une amélioration de l'image corporelle telle que mesurée par le BSQ. La diminution moyenne de 61,9 du score du BSQ, signifiant une plus grande satisfaction à l'égard du corps, s'est révélée significative ($p < 0,0001$) tandis que le groupe contrôle n'a pas démontré de changement significatif. Puis, les deux groupes étaient significativement différents au terme de l'intervention ($p < 0,01$).

Une diminution significative du score du BSQ a aussi été remarquée dans l'étude de Duchesne et al. (2007), elle était de l'ordre de 28,5 ($p < 0,001$). Il demeure que l'échantillon était composé de seulement 21 femmes et qu'il n'y avait pas de groupe contrôle dans cette étude.

Par contre, dans l'étude de Peterson et al. (1998), bien qu'aucun résultat permettant d'objectiver si une différence entre le début et la fin des divers traitements est rapporté, aucune différence entre les groupes (TCC animée par un thérapeute, «self-help» partiel, «self-help» pur et liste d'attente (groupe contrôle)) n'a été trouvée pour le BSQ suite au traitement.

L'étude de Hilbert et al. (2004) avait pour objectif premier d'évaluer les effets de l'exposition au corps dans le traitement de l'HB. Le BSQ était utilisé en plus d'une expérimentation cognitive standardisée, c'est-à-dire qu'un échantillon de pensées négatives était enregistré alors que le sujet devait penser à voix haute et une expérimentation standardisée de l'exposition au corps, c'est-à-dire que le degré d'insatisfaction pour les parties du corps était noté et les participantes étaient filmées alors qu'elles devaient dire tout ce qu'elle pense de leur corps en se voyant. Les deux groupes ont permis de voir une diminution significative de l'insatisfaction corporelle incluant les pensées automatiques négatives reliées au corps, les préoccupations par rapport à la silhouette et au poids et l'insatisfaction corporelle, du pré au post-traitement et du pré-traitement au suivi après quatre mois, quoique stables entre le post-traitement et le suivi. Plus particulièrement pour le BSQ, le traitement mettant l'emphase sur l'exposition au corps a montré une diminution moyenne du score de 26,4 à la fin du traitement tandis que le traitement avec un focus sur la restructuration cognitive en lien avec l'image corporelle, une diminution de 29,1 a été trouvée ($p < 0,001$). Seulement quatre séances différaient entre les deux groupes, cela a donc pu limiter la possibilité de voir quel type d'exercices est le plus aidant pour améliorer l'image corporelle. De plus, la taille limitée de l'échantillon est à considérer ($N=28$).

L'attitude par rapport au corps, a été mesurée à l'aide du *Ben-Tovim Walker Body Attitude Questionnaire* (Ben Tovim & Walker, 1991) dans l'étude de Woolhouse et al. (2012) qui proposait un programme de groupe incluant des notions de TCC et de pleine conscience. Une amélioration significative de l'insatisfaction corporelle suite à l'intervention a été remarquée, que ce soit pour le fait « de se trouver grosse » ou le dénigrement par rapport au corps ($p < 0,00$). Rappelons toutefois que cette étude n'était pas limitée à des sujets présentant de l'HB, mais qu'elle incluait des femmes ayant des crises de boulimie, ce qui limite grandement la généralisation des résultats à la population ciblée.

Également, le *Body Attitude Test* (Probst, Vandereycken, Coppenolle, & Vanderlinden, 1995) a été utilisé dans l'étude de Vanderlinden et al. (2012). Une

diminution significative de l'attitude négative par rapport au corps a aussi pu être observée suite à la TCC ($p < 0,007$).

Puis, le *Body Attitude Test* a aussi été utilisé dans l'étude de Deumens et al. (2012) et a permis de voir une amélioration significative de l'attitude par rapport au corps ($p < 0,001$).

Finalement, trois outils ont été utilisés en lien avec l'image corporelle par Riva et al. (2003), soit le *Body Satisfaction Scale* (Slade, Dewey, Newton, Brodie, & Kiemle, 1990), le *Body Image Avoidance Questionnaire* (Rosen, Srebnik, Saltzberg, & Wendt, 1991) et le *Contour Drawing Rating Scale* (Thompson & Gray, 1995), mesurant la satisfaction par rapport au corps, l'évitement du corps et l'insatisfaction corporelle. Parmi les trois traitements comparés dans cette étude (groupe nutrition et activité physique, ECT et TCC), l'ECT a été plus efficace pour améliorer l'image corporelle en comparaison avec la TCC. En effet, les sujets ayant reçu l'ECT ont scoré de façon significativement plus élevée pour la conscience du corps, la satisfaction par rapport au corps et l'acceptation physique. Cela s'explique probablement par l'utilisation de la réalité virtuelle pour la modification de l'image corporelle dans l'ECT.

Bref, lorsque mesurée, la satisfaction quant à l'image corporelle et l'attitude par rapport au corps semblent améliorées par les interventions de type TCC. Il demeure qu'il n'est pas systématique de considérer cette mesure dans la littérature malgré le lien étroit démontré entre l'image corporelle et l'HB.

vii. Effets sur la problématique alimentaire

La psychopathologie alimentaire, soit les attitudes et les comportements perturbés en lien avec l'HB fait partie des variables souvent considérées dans les études sur les effets de la TCC. Quelques questionnaires peuvent être utilisés, mais l'EDE est le questionnaire le plus répandu. En fait, ce questionnaire est considéré comme le « gold standard » pour l'évaluation des TCA. Existant sous forme d'entrevue

ou de questionnaire autorapporté et considérant les 28 derniers jours, il évalue les attitudes et les comportements problématiques reliés au TCA. Il comprend quatre échelles : la restriction alimentaire ainsi que la préoccupation par rapport à l'alimentation, par rapport au poids et par rapport à la silhouette. Sa validité ainsi qu'une très bonne fiabilité test-retest et inter-évaluateur pour évaluer les caractéristiques du TCA associées à l'HB ont été démontrées auprès de sujets souffrant d'HB (Grilo, Masheb, Lozano Blanco, & Barry, 2004). Un score élevé signifie une plus grande sévérité du TCA ainsi qu'une fréquence plus élevée des crises de boulimie.

Dans l'étude de Peterson et al. (2009), une réduction significative de la restriction alimentaire et du score global a été observée pour le groupe animé par un thérapeute en comparaison avec le groupe contrôle ($p < 0,008$). Une diminution de la restriction alimentaire suite au traitement a aussi été remarquée par Wilfey et al. (2002) ($p < 0,001$).

Dans l'étude de Schulp et al. (2009), ce sont plutôt les préoccupations par rapport au poids ($p < 0,01$), à la silhouette ($p < 0,01$) et à l'alimentation ($p < 0,001$) qui ont diminué jusqu'au suivi de 6 mois, puis qui ont varié par la suite.

Ricca et al. (2010), quant à eux, ont observé une diminution significative de la préoccupation reliée à l'alimentation suite au traitement ($p < 0,05$). Toutefois, au suivi après 3 ans, il n'y avait pas de différence significative pour cette échelle, alors que la préoccupation reliée au poids avait diminué ($p < 0,05$).

L'étude de Dingemans et al. (2007) a aussi montré que dans le groupe recevant la TCC, la psychopathologie alimentaire a diminué significativement, alors qu'il n'y avait pas de changement dans le groupe contrôle. En fait, ce sont le score global ($p < 0,01$) et les préoccupations par rapport à l'alimentation et à la silhouette ($p < 0,001$) qui ont diminué significativement.

Dans l'étude de Munsch et al. (2007), les deux groupes (TCC et BWL) ont montré une amélioration significative des échelles de l'EDE ($p < 0,001$), mais il n'y avait pas de différence entre les deux groupes.

Les deux types d'interventions basées sur la TCC comparées dans l'étude de Hilbert et al. (2004) ont permis une diminution significative de la préoccupation par

rapport au poids et à la silhouette du pré au post-traitement et du pré-traitement au suivi après quatre mois, alors que ces variables étaient stables durant le suivi. Cela peut certainement se justifier par l'accent mis sur l'image corporelle dans l'intervention pour cette étude.

Dans l'étude de Grilo et al. (2011), il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes (TCC, BWL, TCC et BWL) pour les résultats de l'EDE. Par contre, une amélioration significative dans le temps pour toutes les sous-échelles, a été observée.

Des changements significatifs à l'EDE pour les échelles de la préoccupation par rapport à l'alimentation ($p < 0,001$), à la silhouette ($p < 0,01$), au poids ($p < 0,03$) et le score total ($p < 0,001$), ont été trouvés par Courbasson et al. (2011) dans leur étude-pilote incluant de la méditation en pleine conscience. Un grand effet de taille a été remarqué pour le score total de l'EDE et ses échelles.

Bref, malgré les variations concernant les résultats pour la restriction alimentaire, la préoccupation par rapport à l'alimentation, à la silhouette et au poids, en général, la TCC permet une amélioration de la psychopathologie alimentaire.

2.3.10 Constats généraux sur les traitements de l'hyperphagie boulimique

Plusieurs types de traitements sont étudiés en lien avec l'HB, que ce soit des interventions psychologiques, comportementales, de la pharmacothérapie ou une combinaison de traitements. Il demeure, qu'à ce jour, la TCC est reconnue comme le traitement de choix pour l'HB (National Institute for Clinical Excellence, 2004; Wilson et al., 2007). D'ailleurs, la présente revue de littérature, portant sur la TCC de groupe auprès d'une clientèle atteinte d'HB, a permis de constater de nombreux effets sur les comorbidités étudiées. En effet, une diminution significative de la fréquence des crises de boulimie a été rapportée dans la majorité des études recensées, allant même jusqu'à l'abstinence de crise de boulimie. Aussi, la sévérité des crises de boulimie semble diminuée suite à une TCC, tout comme la qualité de vie et l'estime de soi qui semblent

améliorées, bien que moins d'études soient répertoriées sur le sujet. Une amélioration significative des symptômes dépressifs a aussi été démontrée dans la majorité des études recensées. Toutefois, les résultats sont plus variables concernant les effets de la TCC sur le poids corporel et l'IMC, puisque la majorité des études ne permettent pas d'observer de perte de poids significative, à l'exception de celles qui incluaient une diète, de l'activité physique ou une médication. Aussi, lorsque l'insatisfaction corporelle était considérée dans les études, une amélioration était notée. Puis, la TCC permettrait aussi une amélioration de la psychopathologie alimentaire. Ces constats confirment la pertinence de ce type d'intervention dans la recherche en lien avec l'HB.

3. Problématique, hypothèse, objectifs et questions de recherche

3.1 Problématique

La recension des écrits met en évidence les comorbidités et les conséquences importantes de l'HB, ce qui illustre l'importance de trouver des traitements adaptés qui permettent de générer des effets positifs pour le sujet souffrant. Les traitements existants sont nombreux, mais leur efficacité demeure moins bien établie. Parmi ceux-ci, la TCC est reconnue comme le traitement de choix pour l'HB. La TCC constitue le traitement le mieux étudié en lien avec l'HB et celui ayant démontré le plus de résultats intéressants, entre autres, sur la fréquence et la sévérité des crises de boulimie, la qualité de vie et les symptômes dépressifs.

Parmi les études recensées, Shelley-Ummenhofer (2001), propose un programme d'intervention de groupe qui visait à améliorer les symptômes des femmes obèses souffrant de crises de boulimie de leurs problèmes de faible estime de soi, de leur image corporelle négative, de la dépression et de la détresse psychologique en général. Une TCC a ainsi été adaptée et simplifiée (Agras & Apple, 2008) afin de développer une intervention de groupe destinée aux femmes ciblées. Cette étude randomisée et contrôlée, d'une durée de 6 semaines, a permis d'observer, dans le groupe traitement, une diminution considérable de la sévérité et de la fréquence des épisodes d'HB et de l'état dépressif, d'augmenter de façon considérable l'image corporelle et finalement, d'accroître, plus modestement, l'estime de soi. Il est toutefois ressorti de cette étude, le besoin d'étudier les effets de ce programme en augmentant sa durée, en incluant plus de concepts nutritionnels, en le dispensant par une autre nutritionniste et aussi, le besoin d'en évaluer les effets dans d'autres régions du Canada.

3.2 Hypothèse

Nous postulons que le programme d'intervention de groupe que nous avons adapté sera bien accepté par les participantes et qu'il permettra d'améliorer la qualité

de vie reliée au poids, de diminuer la fréquence et la sévérité des épisodes d'HB et les symptômes dépressifs et d'améliorer l'image corporelle chez les participantes obèses souffrant d'HB. Nous anticipons également une légère perte de poids au terme de notre programme.

3.3 Objectifs

- Adapter une intervention de groupe, basée sur la TCC, destinée à des femmes présentant un surplus de poids et souffrant d'HB.
- Mesurer les effets potentiels de l'intervention de groupe sur la qualité de vie reliée au poids, la fréquence et la sévérité des épisodes d'HB, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids des femmes présentant un surplus de poids et souffrant d'HB.
- Documenter le degré d'acceptation (satisfaction des participantes, pertinence des éléments du programme et taux de participation) des participantes d'une intervention de groupe, basée sur la TCC, destinée à des femmes présentant un surplus de poids et souffrant d'HB.

3.4 Questions de recherche

Effets potentiels du programme :

- La qualité de vie reliée au poids des participantes s'est-elle améliorée au terme de l'intervention ?
- La fréquence des épisodes d'HB des participantes a-t-elle diminué au terme de l'intervention ?
- La sévérité des épisodes d'HB des participantes a-t-elle diminué au terme de l'intervention ?

- Les symptômes dépressifs chez les participantes ont-ils diminué au terme de l'intervention ?
- L'image corporelle des participantes s'est-elle améliorée au terme de l'intervention?
- Est-ce qu'une perte de poids est observée au terme de l'intervention?

Degré d'acceptation du programme :

- Est-ce que les participantes sont satisfaites du contenu et de l'organisation du programme ?
- Est-ce que les participantes trouvent pertinentes les différentes parties du programme ?
- Quel est le taux de participation au programme ?

3.5 Pertinence de l'étude

La reconnaissance de l'HB comme un TCA spécifique dans le DSM-V et sa prévalence considérable démontrent l'importance de ce trouble. Les taux élevés de comorbidités médicales et psychiatriques, la détresse importante reliée au poids, à la silhouette, à l'alimentation et la qualité de vie diminuée associés à l'HB (Grilo & Mitchell, 2010) justifient par eux-mêmes la nécessité de développer l'intervention auprès de cette clientèle souffrante et le besoin criant d'intervenir tout en évaluant les effets de traitements adaptés.

L'étude d'un programme d'intervention développé ici-même au Québec avec l'expertise d'une nutritionniste et d'une psychothérapeute œuvrant dans le domaine permettra sans aucun doute de faire progresser la prise en charge de l'HB au Québec. Les résultats de cette étude pourraient, entre autres, servir à d'autres nutritionnistes ou intervenants psychosociaux. À notre connaissance, notre étude est la seule au Québec évaluant autant de paramètres en relation avec un programme de groupe basé sur la TCC. Aussi, une seule étude a évalué sommairement la satisfaction des participantes à

l'égard de l'intervention, ce que nous évaluons de façon plus détaillée dans notre étude. Ce projet enrichira les connaissances en matière d'intervention nutritionnelle en TCA.

Ces résultats de recherche seront ainsi profitables aux intervenants travaillant avec des individus souffrant d'HB afin de mieux orienter leurs interventions. En permettant de mieux saisir l'impact de ce TCA dans la vie des personnes atteintes, et les effets potentiellement bénéfiques du programme, les futures interventions de groupe pourront certainement être plus appliquées et ciblées.

Si l'intervention démontre des effets positifs, il est possible de croire qu'elle pourra être réitérée dans l'optique de venir en aide au plus grand nombre possible et même de former des intervenants pour y parvenir. Comme la TCC est en soi une thérapie qui est très structurée et donc, facilement reproductible, il sera certainement possible de faire en sorte que ce programme soit offert dans plusieurs régions et par d'autres nutritionnistes. En bref, cette étude permettra de pousser la recherche clinique au sujet de l'HB à un niveau supérieur et de faire avancer l'état des connaissances dans ce domaine pointu.

4. Méthodologie

4.1 Devis de recherche

Il s'agit d'une étude-pilote. Ainsi, la stratégie de recherche présentée est de nature expérimentale provoquée. Une intervention a été testée sur des individus, c'est-à-dire qu'en agissant sur la variable indépendante et donc, en ayant le contrôle sur la nature de l'intervention, nous avons cherché à connaître les effets sur les variables dépendantes. Pour en apprécier les effets, une comparaison des résultats avant et après l'intervention auprès du groupe expérimental a été faite.

4.2 Population à l'étude

La population à l'étude est composée de femmes souffrant d'HB et qui présentent de l'embonpoint ou de l'obésité, vivant au Québec, dans la grande région de Montréal. Bien qu'un échantillon non probabiliste rende plus difficile la généralisation des observations à la population ciblée, dans le contexte d'une étude-pilote qui vise à documenter une intervention, ceci est indiqué. La taille de l'échantillon a été déterminée par des critères d'ordre pratique, soit selon le nombre de participantes jugé comme adéquat par les auteurs de la recherche pour former un groupe d'intervention: six à dix participantes. Aussi, le choix a été fait dans l'optique que le message se transmette bien aux participantes ainsi qu'afin de contrôler et permettre les échanges entre celles-ci. Nous avons jugé qu'un groupe comportant plus de 10 participantes n'aurait pas permis d'atteindre ces buts. Finalement, ce nombre tenait compte des abandons possibles.

Ainsi, les sujets ont été recrutés à trois moments distincts pour former des groupes expérimentaux afin d'obtenir un nombre minimal de sujets en respectant les critères qui suivent. Trois vagues de recrutement se sont avérées nécessaires puisque des difficultés ont été éprouvées au moment du recrutement étant donné le nombre considérable de critères d'inclusion et d'exclusion de même que les désistements plus

élevés que nous l'avions estimé au départ. Ainsi, le programme a été dispensé trois fois au total, soit au printemps 2012, à l'automne 2012 et à l'hiver 2013.

4.2.1 Critères d'inclusion

- Femmes
- 18 ans et plus
- Répondre à tous les critères diagnostiques du DSM-IV pour l'HB (détails des critères sous forme de questions, dans le questionnaire téléphonique en Annexe 3)
- $IMC \geq 25$ (embonpoint ou obésité)

L'étude s'est vue limitée aux femmes, en considérant qu'une majorité de femmes souffrent d'HB et que l'étude sur laquelle est basée la présente recherche s'adressait à la même population. Aussi, advenant le cas où les groupes auraient été mixtes, les participants auraient pu être indisposés par la présence de sujets de sexe opposé dans des groupes où les échanges sont de mise. Notons que les critères diagnostiques du DSM-IV ont été considérés puisqu'au moment du recrutement, il s'agissait de la version en vigueur. Les femmes présentant de l'embonpoint ou de l'obésité ont été considérées pour cette étude afin de représenter la majorité des individus souffrant d'HB, qui présentent de l'obésité. Tout en s'assurant que l'échantillon soit le plus homogène possible, les sujets présentant de l'embonpoint ont aussi été inclus afin de ne pas limiter le recrutement.

4.2.2 Critères d'exclusion

- Avoir reçu un traitement pour l'HB dans le passé ou être en cours de traitement au moment du recrutement.
- Être suivi (ou avoir été suivi dans le passé) en psychiatrie
- Diagnostic de troubles de la personnalité
- Présence d'idées suicidaires
- Femmes enceintes

- Présence d'une pathologie ayant un effet sur le poids telle que l'hypothyroïdie ou autre pathologie causant une obésité secondaire
- Prise d'une médication pouvant avoir un effet sur le poids

4.2.3 Recrutement

Voici les différentes stratégies de recrutement ayant été mises en place :

- 60 affiches publicitaires (Annexe 4) présentant le projet de recherche ont été apposées sur les babillards du campus de l'Université de Montréal.
- 60 affiches publicitaires présentant le projet de recherche ont été apposées dans les trois sites du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.
- Un courriel a été diffusé par le biais d'une liste d'envoi rejoignant les étudiants en nutrition du Département de nutrition de l'Université de Montréal dans le but de faire connaître à un plus grand nombre de professionnels en devenir cette étude et ainsi favoriser les références pour le recrutement.
- Une mention concernant le recrutement de participantes pour le projet de recherche a été mise sur le site Internet d'Anorexie et Boulimie Québec, un organisme à but non lucratif ayant pour mission de venir en aide aux personnes touchées par un TCA.
- Une mention concernant le recrutement de participantes pour le projet de recherche a été mise sur le site Internet d'ÉquiLibre, un organisme à but non lucratif ayant pour mission de prévenir et diminuer les problèmes reliés au poids et à l'image corporelle dans la population.
- Un contact a été établi avec le Chef du Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Ce dernier a proposé que les femmes qui téléphonent pour obtenir de l'aide pour une problématique d'HB soient référées au projet de recherche.

Ainsi, les femmes interpellées par le projet contactaient l'étudiante-chercheure par téléphone ou par courriel. Lors d'une première prise de contact par téléphone, un questionnaire téléphonique était administré afin de voir si la personne répondait aux

critères diagnostiques de l'HB (voir script présenté en Annexe 3). Lorsque des courriels étaient reçus, un courriel type était envoyé dans le but de créer un échange téléphonique avec les femmes intéressées et ainsi leur administrer le questionnaire téléphonique.

Une fois le questionnaire téléphonique complété, la femme était avisée si elle répondait aux critères pour la participation au projet de recherche. Autrement, les sujets ne répondant pas aux critères d'inclusion étaient référés à Anorexie et Boulimie Québec.

Les participantes potentielles étaient conviées à une séance d'information initiale donnée par la candidate à la maîtrise. Le formulaire d'information et de consentement (Annexe 5) était envoyé par la poste ou par courriel à la convenance de la personne intéressée afin que celle-ci puisse en prendre connaissance et se familiariser avant la séance d'information.

La séance d'information initiale, dispensée en groupe, permettait, entre autres, d'expliquer le projet de recherche en détail et ses implications ainsi que de présenter le formulaire d'information et de consentement. Il était aussi mentionné aux participantes qu'il s'agissait d'une étude-pilote qui visait à documenter une intervention de groupe n'ayant jamais été donnée auparavant et donc, que des effets bénéfiques ne pouvaient pas leur être garantis. Puis, une période de questions avait lieu et les femmes pouvaient poser des questions en privé aussi.

Lorsque le formulaire d'information et de consentement était signé, un questionnaire pour valider les critères d'inclusion et d'exclusion (Annexe 6) ainsi que le BDI étaient à remplir par écrit. Les femmes étaient ainsi contactées dans les jours qui suivaient pour leur confirmer leur participation ou non au projet de recherche. Les exclues étaient contactées selon un verbatim préétabli et approuvé par le comité d'éthique et des ressources leur étaient proposées.

4.3 Intervention

L'intervention de groupe, notre variable indépendante, a été adaptée de celle de Shelley-Ummenhofer (Shelley-Ummenhofer, 2001), basée sur un programme reconnu

de TCC (Agras & Apple, 2008). Suite aux limites de l'étude de Shelley-Ummenhofer et aux pistes de recherche suggérées ainsi qu'en tenant compte de l'expertise de la nutritionniste et de la psychothérapeute impliquées dans la présente recherche, une adaptation était toute indiquée. Ainsi, le nombre de séances a d'abord été augmenté, en passant de six à huit, pour ajouter plus de concepts nutritionnels. D'ailleurs, le contenu et les discussions de chaque séance a été enrichi selon l'expérience clinique des deux intervenantes. Ensuite, la totalité des séances a été animée par une nutritionniste et trois séances, dont le contenu se rapprochait plus du domaine de la psychothérapie, ont été animées par une psychothérapeute, ce qui constitue aussi une modification et une bonification au programme initial. Aussi, comme la pertinence de la pleine conscience en lien avec l'HB est de plus en plus étudiée et semble avoir des effets positifs, ainsi qu'en tenant compte de l'expérience clinique de la psychothérapeute qui pratique la pleine conscience auprès de la clientèle atteinte d'HB, des méditations en pleine conscience ont été ajoutées à chaque début de séance du programme.

Le programme était donc constitué de huit séances hebdomadaires d'une durée de 90 minutes qui ont eu lieu à la Clinique universitaire de nutrition du Département de nutrition de l'Université de Montréal, en soirée. L'intervention basée sur la TCC demande de respecter une structure en ce qui a trait au déroulement des séances. Ainsi, à chaque séance, il y avait une courte méditation en pleine conscience, un tour de table, le retour sur le devoir (exercices effectués à domicile), la présentation du déroulement et des objectifs de la séance, une discussion en groupe, puis l'annonce du devoir pour la semaine suivante.

Voici un aperçu du contenu des séances (le détail de chacune d'elles est présenté en Annexe 7).

Tableau 3 : Résumé du contenu des huit séances du programme d'intervention

Séances	Contenu
1	Introduction au programme, présentations et attentes des participants, homéostasie des besoins, concept biopsychosocial de l'alimentation
2	Écoute des signaux de faim et de satiété, assiette équilibrée, Guide alimentaire canadien et activité physique
3	Cercle vicieux des régimes, préoccupation par rapport au corps, développer son regard critique (quelques publicités)
4	Théorie sur l'HB, éléments déclencheurs des épisodes d'HB, impact du TCA dans la vie
5	Éléments déclencheurs des épisodes d'HB, émotions, gestion des émotions (animée avec la psychothérapeute)
6	Croyances, distorsions cognitives, restructuration cognitive (animée avec la psychothérapeute)
7	Résolution de problèmes (animée avec la psychothérapeute)
8	Prévenir les chutes et rechutes et les différencier, identifier des obstacles au maintien des acquis, plan de maintien

4.4 Collecte de données

Les symptômes dépressifs ont été évalués lors de la séance d'information initiale afin d'exclure les participantes qui auraient eu des idées suicidaires, mais les autres variables dépendantes, soit la qualité de vie reliée au poids, la fréquence des épisodes d'HB, la sévérité des épisodes d'HB, l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle et le poids, ont été collectées avant le début de la première séance. Puis, toutes ces variables ont été colligées à nouveau suite à la dernière séance. Le niveau d'acceptation des participantes a également été évalué après l'intervention. Aussi, la taille était colligée, au départ, pour le calcul de l'IMC.

Pour une seule participante qui était absente lors de la dernière séance, les mesures post-traitement ont été prises une semaine après la dernière séance. La

participante s'est déplacée à l'Université de Montréal pour remplir les questionnaires et mesurer son poids corporel.

Voici les différentes façons dont l'information a été recueillie au cours de l'étude.

Tel qu'énoncé précédemment, une entrevue téléphonique dirigée était effectuée pour le recrutement afin de valider que la femme intéressée souffrait d'HB (selon les critères diagnostiques du DSM-IV). À ce moment, il y avait un échange direct entre l'étudiante-chercheure et le sujet.

Deuxièmement, pour les variables dépendantes, différents questionnaires de mesure, déjà validés en français et utilisés par d'autres études similaires, ont été utilisés. Tous ces questionnaires étaient autoadministrés par les participantes à la Clinique universitaire de nutrition au Département de nutrition de l'Université de Montréal dans une salle commune lors des différentes visites des participantes (séance d'information, avant le programme et après le programme).

Voici une description des variables dépendantes ainsi que les outils de mesure sélectionnés pour les évaluer. Les questionnaires utilisés dans cette étude ont déjà été utilisés dans des études portant sur l'HB.

4.4.1 Qualité de vie reliée au poids

La qualité de vie reliée au poids a été mesurée par le questionnaire IWQOL-Lite (Koletkin, 2002). Il s'agit d'un questionnaire validé en français, comportant 31 items, et permettant de mesurer la qualité de vie spécifiquement reliée à l'obésité. Il y a cinq échelles de mesure soit la mobilité, l'estime de soi, la vie sexuelle, la vie sociale et le travail. Ce questionnaire a déjà été utilisé dans une étude québécoise auprès de femmes en embonpoint ou obèses, réalisée à l'Université Laval (Gagnon Girouard et al., 2010). Le IWQOL-Lite démontre une bonne cohérence interne (coefficient alpha de 0,96 pour le score total et de 0,96 pour la mobilité, 0,94 pour l'estime de soi, 0,92 pour la vie sexuelle et la vie sociale et 0,82 pour le travail) ainsi qu'une fiabilité test-retest satisfaisante (coefficient de corrélation intra-classe de 0,94 pour le score total et de 0,81 à 0,88 pour les échelles) (Koletkin, 2002).

Voici les seuils déterminés pour l'interprétation du score total de l'IWQOL-Lite. Le score total peut varier de zéro à 100 et la sévérité de l'atteinte à la qualité de vie reliée au poids peut être classifiée comme suit : 87,1 et plus (aucune atteinte), 79,5 à 87,0 (atteinte légère), 71,9 à 79,4 (atteinte modérée) et 71,9 et moins (atteinte sévère). Une amélioration significative du score total serait considérée lorsqu'il y a une augmentation entre 7 et 12 points entre le score initial, dépendamment de la sévérité initiale (Crosby, Kolotkin, & Williams, 2004). L'IWQOL-Lite est présenté en Annexe 8.

4.4.2 Indice de sévérité des crises de boulimie

La sévérité des crises de boulimie a été évaluée à l'aide du BES (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982). Il s'agit d'un test comportant 16 questions permettant de décrire les comportements, les sentiments et les cognitions reliées à une crise de boulimie auprès d'individus obèses. Ce questionnaire a aussi été utilisé dans l'étude québécoise de Gagnon Girouard et al. (2010). Il a été démontré que le BES permet de différencier les sujets qui ont des comportements reliés à une crise de boulimie modérée ou sévère de ceux qui n'en ont pas (Gormally et al., 1982). Une étude a démontré que le BES a une fiabilité au test-retest adéquate ($r = 0,87$) et que cet instrument constituerait une mesure valide pour déterminer la sévérité des comportements alimentaires non contrôlés (Timmerman, 1999).

Le score total varie entre 16 et 64 et la sévérité des épisodes varie selon les intervalles suivants : moins de 17 (nulle ou légère), 18 à 26 (modérée) et 27 et plus (sévére) (Marcus, Wing, & Lamparski, 1985). Le BES est présenté en Annexe 9.

4.4.3 Fréquence des crises de boulimie

Afin d'obtenir une fréquence par rapport aux crises de boulimie, un rappel des sept derniers jours a été utilisé comme il en a été question dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001). Un « calendrier » des sept derniers jours était remis aux participantes afin qu'elles inscrivent les journées où il y a eu des épisodes ainsi que le nombre d'épisodes pour chaque journée.

Plus le nombre de crises de boulimie augmente, plus la fréquence est élevée. Le rappel des sept derniers jours est présenté en Annexe 10.

4.4.4 Symptômes dépressifs

Les symptômes liés à la dépression ont été mesurés à l'aide du BDI. Il s'agit d'un questionnaire comportant 21 items qui mesurent les manifestations comportementales de la dépression (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Le BDI est un des instruments parmi les plus utilisés pour évaluer l'intensité de la dépression chez les dépressifs ainsi que pour détecter la dépression dans les populations normales. Cet inventaire fait preuve d'une bonne consistance interne avec un coefficient alpha moyen de 0,81 (0,73 à 0,92) parmi 15 échantillons de patients non psychiatriques (Beck, 1988). Aussi, une bonne validité concurrente a pu être établie en comparant le BDI à des évaluations cliniques de la dépression (coefficient de corrélation moyen de 0,60 pour la population non psychiatrique) et à d'autres instruments de mesure de la dépression tels que le *Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression* (coefficient de corrélation de 0,73 et 0,80 dans des populations non psychiatriques).

Le score total au BDI peut varier de zéro à 63 et la sévérité des symptômes dépressifs varie selon les intervalles suivants : 0 à 13 (minimal), 14 à 19 (léger); 20 à 28 (modéré) et 29 et plus (sévère). Le BDI est présenté en Annexe 11.

4.4.5 Insatisfaction corporelle

L'insatisfaction corporelle a été mesurée à l'aide du BSQ (Cooper, 1987). Il s'agit d'un questionnaire de 34 items mesurant la préoccupation à l'égard de la forme corporelle et du poids. Il est composé d'une échelle de six points : jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent, toujours. Ce questionnaire d'origine anglophone a été traduit et validé en français auprès de 242 étudiantes en France (Rousseau, Knotter, Barbe, Raich, & Chabrol, 2005). Cette validation a permis de démontrer que la version française du BSQ fait preuve d'une bonne consistance interne avec une fiabilité au test-retest satisfaisante (coefficient alpha de 0,94 au test et de 0,95 au retest).

Un score élevé serait en relation avec des préoccupations importantes liées à l'image corporelle. Il n'y a pas de seuils présentés dans la littérature pour classer l'importance des scores. Le BSQ est présenté en Annexe 12.

4.4.6 Acceptation par les participantes

L'acceptation par les participantes a été évaluée à l'aide d'un questionnaire d'évaluation à l'intention des participantes (Annexe 13) en colligeant la satisfaction et l'appréciation de celle-ci à l'égard de plusieurs éléments, dont le contenu des séances, le déroulement de celles-ci, le lieu, etc. Ce questionnaire, inspiré de celui utilisé par l'organisme ÉquiLibre pour l'évaluation de ses programmes par les participantes, comporte des éléments quantitatifs et d'autres qualitatifs. En effet, la satisfaction et l'appréciation du programme est évaluée à l'aide d'une échelle de *Likert* à cinq points. Des questions ouvertes ont aussi été posées à titre informatif, sur l'appréciation du programme et les séances de méditations en pleine conscience. Également, le taux de participation a été comptabilisé à chaque séance.

Finalement, deux variables ont été mesurées directement soit le poids corporel et la taille.

4.4.7 Poids corporel

La pesée a été effectuée à l'aide de la balance Tanita à la Clinique universitaire de nutrition au Département de nutrition de l'Université de Montréal. Cette étape était effectuée dans une salle fermée et les participantes étaient appelées à tour de rôle, afin de respecter l'intimité des participantes et d'assurer la confidentialité. Cela a été réalisé avant la première séance de groupe ainsi qu'immédiatement après la dernière séance du programme. Le poids corporel sert au calcul de l'IMC.

4.4.8 Taille

La taille a été mesurée à l'aide d'une toise à la Clinique universitaire de nutrition au Département de nutrition de l'Université de Montréal. Cette étape était faite au même moment que la pesée. La taille sert au calcul de l'IMC.

4.5 Analyses statistiques

Des analyses descriptives (moyenne, écart-type) ont été effectuées pour caractériser la population à l'étude ainsi que pour les variables à l'étude. Des tests t de Student pour échantillons appariés ont été utilisés pour comparer deux temps à l'intérieur du groupe expérimental (intragroupe): avant l'initiation du programme et au terme du programme.

Le questionnaire d'évaluation à l'intention des participantes et le taux de participation ont été analysés de façon quantitative par des statistiques descriptives. La saisie des données ainsi que l'analyse a été faite à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS.

4.6 Budget

Il s'agissait d'un projet de recherche non financé. Aucun frais n'a été chargé aux participantes et aucune compensation ne leur a été remise pour participer à cette étude.

Une bourse d'études de la Faculté des Études Supérieures du Département de Nutrition de l'Université de Montréal a été obtenue à l'automne 2011 par la candidate.

4.7 Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (Annexe 14) ainsi que par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM (Annexe 15).

5. Résultats

La présente section abordera les divers résultats de l'étude. Premièrement, la caractérisation de la population à l'étude sera présentée. Ensuite, les résultats obtenus pour chacune des variables dépendantes de l'étude, soit la qualité de vie reliée au poids, la sévérité et la fréquence des épisodes d'HB, les symptômes dépressifs, l'insatisfaction de l'image corporelle, le poids corporel et l'acceptation par les participantes (taux de participation, appréciation) seront traités.

5.1 Caractérisation de la population à l'étude

Les caractéristiques descriptives de la population à l'étude, constituée exclusivement de femmes répondant aux critères d'inclusion et ne présentant aucun critère d'exclusion, sont présentées dans le tableau 3. Les sujets étaient âgés entre 34 et 57 ans, pour une moyenne de 46,4 ans \pm 7,8 au moment du recrutement. Le poids corporel des participantes était situé entre 72 et 110 kg, pour un poids moyen de 93,0 \pm 13,1 kg. Ces données permettent le calcul de l'IMC moyen qui était de 34,3 \pm 5,2 kg/m², variant de 26,8 à 41,3 kg/m². Ainsi, 36,4 % des participantes présentaient de l'embonpoint, 9,1% de l'obésité classe I, 45,2% de l'obésité classe II et 9,1% de l'obésité classe III selon la classification de l'OMS (World Health Organisation).

Tableau 4: Caractéristiques descriptives de la population à l'étude (N=11)

Âge (années)	46,4 \pm 7,8
Poids (kg)	93,0 \pm 13,1
IMC (kg/m ²)	34,3 \pm 5,2

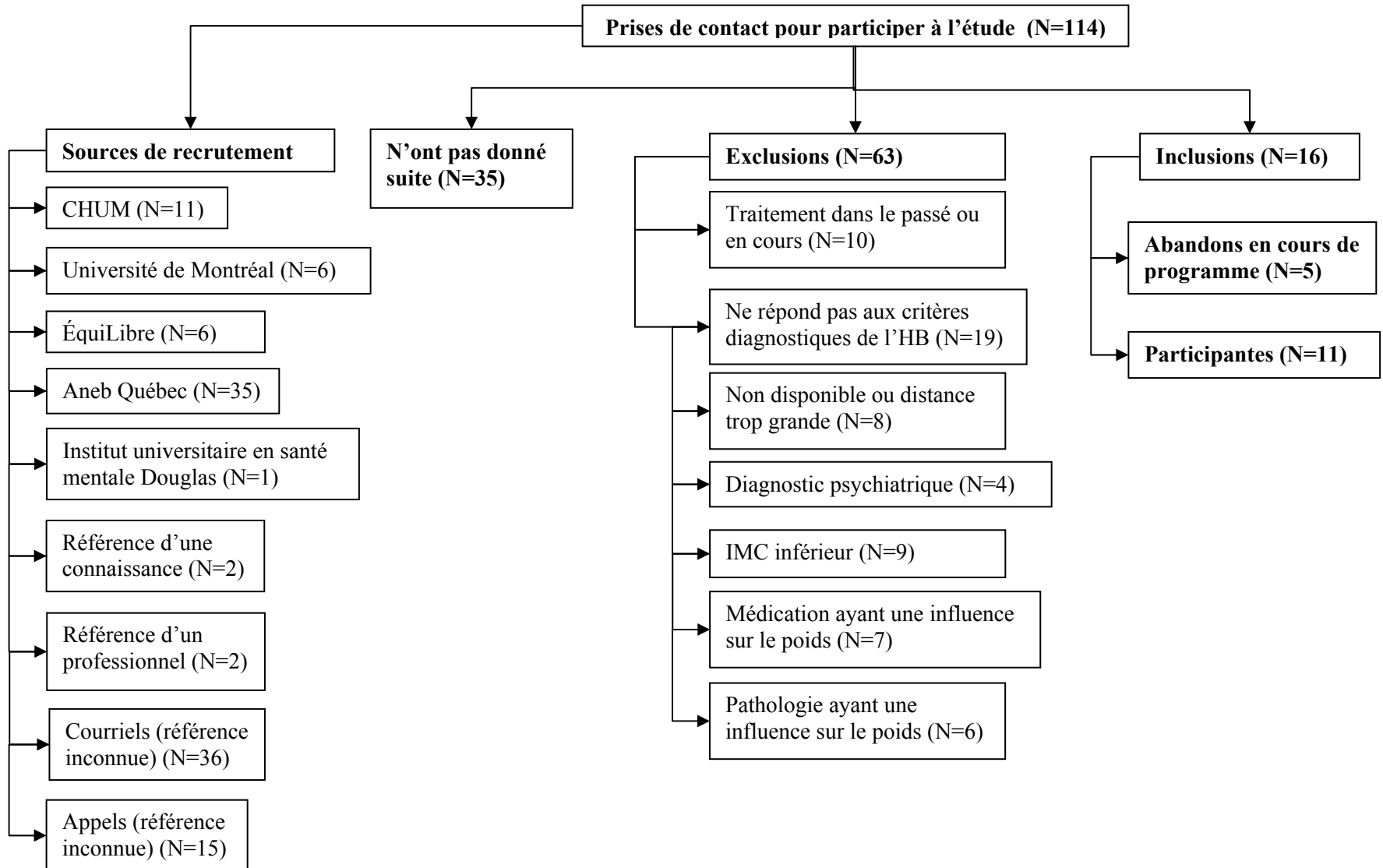
Les résultats sont exprimés en moyennes \pm écart-type

5.2 Taux de participation

La figure 1 illustre les demandes de participation ou d'informations reçues durant le recrutement ainsi que les diverses raisons pour lesquelles les femmes se devaient d'être exclues du projet de recherche. Au total, 114 prises de contact pour participer à l'étude ou avoir davantage de renseignements ont eu lieu. Durant le processus, il y a eu 63 exclusions correspondant à 55,3% des prises de contact initiales.

Ainsi, 16 femmes ont été retenues pour participer à l'étude, soit 14,0% (16 sujets sur 114). Puis, 11 ont complété l'étude, il y a eu 31,3% (5 participantes sur 16) des sujets qui ont abandonné en cours d'étude. Deux abandons se sont faits sans avis, un en raison du déplacement hebdomadaire exigé et deux par manque de temps.

Figure 1: Schéma détaillant les inclusions et les exclusions des sujets à l'étude.



5.3 Qualité de vie reliée au poids

Le tableau 4 présente les résultats obtenus à l'IWQOL-Lite pré intervention et post intervention. Pour notre échantillon, le score total initial de l'IWQOL-Lite est de $57,8 \pm 10,8$ correspondant à une atteinte sévère à la qualité de vie. Le score moyen obtenu en post intervention de $66,2 \pm 14,2$ est augmenté, mais correspond aussi à une atteinte sévère. La différence entre les deux scores totaux, de $8,4 \pm 13,3$, démontrerait une amélioration significative puisque située entre sept et 12 points, un seuil déterminé par les concepteurs de cet outil (Crosby, Kolotkin, & Williams, 2004). Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative ($p < 0,063$).

Certains résultats concernant les échelles du IWQOL-Lite, permettent d'observer une différence significative entre les valeurs pré et post intervention. C'est le cas pour l'estime de soi, et le travail, qui démontrent tous deux une amélioration statistiquement significative ($p < 0,025$ et $p < 0,043$ respectivement). Notons une augmentation des scores en post intervention pour la mobilité, la vie sexuelle et la vie sociale, mais ces différences n'atteignent pas le seuil de signification.

Tableau 5 : Score total et scores des sous-échelles du IWQOL-lite pré et post intervention pour le groupe expérimental (N=11)

	Pré	Post	p
IWQOL-Lite			
Mobilité	$58,5 \pm 17,2$	$65,9 \pm 24,4$	0,141
Estime de soi	$33,8 \pm 17,0$	$46,7 \pm 16,6$	0,025*
Vie sexuelle	$50,6 \pm 22,2$	$54,0 \pm 23,1$	0,589
Vie sociale	$80,0 \pm 18,4$	$86,3 \pm 19,9$	0,236
Travail	$77,9 \pm 18,0$	$88,0 \pm 15,2$	0,043*
Total	$57,8 \pm 10,8$	$66,2 \pm 14,2$	0,063

Les résultats sont exprimés en moyennes \pm écart-type

*valeur significative à un seuil de $p < 0,05$

Test de t pour échantillon apparié

La mesure post-intervention a été réalisée immédiatement après la dernière séance d'intervention.

Interprétation du score total : 87,1 et plus (aucune atteinte), 79,5 à 87,0 (atteinte légère), 71,9 à 79,4 (atteinte modérée) et 71,9 et moins (atteinte sévère).

5.4 Fréquence des crises de boulimie

Le tableau 6 présente la fréquence moyenne des crises de boulimie en termes de jours et du nombre de crises dans les sept derniers jours, et ce, en pré et post intervention. En pré intervention, la fréquence moyenne de crises de boulimie dans notre échantillon correspondait à une sévérité modérée selon le DSM-V alors que suite à l'intervention, le niveau de sévérité était plutôt léger. En effet, la fréquence moyenne, autant en jours, qu'en nombre d'épisodes, a diminué suite à l'intervention. Toutefois, ce n'est qu'en termes de jours que la différence est statistiquement significative ($p < 0,007$), pour une diminution moyenne de $2,1 \pm 2,1$ jours. Notons qu'au terme de l'intervention, 36,4% des participantes étaient abstinentes en ce qui a trait aux crises de boulimie comparativement à 0,1 % au départ, c'est-à-dire qu'une seule participante a rapporté n'avoir fait aucune crise de boulimie dans la dernière semaine avant la première séance du programme. La diminution en termes du nombre de crises était tout de même de $2,5 \pm 5,7$ crises dans les sept derniers jours.

Tableau 6: Fréquence moyenne des crises de boulimie en termes de jours et du nombre de crises dans les sept derniers jours, pré et post intervention pour le groupe expérimental (N = 11)

	Pré	Post	p
Fréquence (jours)	4,3 ± 2,4	2,2 ± 2,6	0,007*
Fréquence (épisodes)	6,2 ± 5,0	3,7 ± 6,4	0,184

Les résultats sont exprimés en moyennes ± écart-type

* valeur significative à un seuil de $p < 0,05$

Test de t pour échantillon apparié

La mesure post-intervention a été réalisée immédiatement après la dernière séance d'intervention.

Degrés de sévérité selon le nombre de crises de boulimie par semaine: Léger (1 à 3), modéré (4 à 7), sévère (8 à 13) et extrême (14 et plus).

5.5 Indice de sévérité des crises de boulimie

Le tableau 5 présente les scores obtenus au BES avant et après l'intervention. Le score moyen obtenu initialement correspond à des comportements alimentaires non contrôlés sévères. Suite à l'intervention, le score moyen a diminué de $10,9 \pm 7,7$ et

cette différence est statistiquement significative. De plus, ce score a diminué en importance sur le plan clinique, correspondant à un indice de sévérité modéré.

Tableau 7 : Scores moyens du BES pré et post intervention pour le groupe expérimental (N = 11)

	Pré	Post	p
BES	28,8 ± 8,3	17,9 ± 6,2	0,001*

Les résultats sont exprimés en moyennes ± écart-type

* valeur significative à un seuil de $p < 0,05$

Test de t pour échantillon apparié

La mesure post-intervention a été réalisée immédiatement après la dernière séance d'intervention.

Interprétation du score : moins de 17 (nulle ou légère), 18 à 26 (modérée) et 27 et plus (sévère).

5.6 Symptômes dépressifs

Le tableau 7 présente les scores obtenus au BDI dans l'échantillon en pré intervention et en post-intervention. La moyenne des scores obtenus au BDI suite à l'intervention est statistiquement et significativement inférieure à celle obtenue initialement ($p < 0,001$), avec une diminution moyenne de $8,3 \pm 5,7$. Une atteinte légère était observée initialement, puis suite à l'intervention, le score moyen démontre une atteinte minimale.

Tableau 8: Scores moyens du BDI pré et post intervention pour le groupe expérimental (N = 11)

	Pré	Post	p
BDI	17,9 ± 10,1	9,6 ± 8,4	0,001*

Les résultats sont exprimés en moyennes ± écart-type

* valeur significative à un seuil de $p < 0,05$

Test de t pour échantillon apparié

La mesure post-intervention a été réalisée immédiatement après la dernière séance d'intervention.

Interprétation du score : 0 à 13 (minimal), 14 à 19 (léger); 20 à 28 (modéré) et 29 et plus (sévère)

5.7 Insatisfaction corporelle

Le tableau 8 présente les scores obtenus au BSQ dans l'échantillon au départ et après l'intervention. Une diminution moyenne du score de $32,8 \pm 17,1$ entre le score moyen pré et post intervention a pu être observée et cette diminution est significative

($p < 0,000$). Il est toutefois impossible de déterminer s'il s'agit d'une diminution cliniquement significative puisqu'aucune indication quant à l'interprétation du score n'existe pour ce test.

Tableau 9: Résultats moyens du BSQ pré et post intervention pour le groupe expérimental (N = 11)

	Pré	Post	p
BSQ	140,7 ± 25,2	107,9 ± 30,0	0,000*

Les résultats sont exprimés en moyennes ± écart-type

* valeur significative à un seuil de $p < 0,05$

Test de t pour échantillon apparié

La mesure post-intervention a été réalisée immédiatement après la dernière séance d'intervention.

Interprétation du score : non disponible.

5.8 Poids corporel et indice de masse corporelle

Le tableau 9 présente le poids corporel et l'IMC moyen des participantes à l'étude pour le pré et post intervention. Le poids corporel moyen des participantes a diminué de $1,3 \pm 2,6$ kg, mais cette différence n'est pas significative. Également, l'IMC moyen des sujets a diminué légèrement ($0,5 \pm 1,0$ kg/m²) au terme de l'intervention, toutefois cette différence n'est pas significative ($p < 0,134$).

Tableau 10 : Poids corporel et IMC moyen pré et post intervention pour le groupe expérimental (N=11)

	Pré	Post	p
Poids (kg)	93,0 ± 13,1	91,7 ± 12,5	0,125
IMC (kg/m ²)	34,3 ± 5,2	33,8 ± 5,1	0,134

Les résultats sont exprimés en moyennes ± écart-type

* valeur significative à un seuil de $p < 0,05$

Test de t pour échantillon apparié

La mesure post-intervention a été réalisée immédiatement après la dernière séance d'intervention.

5.9 Acceptation par les participantes

L'acceptation par les participantes a été évaluée selon le taux de participation aux séances ainsi que par le biais d'un questionnaire d'évaluation rempli suite au programme.

5.9.1 Taux de participation aux séances de groupe

Le tableau 10 présente le taux de participation aux rencontres de groupe en nombre de séances pour chacune des participantes. Il est possible d'observer une participation moyenne à sept séances et demie sur huit, correspondant à 93,7%. Au total, sept sujets ont eu un taux de participation de 100,0%, tandis que deux sujets ont eu un taux de participation de 87,5% et deux autres, de 75,0%.

Tableau 11: Nombre de séances auxquelles chacun des sujets a assisté (N=11)

Participant	Nombre de séances auxquelles les participantes ont assisté (sur 8)
1	8
2	8
3	8
4	6
5	8
6	8
7	7
8	7
9	8
10	8
11	6
Moyenne	7,5

5.9.2 Satisfaction des participantes

5.9.2.1 Degré d'appréciation

Le tableau 11 présente le degré d'appréciation des sujets pour chacun des éléments évalués (N=11). La satisfaction varie de 3,8 à 4,9 sur cinq, pour une moyenne de 4,6 sur cinq. Les animatrices et le choix des activités ont été les éléments les plus satisfaisants pour les participantes. Également, la qualité de l'animation, la fréquence des séances ainsi que les discussions de groupe ont été très satisfaisantes. Le nombre de séances ressort comme l'élément le moins satisfaisant, puis moindrement, les méditations et le lieu de rencontre.

Tableau 12 : Degré d'appréciation concernant le contenu et l'organisation du programme

Degré d'appréciation concernant le contenu et l'organisation du programme	Satisfaction
Le programme de façon générale	4,6
La clarté des notions	4,6
Les animatrices	4,9
La qualité de l'animation	4,8
Le choix des activités	4,9
Le nombre de séances	3,8
La fréquence des séances	4,7
Les devoirs à la maison	4,6
Les discussions en groupe	4,8
Le cahier	4,6
Le lieu de rencontre	4,3
Les méditations	4,1
Je recommanderais ce programme à une amie	4,9
Moyenne	4,6

Interprétation du score : 1 (pas du tout), 2 (un peu), 3 (moyennement), 4 (beaucoup), 5 (tout à fait).
Ces données ont été recueillies immédiatement après la dernière séance d'intervention.

5.9.2.2 Pertinence du contenu du programme

Le tableau 12 présente la pertinence du contenu du programme évaluée par les participantes du groupe à l'étude (N=11). La pertinence varie de 4,7 à 4,9 sur cinq, pour une moyenne de 4,8 sur cinq. Les séances portant sur l'HB et les émotions sont celles ayant été jugées comme les plus pertinentes par les participantes. Les régimes et l'image corporelle, la restructuration cognitive ainsi que le maintien des acquis sont les thématiques ayant été jugées plus faiblement, quoique leur pertinence soit très élevée.

Tableau 13 : Degré d'appréciation concernant le contenu du programme

Degré de satisfaction concernant la pertinence des différentes parties du programme	Pertinence
Séance d'information initiale	4,8
Séance 1 : Introduction et mise à jour des connaissances en nutrition	4,7
Séance 2 : Signaux de faim et de satiété, assiette équilibrée	4,8
Séance 3 : Les régimes et l'image corporelle	4,7
Séance 4 : Mieux comprendre l'hyperphagie boulimique	4,9
Séance 5 : Les émotions	4,9
Séance 6 : Recadrer ses pensées	4,7
Séance 7 : Résolution de problèmes	4,8
Séance 8 : Maintien des acquis	4,7
Moyenne	4,8

Interprétation du score : 1 (pas du tout), 2 (un peu), 3 (moyennement), 4 (beaucoup), 5 (tout à fait).
Ces données ont été recueillies immédiatement après la dernière séance d'intervention.

Les réponses obtenues aux questions ouvertes, recueillies à titre informatif, sont présentées en Annexe 16.

6. Discussion

L'HB témoignant d'une grande souffrance et de multiples effets concomitants, nécessite que des traitements adaptés soient étudiés. Or, dans le cadre de la présente recherche, une intervention basée sur la TCC a été adaptée et étudiée auprès d'un échantillon de femmes aux prises avec l'HB. Dans un premier temps, les effets potentiels de l'intervention de groupe sur la qualité de vie reliée au poids, la fréquence et la sévérité des épisodes d'HB, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids des femmes présentant un surplus de poids et souffrant d'HB, ont été étudiés. Puis, le degré d'acceptation par les participantes, soit leur satisfaction, la pertinence des éléments du programme et le taux de participation ont été documentés.

6.1 Interprétation des résultats

6.1.1 Population à l'étude

Notre population à l'étude comportait 11 participantes souffrant d'HB et présentant de l'embonpoint ou de l'obésité. Il s'agit d'une petite taille d'échantillon en comparaison avec les études recensées. Toutefois, il s'agissait d'une étude-pilote visant à documenter pour une première fois ce type d'intervention, ce qui justifie une taille d'échantillon plus faible. Parmi les études les plus similaires, notons des tailles d'échantillon de 21 sujets (Duchesne et al., 2007; Shelley-Ummenhofer, 2001), de 28 sujets (Hilbert & Tuschen Caffier, 2004), de 36 sujets (Schlup et al., 2009), de 38 sujets (Courbasson et al., 2011; Woolhouse et al., 2012) et de 52 sujets (Dingemans et al., 2007). Cette différence peut aussi s'expliquer par les difficultés que nous avons éprouvées en lien avec le recrutement des participantes.

Les femmes étaient âgées entre 34 et 57 ans, avec une moyenne d'âge de $46,4 \pm 7,8$ ans, ce qui est similaire à la plupart des études, pour lesquelles la moyenne d'âge était de 44,3 ans (Schlup et al., 2009), de 37,2 ans (Duchesne et al., 2007), de 37,6 ans (Dingemans et al., 2007), de 40,4 (Hilbert & Tuschen Caffier, 2004), et de 42 ans (Courbasson et al., 2011). Dans l'étude de Woolhouse et al. (2012), l'âge moyen des participantes était de 32,2 ans, ce qui est inférieur à la moyenne d'âge de nos sujets. Le

fait que des individus atteints de boulimie ou de TANS, dont l'âge moyen d'apparition est inférieur à celui de l'HB, aient été inclus dans cette étude, abaisse probablement la moyenne d'âge du groupe.

6.1.2 Taux de participation à l'étude

Lors du recrutement pour notre étude, 14,0 % des sujets intéressés ont été inclus. Ce pourcentage fait ressortir les difficultés éprouvées pour la formation de groupes de sujets répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion déterminés. En effet, de multiples stratégies ont dû être mises en place sur une période de un an et demi, en augmentant les sources de recrutement, pour arriver à former trois groupes de femmes. Ce pourcentage est tout de même similaire à celui obtenu dans l'étude de Grilo et al. (2011) qui était de 13,1%, de Peterson et al. (2009) qui était de 13,5% ainsi que de Wilfey et al. (2002) qui était de 16,6%. Toutefois, la majorité des études présentaient plutôt des pourcentages d'inclusion se situant entre 20,4% et 35,0% (Dingemans et al., 2007; Duchesne et al., 2007; Hilbert & Tuschen Caffier, 2004; Munsch, 2007; Riva et al., 2003; Schlup et al., 2009; Tasca et al., 2006). Ceci peut s'expliquer par le fait que pour la plupart d'entre elles, moins de critères d'inclusion et d'exclusions ont été considérés. Par exemple, certaines études n'excluaient pas la prise de médication pouvant avoir un effet sur le poids alors que le poids était mesuré. Également, les méthodes de recrutement ont certainement pu avoir une influence puisque dans certaines études, le recrutement se faisait via des cliniques de TCA ou encore dans les médias, impliquant un budget considérable. Dans les études de Shapiro et al. (2007) et Woolhouse et al. (2012), des pourcentages respectifs de 37,3% et 70,3% d'inclusion ont été rapportés. Cette grande différence avec notre étude peut s'expliquer, entre autres, par le fait que l'inclusion ne se limitait pas à des sujets répondant aux critères diagnostiques de l'HB.

Pour ce qui est du taux d'abandon, ce sont 31,3 % des sujets inclus dans notre étude qui ont abandonné au cours de la recherche. En comparaison avec les études les plus comparables à la nôtre, ce pourcentage est supérieur. En effet, Dingemans et al. (2007), Woolhouse et al. (2012), Schulp et al. (2009), Duchesne et al. (2007), Hilbert et al. (2004), et Courbasson et al. (2011) ont obtenu respectivement des taux

d'abandons de 3,8%, 12,0%, 13,2%, 14,2%, 14,3%, et 23,7%. Ces pourcentages sont aussi similaires à ceux des autres études portant sur la TCC qui ont été citées dans la recension des écrits qui, en moyenne, se situaient autour de 16,5% d'abandon, variant de 3,1 % à 40,9%. La supériorité du taux d'abandon dans notre étude peut s'expliquer par notre petite taille d'échantillon qui fait en sorte que chaque désistement exerce un poids important sur le taux d'abandon. L'effet d'entraînement et la dynamique de groupe, qui est encore plus importante considérant la petite taille des groupes, ont également pu avoir un impact. Aussi, il s'agissait de la première fois que cette intervention était donnée et donc, le caractère novateur de l'approche a pu déstabiliser les participantes. Aussi, notons que les abandons ont diminué entre la première fois que l'intervention a été dispensée (trois désistements), la deuxième (deux désistements) et la troisième (zéro désistement). Ceci laisse présumer que les intervenantes étaient plus à l'aise pour animer le groupe, ce qui a pu favoriser la rétention. Toutefois, n'oublions pas qu'il s'agit d'intervention auprès d'individus et donc, que certains facteurs demeurent incontrôlables tels des problèmes de santé qui sont survenus au cours du programme, des difficultés familiales et un changement d'horaire de travail, tel que trois des participantes l'ont justifié lors de leur désistement. Seulement deux participantes n'ont pas expliqué leur retrait de l'étude et il est possible de croire que leur motivation au changement était limitée alors que notre programme demande de passer à l'action chaque semaine par le biais d'exercices concrets.

6.1.3 Qualité de vie reliée au poids

Les résultats obtenus au IWQOL-Lite dans notre étude ont permis d'observer une amélioration cliniquement significative de $8,4 \pm 13,3$ points du score total de la qualité de vie reliée au poids. Ceci confirme notre hypothèse de départ. Toutefois, une atteinte sévère à la qualité de vie reliée au poids est demeurée suite à l'intervention. Ceci n'est pas surprenant et peut s'expliquer par la relativement courte durée du programme, c'est-à-dire que huit semaines peuvent ne pas être suffisantes pour améliorer de façon considérable la qualité de vie d'une personne. Parmi les sous-échelles de ce questionnaire, l'estime de soi et le travail ont aussi été améliorés de façon statistiquement significative. L'amélioration de l'estime de soi pourrait

s'expliquer par certaines thématiques ayant été abordées dans l'intervention (attitude positive par rapport au corps et à soi, gestion des émotions, résolution de problème). Pour le travail, sous-échelle qui fait référence à sa capacité d'accomplir ses tâches malgré son poids, il est possible de croire que l'amélioration des symptômes associés à l'HB a contribué à une augmentation de la qualité de vie en lien avec le travail. Aussi, les participantes ont pu être en mesure de réaliser que leur poids ne devrait pas nuire à leur reconnaissance au travail, par exemple. Parmi les autres sous-échelles, l'absence d'un changement significatif du poids a pu contribuer à ne pas améliorer significativement la mobilité. Il en est de même pour la sexualité qui peut être étroitement liée au poids et qui n'était pas un sujet traité dans l'intervention. Pour ce qui est de la vie sociale, qui n'a pas également été améliorée significativement, cela peut encore une fois être lié à la courte durée de l'intervention qui ne peut certainement pas améliorer toutes les sphères de la vie d'une personne.

Peu d'études ont considéré la qualité de vie reliée au poids comme mesure des effets d'un programme de TCC en groupe. En fait, seulement Peterson et al. (2009) l'ont mesurée à l'aide du IWQOL-Lite et leurs résultats n'ont pas permis de voir une amélioration clinique de la qualité de vie pour les différents types de traitements à l'étude, et ce, en comparaison avec une liste d'attente. C'est d'ailleurs le cas pour les autres mesures telles la dépression et la qualité de vie dans cette étude qui n'ont pas permis de voir d'amélioration. Ces résultats ne sont toutefois pas expliqués par les auteurs. Pourtant, les interventions proposées dans cette étude étaient d'une durée de 15 semaines. Les auteurs élaborent peu sur le contenu des séances, mais il est possible de supposer que notre programme comportait davantage d'éléments ayant permis d'améliorer la qualité de vie. Ainsi, il est important de souligner que non seulement la qualité de vie a été considérée dans notre étude comme un indice d'amélioration globale chez les participantes, mais en plus, notre intervention a permis de noter une amélioration significative.

6.1.4 Fréquence de crises de boulimie

Une diminution moyenne du nombre de jours comportant des crises de boulimie de $2,1 \pm 2,1$ jours dans les sept derniers jours a été trouvée statistiquement

significative suite à l'intervention au sein de notre échantillon. Le programme a donc été efficace pour diminuer le nombre de jours où il y avait des crises, corroborant ainsi notre hypothèse. Ce résultat est intéressant puisque les participantes ont tendance à mesurer leur progrès en termes du nombre de crises de boulimie. Par contre, bien qu'une diminution de $2,5 \pm 5,7$ crises dans les sept derniers jours ait aussi été notée, celle-ci ne s'est pas avérée significative. Sur le plan clinique, cette différence a permis de faire passer le degré de sévérité de l'HB de modéré à léger. Cela peut s'expliquer par le fait que malgré la diminution en termes de jours, il a pu y avoir plus d'une crise par jour ou encore, par la grande variabilité entre les participantes (tel que démontré par l'écart-type élevé) ainsi que la petite taille d'échantillon diminuant la puissance statistique.

Parmi les études les plus similaires à la nôtre, Hilbert et al. (2012) ont rapporté des résultats comparables. En effet, une diminution moyenne de 2,3 crises et de 2,4 crises par semaine a été observée suite à leurs interventions basées sur la TCC (avec exposition au corps et avec restructuration cognitive de l'image corporelle). Ces résultats ont toutefois été obtenus à l'aide du calcul d'une moyenne par semaine à partir du nombre de crises de boulimie dans les 28 derniers jours en comparaison à notre rappel des sept derniers jours. Peterson et al. (1998) ainsi que Vanderlinden et al. (2012) présentent aussi une réduction similaire, soit de 2,7 jours dans la dernière semaine. Elle est tout de même légèrement supérieure, ce qui peut s'expliquer par le fait que leurs interventions étaient dispensées sur 14 et 24 semaines respectivement, laissant plus de temps pour l'amélioration du symptôme.

La diminution de la fréquence obtenue dans notre échantillon est supérieure à celles obtenues par Duchesne et al. (2007), Schulp et al. (2009) et Ashton et al. (2009) qui rapportaient respectivement des diminutions de 1,4 crise, 1,58 crise et 1,66 crise dans les sept derniers jours. Le fait que l'intervention d'Ashton et al. n'ait été que de quatre semaines explique sûrement cette différence. Par contre l'intervention de Duchesne et al. comportait 19 séances hebdomadaires et la sévérité des crises de boulimie a diminué de façon importante. Cet argument ne tient pas pour Schulp dont l'intervention était sur huit séances en plus des cinq séances de type « booster » à

quelques mois d'intervalle. Il est possible de penser que la diminution des crises s'est amoindrie suite à l'intervention initiale.

À l'opposé, dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), une diminution significative de 3,85 crises dans les sept derniers jours a été trouvée, correspondant à une diminution de 59,0%. Nos résultats sont moindres avec une diminution de l'ordre de 40%. Notons toutefois qu'il n'y avait pas de diagnostic d'HB pour l'inclusion des participantes dans l'étude de Shelley-Ummenhofer. Ceci a pu résulter en un degré moindre de sévérité de l'HB chez les participantes et donc, permettre une amélioration plus considérable ou rapide du symptôme.

Notons tout de même que sur le plan de l'abstinence, ce sont 36,4% de nos participantes qui étaient abstinentes de crises de boulimie dans la dernière semaine au terme de l'intervention, ce qui se rapproche du taux observé par Shelley-Ummenhofer (2001) de 38,5% et par Ashton et al. (2009) de 37,8%. Les autres études ayant mesuré le taux d'abstinence considéraient les 28 derniers jours sans crise de boulimie, ce qui limite la comparaison des résultats avec le nôtre.

6.1.5 Indice de sévérité des crises de boulimie

La diminution statistiquement significative au BES observée dans notre étude était de $10,9 \pm 7,7$. Elle était aussi cliniquement significative puisqu'initialement le score moyen correspondait à des comportements non contrôlés sévères, alors que suite au programme, les comportements étaient modérés selon les seuils déterminés pour ce questionnaire. Notre hypothèse s'est donc vue confirmée et ceci souligne l'efficacité du programme pour diminuer la sévérité des crises de boulimie. Ceci est comparable à l'étude d'Ashton et al. (2009), pour laquelle une diminution significative de 8,3 du score au BES a été trouvée auprès de sujets en attente d'une chirurgie bariatrique. La réduction que nous avons observée est également supérieure à celle obtenue dans l'étude de Ricca et al. (2010), qui était de 4,5. Cette différence peut être expliquée par l'inclusion de sujets rapportant une fréquence de crise de boulimie inférieure à celle du critère du DSM-IV, laissant supposer une sévérité moindre. Par contre, Shelley-Ummenhofer (2001) et Duchesne et al. (2007) ont trouvé des diminutions plus importantes de la sévérité des pertes de contrôle, soit de 15,2 et de 15,4 respectivement.

De plus, suite à ces deux programmes d'intervention, les scores moyens correspondaient à une atteinte nulle ou légère, alors qu'initialement, l'atteinte était sévère. Rappelons que dans l'étude de Shelley-Ummenhofer (2001), les sujets ne répondaient pas nécessairement aux critères diagnostiques de l'HB, puisque les participantes devaient seulement rapporter des crises de boulimie pour être incluses. Ceci pourrait expliquer une sévérité moindre du trouble et donc, en permettre une amélioration plus rapide. Toutefois, pour Duchesne et al. (2007) un diagnostic d'HB était posé, la durée supérieure du programme peut alors probablement expliquer l'amélioration plus importante de la sévérité des crises de boulimie.

6.1.6 Symptômes dépressifs

Dans notre étude, nous rapportons une diminution statistiquement significative de $8,3 \pm 5,7$ au score du BDI suite à l'intervention. De plus, le score moyen de notre échantillon correspondait initialement à une atteinte légère tandis que suite au programme, l'atteinte est devenue minimale. Ceci confirme l'amélioration des symptômes dépressifs sur le plan clinique tel que supposé dans notre hypothèse et met en évidence l'utilité de notre programme quant à la diminution des symptômes dépressifs.

Ce résultat est comparable à celui observé par Dingemans et al. (2007) qui ont obtenu une réduction de 9,3 du score du BDI suite à leur intervention. Comparativement, Shelley-Ummenhofer (2001) et Duchesne et al. (2007) ont trouvé des réductions plus importantes du score de dépression avec respectivement une diminution de 14,4 et 11,4. Par contre, il est à remarquer que les résultats moyens obtenus par leurs échantillons suite à ces interventions correspondent à des atteintes minimales tout comme dans notre étude. Ainsi, sur le plan clinique, l'amélioration n'est pas plus significative. Notons aussi que 33% des sujets dans l'étude de Duchesne et al. étaient sous *Fluoxetine* en raison de trouble dépressif majeur, ce qui limite l'interprétation de ce résultat. Puis, ce sont des diminutions du score de dépression inférieures à la nôtre qui ont été décrites par Schulp et al. (2009) avec 1,86, par Hilbert et al. (2004) avec 3,3 pour le groupe avec restructuration cognitive pour l'image corporelle et 6,2 pour le groupe avec exposition au corps, ainsi que par Courbasson et

al. (2011) avec 5,68. Toutefois, dans cette dernière étude, 41% des sujets étaient en dépression et 20,5% présentaient un trouble de personnalité dépressive, limitant la comparaison de leurs résultats. Ainsi, notre intervention a été plus efficace pour améliorer les symptômes dépressifs.

6.1.7 Insatisfaction corporelle

Confirmant par le fait même notre hypothèse à cet égard, une amélioration significative de l'insatisfaction corporelle a été observée dans notre échantillon. L'image corporelle des participantes a donc été améliorée grâce à notre programme. En effet, une diminution de $32,8 \pm 17,1$ du score entre le début et la fin du programme a été observée. Cette diminution est comparable, voire même légèrement supérieure à celle observée par Duchesne et al. (2007), qui était de 28,5 au BSQ ainsi qu'à l'étude de Hilbert et al. (2004) pour laquelle le traitement mettant l'emphase sur l'exposition au corps a montré une diminution moyenne du score de 26,4 et le traitement avec un focus sur la restructuration cognitive en lien avec l'image corporelle montrait une diminution de 29,1. Il est étonnant de voir que notre intervention a été légèrement plus efficace ou équivalente pour diminuer l'insatisfaction corporelle en comparaison à une intervention axée plus spécifiquement sur cette problématique. Toutefois, Shelley-Ummenhofer (2001) a noté une diminution moyenne de 61,85 du score du BSQ, près du double de celle que nous avons trouvée. Pourtant, l'intervention de Shelley-Ummenhofer a fortement inspiré notre programme qui en constitue une version améliorée et plus longue. Aussi, les scores pour notre échantillon et celui de cette étude sont fortement comparables. Cette différence est difficilement explicable puisque même le poids des participantes n'a pas été significativement diminué dans l'étude de Shelley-Ummenhofer, ce qui aurait pu, dans le cas contraire, expliquer une amélioration de l'image corporelle.

6.1.8 Poids corporel et indice de masse corporelle

Le poids corporel des sujets à l'étude, de $93 \pm 13,1$ kg en moyenne et correspondant à un IMC de $34,3 \pm 5,2$ kg/m² était similaire dans les échantillons des études comparables, lorsque le poids et l'IMC étaient considérés. Par exemple, dans

l'étude de Shelley-Ummenhofer et al. (2001), les sujets devaient présenter un IMC supérieur à 30 kg/m^2 pour l'inclusion, toutefois la moyenne n'était pas fournie. Aussi, dans l'étude de Dingemans al. (2007), l'IMC moyen de l'échantillon était de $38,9 \text{ kg/m}^2$, dans l'étude de Duchesne et al. (2007), il était de $39,4 \text{ kg/m}^2$, puis pour Schulp et al. (2009), il était de $33,4 \text{ kg/m}^2$. Ceci est à considérer puisqu'il s'agit d'une caractéristique importante de la clientèle atteinte d'HB.

Notre intervention a mené à une diminution de $1,3 \pm 2,6 \text{ kg}$ du poids corporel, correspondant à une légère réduction de $0,5 \pm 1,0 \text{ kg/m}^2$ de l'IMC. Toutefois, ces deux résultats se sont avérés non significatifs, infirmant ainsi notre hypothèse initiale stipulant qu'une légère perte de poids serait observée au terme de l'intervention. Cela n'est pas surprenant compte tenu des objectifs de la TCC qui rappelons le, ne visent pas une diminution du poids corporel. En effet, la plupart des études recensées n'ont pas permis d'observer de perte de poids significative en post-traitement (Dingemans et al., 2007; Munsch, 2007; Schlup et al., 2009; Shelley-Ummenhofer, 2001; Tasca et al., 2006; Wilfley et al., 2002). Par contre, tel qu'abordé dans la recension des écrits, les interventions incluant une diète, de l'activité physique ou la prise de médication ayant un effet réducteur sur le poids, démontrent des résultats positifs. Toutefois, notre étude n'incluant pas ces volets, les interventions de ce type sont moins comparables. Bref, malgré la réduction du nombre de jours de crises de boulimie, la relativement courte durée de notre programme n'a pas su démontrer d'effets sur le poids corporel des participantes. Ceci souligne l'importance de poursuivre les études dans le domaine.

6.1.9 Acceptation par les participantes

6.1.9.1 Taux de participation aux séances de groupe

La participation aux séances pour notre étude a été de $93,8 \%$, ce qui est supérieur à toutes les études comparées. L'appréciation du programme semble avoir favorisé la participation aux séances. Ainsi, malgré les désistements, il semblerait que les participantes ayant assisté à toute la durée de l'intervention ont apprécié le programme au point d'y participer d'une façon considérable. Parmi les études les plus similaires, ce sont plutôt des taux de participation de $77,5\%$ (Schlup et al., 2009) et de $86,3\%$ (Hilbert & Tuschen Caffier, 2004) qui ont été rapportés. Également, Munsch et

al. (2007), Tasca et al. (2006) et Wilfey et al. (2002), ont obtenu respectivement 67,3%, 73,6% et 83,0% de participation aux séances. Cette différence avec la nôtre peut être expliquée par le nombre de séances. En effet, ces programmes comportaient de 16 à 20 séances, ce qui augmente le risque d'absentéisme.

6.1.9.2 Satisfaction des participantes

La satisfaction des participantes, mesurée par le degré d'appréciation concernant le contenu et l'organisation du programme, était en moyenne de 4,6 sur cinq, ce qui est élevé. Il est possible de conclure que le programme a été apprécié par les participantes. Une seule autre étude a évalué l'acceptation par les participantes et le score moyen obtenu était de 4,41 sur cinq, ce qui est inférieur à notre programme (Ashton et al., 2009). Parmi les éléments ayant contribué à l'appréciation dans notre échantillon, les animatrices et le choix des activités sont ressortis comme les plus satisfaisants. Toutefois, le nombre de séances a été l'élément le moins satisfaisant avec un score de 3,8 sur cinq. Ceci est ressorti dans les commentaires recueillis de façon informelle par les participantes. En fait, elles nommaient le fait qu'elles auraient aimé avoir plus de séances. Aussi, ce score peut s'expliquer par le fait que huit séances peuvent paraître peu pour améliorer les symptômes de l'HB. Les méditations en pleine conscience ont obtenu un score de satisfaction de 4,1 sur cinq. Elles ont donc été beaucoup appréciées par les participantes.

Puis, la pertinence des différentes parties du programme était en moyenne de 95,5%, ce qui confirme la pertinence de cette intervention aux yeux des participantes. Aucune donnée dans la littérature recensée ne permet de comparaison similaire avec nos données.

6.2 Forces et limites de l'étude

À notre connaissance, cette recherche est la première au Québec à évaluer les effets d'une intervention de groupe destinée à des femmes souffrant d'HB. Remarquant un manque de services destinés aux personnes aux prises avec l'HB, qui représente une problématique de plus en plus rencontrée en clinique, cet aspect novateur constitue une

grande force. Elle pourra être utile à d'autres nutritionnistes ou intervenants psychosociaux qui interviennent auprès de cette clientèle. Le programme comporte aussi des éléments qui sont plus récemment étudiés dans la littérature en lien avec les TCA, telle la méditation en pleine conscience. Ceci constitue d'ailleurs un ajout au programme de Shelley-Ummenhofer (2001). Aussi, le nombre de séances a été augmenté et l'expertise d'une psychothérapeute et d'une nutritionniste spécialisées dans le domaine des TCA a été mise à profit pour bonifier le contenu des séances et y inclure plus de concepts nutritionnels. La qualité de vie reliée au poids a également été considérée parmi les mesures, alors qu'elle a été très peu considérée dans la littérature jusqu'à maintenant. L'utilisation de questionnaires validés en français constitue une autre force. Aussi, les participantes ont pu bénéficier du programme gratuitement. Puis, nos nombreux critères d'inclusion et d'exclusion font preuve de rigueur scientifique tout en assurant une population des plus homogènes. D'ailleurs, notons que nos participantes répondaient aux critères diagnostiques de l'HB, ce qui est un point fort. Par contre, les critères rigoureux ont mené à des difficultés en termes de recrutement, ayant eu pour résultat un faible taux de participation et une petite taille d'échantillon, constituant par le fait même une limite importante de notre étude. Toutefois, il importe de rappeler qu'il s'agissait d'une étude-pilote, ce qui implique un échantillon de plus petite taille. Également, malgré ce faible nombre de participantes, des résultats positifs ont été observés. Par ailleurs, notre étude ne comportait pas de groupe contrôle, ce qui n'a pas permis la comparaison des effets observés à ceux qui auraient pu être observés si les femmes avaient été mises sur une liste d'attente ou encore par la participation à d'autres programmes, ce qui limite la portée de nos résultats. Rappelons, qu'initialement, un groupe contrôle était prévu, mais que les difficultés reliées au recrutement et les délais liés à cette recherche ont fait en sorte que nous avons dû prioriser l'inclusion des sujets dans un groupe expérimental, et ce, malgré tous les efforts supplémentaires mis pour augmenter le recrutement. Aussi, nous avons validé auprès de nos participantes qu'elles n'avaient pas débuté d'autres thérapies ou démarches en même temps que notre intervention, ce qui minimise les chances que les résultats observés reflètent l'adhésion à un autre programme. Puis, il aurait été intéressant de considérer le stade de motivation des participantes initialement et

d'observer si cela aurait pu avoir un impact sur les désistements par exemple. D'ailleurs, une limite se doit d'être considérée puisque les femmes ayant participé à cette étude sont probablement plus motivées que d'autres à voir une amélioration de leur état, ce qui a pu augmenter les résultats obtenus. En effet, comme ces femmes ont fait des démarches pour participer à l'étude et qu'elles ont assisté à la majorité des séances, il est possible de considérer qu'elles étaient motivées et qu'elles ont mieux répondu au programme que d'autres sujets qui aurait été contraints d'y participer, par exemple.

7. Conclusion et pistes de recherche

Notre étude-pilote visait à adapter et étudier une intervention de groupe, basée sur la TCC, destinée à des femmes présentant un surplus de poids et souffrant d'HB. Pour ce faire, les effets potentiels sur la qualité de vie reliée au poids, la fréquence et la sévérité des épisodes d'HB, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids ont été mesurés. Également, le degré d'acceptation par les participantes a été documenté. Nos résultats ont permis d'observer une amélioration générale de la qualité de vie reliée au poids ainsi qu'en termes d'estime de soi et de travail, puis une diminution de la fréquence des crises de boulimie en termes de jours, de la sévérité des crises de boulimie, des symptômes dépressifs et de l'insatisfaction corporelle. Toutefois, il n'y a pas eu de perte de poids observée au terme de l'intervention. Le programme a aussi été bien accepté par les participantes tel que démontré par le taux de participation aux séances et la satisfaction quant au contenu du programme. Ces données suggèrent que l'intervention de groupe semble être prometteuse pour améliorer les symptômes et conséquences de l'HB, à l'exception du poids.

Ce mémoire a contribué à l'avancement des connaissances concernant la prise en charge de l'HB au Québec et plus particulièrement, quant à l'intervention de groupe. En effet, notre étude-pilote a permis de documenter que notre intervention de groupe pourrait être bénéfique pour venir en aide aux personnes atteintes d'HB en clinique. Par le fait même, cette étude permettra l'amélioration de l'intervention clinique auprès de cette clientèle, en ayant permis de mieux saisir les impacts d'un tel TCA dans la vie des individus atteints et les effets bénéfiques d'un tel programme. Finalement, les résultats obtenus suite à l'intervention suggèrent des effets positifs de notre programme, ainsi notre étude-pilote justifie la pertinence d'une recherche de plus grande envergure et comportant un groupe contrôle pour venir en aide à cette population. Il serait également intéressant de voir si une intervention de plus longue durée permet de voir des effets sur le poids et son maintien. Finalement, les effets à long terme du programme auraient avantage à être mesurés pour vérifier si ce qui est a été acquis durant les huit semaines du programme se maintient au long cours.

Bibliographie

- Agras, S. W., & Apple, R. F. (2008). *Overcoming Eating Disorders: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*. New York: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Feeding and Eating Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2003). *Troubles des conduites alimentaires (Traduit par J.-D. Guelfi et al.)*. Dans *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux (4^e éd., p. 688)*. Paris: Masson.
- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1107-1115.
- Ashton, K., Drerup, M., Windover, A., & Heinberg, L. (2009). Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surgery for Obesity and Related Diseases, 5*(2), 257-262.
- Baer, R., Fischer, S., & Huss, D. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 23*(4), 281-300.
- Beck, A.T. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review, 8*(1), 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Ben Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological Medicine, 21*(3), 775-784.
- Brambilla, F., Samek, L., Company, M., Lovo, F., Cioni, L., & Mellado, C. (2009). Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: Combined nutritional, psychological and pharmacological treatment. *International clinical psychopharmacology, 24*(6), 312-317.
- Celio, A., Wilfley, D., Crow, S., Mitchell, J., & Walsh, B. T. (2004). A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating

disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *The international journal of eating disorders*, 36(4), 434-444.

- Chaloult, L., Ngo, T.-L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The international journal of eating disorders*, 6(4), 485-494.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Shapira, L. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating disorders*, 19(1), 17-33.
- Crosby, R., Kolotkin, R., & Williams, G. R. (2004). An integrated method to determine meaningful changes in health-related quality of life. *Journal of clinical epidemiology*, 57(11), 1153-1160.
- Deumens, R. A. E., Noorthoorn, E., & Verbraak, M. J. P. M. (2012). Predictors for treatment outcome of binge eating with obesity: a naturalistic study. *Eating disorders*, 20(4), 276-287.
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Mussell, M. P., Raymond, N. C., Specker, S. M., & Seim, H. C. (2005). Short-term cognitive behavioral treatment does not improve outcome of a comprehensive very-low-calorie diet program in obese women with binge eating disorder. *Behavior therapy*, 36(1), 89-99.
- De Zwaan, M., Mitchell, J., Howell, L. M., Monson, N., Swan Kremeier, L., Roerig, J., Kolotkin, R. & Crosby, R. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research*, 10(11), 1143-1151.
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & van Furth, E. F. (2007). Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45(11), 2551-2562.
- Duchesne, M., Appolinario, J., Rang, B., Fandio, J., Moya, T., & Freitas, S. (2007). The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 23-25.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *The international journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.

- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (1993). The Eating Disorder Examination. Dans *Binge Eating : Nature, assessment, and treatment* (12th ed., p. 317-360). New York: Guilford Press.
- FandiÃo, J., Moreira, R., Preissler, C., Gaya, C., Papelbaum, M., Coutinho, W., & Appolinario, J. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive psychiatry*, 51(2), 110-114.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G., & Giacomo Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of psychosomatic research*, 54(6), 559-566.
- Fisrt, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibon, M. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) user's guide and interview*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Flament, M., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International journal of neuropsychopharmacology*, 15(2), 189-207.
- Folope, V., Chapelle, C., Grigioni, S., Coffier, M., & Dchelotte, P. (2012). Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. *Nutrition*, 28(7-8), e7-e13.
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 134-138.
- Friederich, H.-C., Schild, S., Wild, B., de Zwaan, M., Quenter, A., Herzog, W., & Zipfel, S. (2007). Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity*, 15(2), 283-287.
- Gagnon Girouard, M.-P., Begin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Mongeau, L., Boivin, S., & Lemieux, S. (2010). Psychological impact of a "health-at-every-size" intervention on weight-preoccupied overweight/obese women. *Journal of Obesity*, 2010: 928097.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorders Inventory (EDI-3) : Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Ressources, Inc.
- Gauvin, L., Steiger, H., & Brodeur, J. M. (2009). Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: contributions toward a population health perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 158-165.

- Goldschmidt, A., Hilbert, A., Manwaring, J., Wilfley, D., Pike, K., Fairburn, C., Dohm, F.A. & Striegel Moore, R. (2010). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 187-193.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.
- Grenon, R., Tasca, G., Cwinn, E., Coyle, D., Sumner, A., Gick, M., & Bissada, H. (2010). Depressive symptoms are associated with medication use and lower health-related quality of life in overweight women with binge eating disorder. *Women's Health Issues*, 20(6), 435-440.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., Engel, S.G. & Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 692-696.
- Grilo, C., Masheb, R., Lozano Blanco, C., & Barry, D. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *The international journal of eating disorders*, 35(1), 80-85.
- Grilo, C., Masheb, R., Wilson, G. T., Gueorguieva, R., & White, M. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 675-685.
- Grilo, C., White, M., & Masheb, R. (2012). Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge-eating disorder in primary care settings. *Behaviour research and therapy*, 50(5), 298-303.
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: Refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 414-419.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *The international journal of eating disorders*, 38(2), 162.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (2010). *The Treatment of Eating Disorders: A clinical handbook*. New York : The Guilford Press.
- Grilo, C., Masheb, R., Lozano Blanco, C., & Barry, D. (2004). Reliability of the Eating Disorder Examination in patients with binge eating disorder. *The international journal of eating disorders*, 35(1), 80-85.

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 23, 56-62.
- Hay, P. J., & Mond, J. (2005). How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552.
- Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). Short forms of the Texas Social Behavior Inventory (TSBI), an objective measure of self-esteem. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 4(5-A), 473-475.
- Hilbert, A., Bishop, M., Stein, R., Tanofsky Kraff, M., Swenson, A., Welch, R. R., & Wilfley, D. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *British journal of psychiatry*, 200(3), 232-237.
- Hilbert, A., & Tuschen Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: A component analysis. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1325-1339.
- Hrabosky, Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). Body image and binge-eating disorder. *Body Image : A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2th ed., p. 296-304). New York: The Guilford Press.
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175-180.
- Hsu, L. K. G., Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa Das, S., Rand, W., Fairburn, C. G., Rolls, B., McCrory, M. A., Saltzman, E., Shikora, S., Dwyer, J. & Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26(10), 1398-1403.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Johnson, J. G., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(8), 1455-1466.
- Jones Corneille, L., Wadden, T., Sarwer, D., Faulconbridge, L., Fabricatore, A., Stack, R., Cottrell, F., Pulcini, M., Webb, V. & Williams, N. (2012). Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesity surgery*, 22(3), 389-397.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M., Soulakova, J. N., Weissfeld, L. A. & Rofey, D. L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: Relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328-334.
- Kolotkin. (2002). Psychometric evaluation of the impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Quality of life research*, 11(2), 151-171.
- Kolotkin, R. L., Westman, E. C., Ostbye, T., Crosby, R. D., Eisenson, H. J., & Binks, M. (2004). Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obesity Research*, 12(6), 999-1005.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363.
- Kushner, R. F., & Foster, G. D. (2000). Obesity and quality of life. *Nutrition*, 16(10), 947-952.
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *The international journal of psychiatry in medicine*, 27(2), 93-105.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., & Boyle, R. G. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(3), 418-425.
- Marchesini, G., Natale, S., Chierici, S., Manini, R., Besteghi, L., Di Domizio, S., Sartini, A., Pasqui, F., Baraldi, L., Forlani, G. & Melchionda, N. (2002). Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *International journal of obesity*, 26(9), 1261-1267.
- Marchesini, G., Sollaroli, E., Baraldi, L., Natale, S., Migliorini, S., Visani, F., Forlani, G. & Melchionda, N. (2000). Health-related quality of life in obesity: The role of eating behaviour. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 13(3), 156-164.
- Marcus, M. D., & Levine, M. D. (2004). Obese Patients with Binge-Eating Disorder. Dans D. J. Goldstein, *The Management of Eating Disorders and Obesity* (2th ed., p. 143-160). New Jersey: Humana Press Inc.

- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive behaviors*, 10(2), 163-168.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2004). Quality of life in patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 9(3), 194-199.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E., & Pyle, R. (1985). Eating Disorder Questionnaires. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 1025-1043.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Recurrent binge eating with and without the "undue influence of weight or shape on self-evaluation": Implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 929-938.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Munsch. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *The international journal of eating disorders*, 40(2), 102-113.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Repéré à: <http://guidance.nice.org.uk/CG9/NICEGuidance/pdf/>
- Ojserkis, R., Sysko, R., Goldfein, J., & Devlin, M. (2012). Does the overvaluation of shape and weight predict initial symptom severity or treatment outcome among patients with binge eating disorder? *The international journal of eating disorders*, 45(4), 603-608.
- Pagoto, S. (2007). Association of major depression and binge eating disorder with weight loss in a clinical setting. *Obesity*, 15(11), 2557-2559.
- Perez, M., & Warren, C. (2012). The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity*, 20(4), 879-885.
- Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2009). The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1347-1354.
- Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Engbloom, S., Nugent, S., Mussell, M. P., & Miller, J. P. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: A comparison of therapist-led versus self-help formats. *The international journal of eating disorders*, 24(2), 125-136.

- Pike, K. M., Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1455-1460.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133-144.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*, 16(9), 2024-2038.
- Reas, D. L., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2005). Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder. *The international journal of eating disorders*, 37(4), 342-346.
- Reas, D., Whisenhunt, B., Netemeyer, R., & Williamson, D. (2002). Development of the body checking questionnaire: a self-report measure of body checking behaviors. *The international journal of eating disorders*, 31(3), 324-333.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665.
- Rieger, E., Wilfley, D., Stein, R., Marino, V., & Crow, S. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *The international journal of eating disorders*, 37(3), 234-240.
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., & Molinari, E. (2003). Six-month follow-up of in-patient experiential cognitive therapy for binge eating disorders. *Cyberpsychology & behavior*, 6(3), 251-258.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 32-37.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York NY: Basic Book.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R., & Chabrol, H. (2005). Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'encéphale*, 31(2), 162-173.

- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessner, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry research*, 18(1), 65-87.
- Schlup, B., Munsch, S., Meyer, A., Margraf, J., & Wilhelm, F. (2009). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(7), 628-635.
- Schulz, S., & Laessle, R. G. (2010). Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and weight disorders*, 15(4), e287-e293.
- Shapiro, J., Reba Harrelson, L., Dymek Valentine, M., Woolson, S., Hamer, R., & Bulik, C. (2007). Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. *European eating disorders review*, 15(3), 175-184.
- Shelley-Ummenhofer, J. (2001). Group cognitive-behavioral treatment for women who binge eat. (Thèse, The University of Northern British Columbia). Repéré à : <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/MQ62540.pdf>
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D., & Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology & Health*, 4(3), 213-220.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1986). The hospital anxiety and depression scale. *British medical journal (Clinical research ed. 1981)*, 292(6516), 344-344.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-1744.
- Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical care*, 26(7), 724-735.
- Striegel Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *The international journal of eating disorders*, 29(2), 157-165.

- Stunkard, A. J. (1993). A history of binge eating. Dans C. G. Fairburn & G. T. Wilson (dir.), *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (p. 15-34). New York : The Guilford Press.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), 106-121.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- Telch, C. F., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(5), 768-776.
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of personality assessment*, 64(2), 258-269.
- Timmerman. (1999). Binge Eating Scale: Further assessment of validity and reliability. *Journal of applied biobehavioral research*, 4(1), 1-12.
- Vanderlinden, J., Adriaensen, A., Vancampfort, D., Pieters, G., Probst, M., & Vansteelandt, K. (2012). A cognitive-behavioral therapeutic program for patients with obesity and binge eating disorder: short- and long- term follow-up data of a prospective study. *Behavior modification*, 36(5), 670-686.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V. & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archive of General Psychiatry*, 59(8), 713-721.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216.
- Wonderlich, S., de Zwaan, M., Mitchell, J., Peterson, C., & Crow, S. (2003). Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: Conceptual implications. *The international journal of eating disorders*, 34 Suppl, S58-S73.

Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: A mixed-methods evaluation. *Eating disorders*, 20(4), 321-339.

World Health Organisation. Global Database on Body Mass Index. Repéré à <http://www.who.int/bmi>

Liste des annexes

Annexe 1 Critères diagnostiques du DSM-IV	xii
Annexe 2 Tableau résumé des études basées sur la TCC de groupe auprès d'adultes souffrant d'HB	xiii
Annexe 3 Script de l'entrevue téléphonique initiale.....	xxvii
Annexe 4 Affiche publicitaire.....	xxx
Annexe 5 Formulaire d'information et de consentement	xxxii
Annexe 6 Questionnaire pour les critères d'inclusion et d'exclusion au moment de la rencontre d'information	xxxix
Annexe 7 Contenu détaillé des séances d'intervention.....	xli
Annexe 8 Impact of Weight on Quality of Life-Lite	xlviii
Annexe 9 Binge eating Scale	l
Annexe 10 Rappel des 7 derniers jours pour la fréquence des crises de boulimie	liv
Annexe 11 Inventaire de Beck pour la dépression.....	lv
Annexe 12 Body Shape Questionnaire	lvi
Annexe 13 Questionnaire d'évaluation à l'intention des participantes	lix
Annexe 14 Certificat d'éthique de la recherche en santé, Université de Montréal.....	lxii
Annexe 15 Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CHUM .	lxiii
Annexe 16 Réponses des participantes aux questions ouvertes du questionnaire d'évaluation à l'intention des participantes	lxiii

Annexes

Annexe 1 Critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric Association, 2003)

A	Survenue récurrente de crises de boulimie
B	Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale 2. Manger jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale 3. Manger beaucoup en l'absence d'une sensation physique de faim 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé, coupable après avoir mangé
C	Le comportement boulimique est source de souffrance marquée
D	Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois
E	Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie

Annexe 2 Tableau résumé des études basées sur la TCC de groupe auprès d'adultes souffrant d'HB

Auteurs, année pays	Taille de l'échantillon (%♀) Diagnostic de l'HB Recrutement	Traitement	Variables à l'étude (instruments de mesure) ¹ Moment des mesures	Principaux effets rapportés suite au programme de TCC pour les variables à l'étude
(Shelley- Ummenhofer, 2001) États-Unis	N = 21 ♀ Diagnostic : sujets ayant crises de boulimie (pas de diagnostic d'HB) Recrutement : médias pour la population	Randomisation dans le groupe TCC ou sur une liste d'attente (GC) : - TCC : 6 séances hebdomadaires de 90 minutes (N=13) - Liste d'attente (GC, puis TCC retardée : 6 séances bihebdomadaires de 90 minutes (N=9) Séances animées par une nutritionniste	- Fréquence des crises de boulimie (Rappel des 7 derniers jours) - Sévérité de l'HB (BES) - Estime de soi (<i>Texas Social Behavior Inventory</i>) - Symptômes dépressifs (BDI) - Insatisfaction corporelle (BSQ) - Poids (balance électronique) Évaluation : pré et post-intervention	Résultats pour le groupe TCC : - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 3,85 crises (p<0,003), soit 59,0%, vs ↓ de 26,0% pour la liste d'attente (non sign.). 38,5% de femmes abstinentes de crises de boulimie au terme de l'intervention. - <u>Sévérité de l'HB</u> : ↓ sign. de 15,2 au BES (p<0,0001) vs GC (pas de changement sign.). Différence significative avec le GC (p<0,002). - <u>Estime de soi</u> : ↑ sign. (p<0,01) de 5,16 au score du <i>Texas Social Behavior Inventory</i> vs GC (pas de changement sign.). Différence significative avec le groupe contrôle (p<0,04). - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. (p<0,0001) de 14,4 au score au BDI vs GC (pas de changement sign.) alors que le groupe contrôle ne présentait aucun changement. Différence significative avec le GC (p<0,01). - <u>Insatisfaction corporelle</u> : amélioration sign. (p<0,0001), démontré par ↓ de 61,9 du score du BSQ, vs GC (pas de changement sign.) Différence significative avec le GC (p<0,01). - <u>Poids</u> : pas de différence sign.
(Peterson, Mitchell, Crow, Crosby, & Wonderlich,	N= 259 (87,6%♀) Diagnostic: Critères DSM-IV (EDE)	Randomisation dans un des trois groupes traitements ou sur la liste d'attente (GC)	- Fréquence des crises de boulimie : nombre de crises et de jours avec des crises dans les 28 derniers jours et abstinence (EDE)	* pas d'analyses statistiques intragroupes - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : Groupe animé : ↓ de 11,6 jours et de 18,3 crises dans les 28 derniers jours

<p>2009) États-Unis</p>	<p>Recrutement : Clinique de TCA, professionnels, médias</p>	<p>Groupes traitements (contenu identique):</p> <ul style="list-style-type: none"> - « self-help » (vidéo préenregistrée) - assisté par un thérapeute (vidéo préenregistrée + discussion avec le thérapeute) - animé par un thérapeute - liste d'attente (GC) pour 20 semaines <p>15 séances de 80 minutes sur 20 semaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de vie reliée au poids (<i>IWQOL-Lite</i>) - Estime de soi (<i>RSEQ</i>) - Symptômes dépressifs (<i>Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report score</i>) - Poids et IMC (instrument non precise) - Problématique alimentaire (EDE et <i>Three-Factor Eating Questionnaire</i>) <p>Évaluation : pré, post-intervention, post-6 mois et post-12 mois</p>	<p>(significativement supérieur au GC et au groupe « self-help » ($p<0,008$))</p> <p>Groupe assisté : ↓ de 6,8 jours et 12,2 épisodes</p> <p>Groupe « self-help » : ↓ de 8,8 jours et 10,5 épisodes.</p> <p>Suivis à plus long terme : pas de différence sign. entre les groupes traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Qualité de vie reliée au poids:</u> Groupe animé : ↑ de 5,3 score du IWQOL-Lite Groupe assisté : ↑ de 6,5 Groupe « self-help » : ↑ de 5,3 Pas de différence avec le GC - <u>Estime de soi :</u> résultats non sign. - <u>Symptômes dépressifs :</u> Groupe animé : ↓ de 5,9 au score du <i>Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report</i> Groupe assisté : ↓ de 2,7 Groupe «self-help» : ↓ de 3,3 Pas de différence avec le GC - <u>IMC :</u> Groupe animé : ↑ moyenne de 1,6 kg/m² pour l'IMC moyen Groupe assisté : ↑ de 0,1 kg/m² Groupe «self-help» ↑ de 0,9 kg/m². Aucune différence sign. avec le GC et le groupe «self-help». - <u>Problématique alimentaire :</u> ↓ sign. de la restriction alimentaire et du score global du EDE pour le groupe animé vs le GC ($p<0,008$).
<p>(Schlup, Munsch, Meyer, Margraf, & Wilhelm, 2009)</p>	<p>N=36 ♀ Diagnostic : Critères DSM-IV (Interview)</p>	<p>Randomisation dans le groupe traitement ou dans le groupe contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe traitement : 8 séances de groupe de 90 minutes suivies de 	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des crises de boulimie (rappel des 7 derniers jours et nombre de crises objectives dans les 28 derniers jours (EDE) et abstinence - Symptômes dépressifs (<i>BDI</i>) - Poids et IMC (Balance électronique) 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie :</u> ↓ sign. de 5,47 crises de boulimie objectives dans les 28 derniers jours ($p<0,009$) et de 1,58 crises dans les 7 derniers jours ($p<0,0004$). Taux d'abstinence (crises de boulimie

Suisse	Recrutement : médias	<p>5 séances « booster » à 1, 2,3, 6 et 12 mois après l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liste d'attente (groupe contrôle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Problématique alimentaire (<i>EDE-Interview et EDE-Questionnaire</i>) <p>Évaluation : pré et post-intervention, post-3, post-6 et post-12 mois.</p>	<p>dans les 28 derniers jours) : ↑ à 39,0% vs 0,0% initialement (différence sign. (p<0,008)).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ 1,86 du score du BDI, mais pas de différence avec le GC <p>Analyse dans le temps : amélioration des symptômes ad 12 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>IMC</u> : ↓ 0,25 kg/m² IMC au suivi après 3 mois Pas de différence avec le GC. <p>Analyses dans le temps : IMC stable ad 12 mois.</p> <p><u>Problématique alimentaire</u> : ↓ préoccupations par rapport au poids (p<0,01), à la silhouette (p<0,01) et à l'alimentation (p<0,001) jusqu'au suivi de 6 mois, variations par la suite.</p>
(Ricca et al., 2010) Italie	<p>N=144 TCC en groupe : N=65 (90,3% ♀) TCC en individuel : N=62 (86,1% ♀)</p> <p>Diagnostic: DSM-IV ou sous-diagnostic : 1 crise de boulimie par semaine (SCID)</p> <p>Recrutement : Clinique externe pour les TCA dans une unité psychiatrique, références de médecins ou de cliniciens</p>	<p>Randomisation dans la TCC de groupe ou en individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC en groupe : 20 séances de 60 minutes sur 22 semaines - TCC en individuel : 22 séances de 50 min. sur 24 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de crises de boulimie par semaine et sur un mois (<i>EDE et DSM-IV</i>) - Sévérité de l'HB (BES) - Dépression (<i>BDI</i>) - Poids et IMC (balance électronique) - Problématique alimentaire (<i>EDE</i>) <p>Évaluation : pré, post-intervention et post-3 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 4 crises pas mois (p<0,01) pour les deux groupes. Stable au suivi après 3 ans. - <u>Sévérité de l'HB</u> : ↓ sign. de 4,5 du score du BES e score du BES (p<0,01). Stable au suivi après trois ans. - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 2,0 au score du BDI à la fin du traitement de groupe et ↓ de 1,0 entre le post-traitement et le suivi après 3 ans a été observée (p<0,05). - <u>IMC</u> : ↓ sign. 0,8 kg/m² IMC (p<0,01) après le traitement et ↓ de 0,4 kg/m² IMC entre post-traitement et le suivi (p<0,05). - <u>Problématique alimentaire</u> : ↓ sign. de la préoccupation liée à l'alimentation (<i>EDE</i>) suite au traitement (p<0,05). Suivi après 3 ans : pas de différence sign. pour cette échelle, alors qu'il y a eu une ↓ sign. de la préoccupation liée au poids (p<0,05).

(Duchesne et al., 2007) Brésil	N = 21 (85,7% ♀) Diagnostic : Critères DSM-IV (SCID) et score BES > 17 Recrutement : Clinique externe de TCA, <i>State Institute of Endocrinology and Diabetes</i>	TCC en groupe : 19 sessions de 90 minutes sur 22 semaines	- Fréquence des crises de boulimie (rappel des 7 derniers jours) - Sévérité de l'HB (BES) - Symptômes dépressifs (BDI) - Insatisfaction corporelle (BSQ) - Poids et IMC (instrument non précisé) Évaluation pré et post-intervention	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 1,4 crise dans les 7 derniers jours (p<0,001). - <u>Sévérité de l'HB</u> : ↓ sign. de 15,4 au BES (p<0,001). - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 11,4 au BDI (p<0,001). - <u>Insatisfaction corporelle</u> : ↓ sign. de 28,5 au BSQ (p<0,001). - <u>Poids et IMC</u> : ↓ sign. de 6,1 kg et 2,3 kg/m ² (p<0,001). 52,3 % des sujets auraient perdu 5% et + du poids corporel initial.
(Ashton, Drerup, Windover, & Heinberg, 2009) États-Unis	N = 243 (82%♀) Diagnostic : BES à un niveau clinique (non précisé) ou critères DSM-IV ou comportements associés à l'HB Recrutement : patients en attente d'une chirurgie bariatrique (TCC conditionnelle à la chirurgie).	TCC en groupe : 4 sessions 90 minutes sur 4 semaines	- Fréquence (rappel des 7 derniers jours/journal alimentaire) - Sévérité de l'HB (BES) - Satisfaction par rapport à l'intervention de groupe (échelle de <i>Likert</i> :1 à 5)	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 1,66 de crises de boulimie dans les 7 derniers jours (p<0,001). 37,8 % sujets abstinents de crises de boulimie dans les sept derniers jours. - <u>Sévérité de l'HB</u> : ↓ sign. de 8,3 du score au BES (p<0,001). 69,7% sujets scorent dans l'intervalle de sévérité minimale suite au traitement vs 30,8% initialement. - <u>Satisfaction de l'intervention</u> : 4,41 ± 0,60 sur 5.
(Dingemans, Spinhoven, & van Furth, 2007) Pays-Bas	N = 52 (94,2% ♀) Diagnostic: critères DSM-IV (SCID) Recrutement: 3 cliniques de TCA, medias, sites Internet.	Randomisation dans le groupe TCC ou la liste d'attente (GC) - Groupe TCC (N=30) : 15 séances de 2 heures sur 20 semaines - Liste d'attente (GC) (N=20)	- Fréquence des crises de boulimie (<i>EDE</i>) - Symptômes dépressifs (<i>The Dutch version of the BDI-II</i>) - IMC (balance) - Problématique alimentaire (<i>EDE</i>) Évaluation pré, post-10 semaines, post-traitement et post-1 an.	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de diminué 12,8 crises dans les 28 derniers jours (86%) (p<0,001) vs GC : ↓ non sign. de 1,6 crises (11,0%). 63% d'abstinence en termes de crises de boulimie vs 18% pour le GC, différence significative (p 0,001). <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 9,3 au score du BDI (p<0,001). - <u>IMC</u> : Pas de changement sign. de l'IMC durant le traitement. ↓ sign. de 1,6 kg/m ² au suivi après 1 an (p<0,02). - <u>Problématique alimentaire</u> : ↓ sign. score

				global EDE ($p < 0,01$) et des préoccupations par rapport à l'alimentation et à la silhouette ($p < 0,001$) vs pas de changement dans le GC.
(Peterson et al., 1998) États-Unis	N = 61 ♀ Diagnostic : critères DSM-IV(SCID) Recrutement : médias	Randomisation dans un des trois groupes ou dans le GC: - TCC animée par un thérapeute (N=16) - « self-help » partiel : vidéocassette et thérapeute pour discussion (N=19) - « self-help » : pas de thérapeute (N=15) - Liste d'attente (GC) (N=11) 14 séances de 60 minutes sur 8 semaines	- Fréquence des crises de boulimie (journal alimentaire et <i>Eating Behavior-IV</i>) - Sévérité des crises de boulimie (BES) - Symptômes dépressifs (<i>The Hamilton Depression Rating Scale</i>) - Estime de soi (<i>RSEQ</i>) - Insatisfaction corporelle (BSQ) - Poids et IMC (instruments non précisés) - Problématique alimentaire (<i>Three-Factor Eating Questionnaire</i>) Évaluation : pré et post-traitement	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 2,7 jours par semaine ($p < 0,000$). Taux d'abstinence de crises de boulimie : TCC traditionnelle : 68,8% TCC de type « self-help » partiel : 68,4 % TCC de type « self-help » 86,7% pur sign. supérieurs dans les groupes traitement vs la liste d'attente (GC : 12,5 %). - <u>Sévérité de l'HB</u> : différence sign. aux scores du BES ($p < 0,024$) suite à l'intervention pour les trois groupes à l'étude vs le GC. - <u>Symptômes dépressifs</u> : aucune différence sign. entre les groupes traitements et le GC. - <u>Insatisfaction corporelle</u> : aucune différence sign. entre les groupes traitements et le GC. - <u>IMC</u> : aucune différence sign. entre les groupes traitements et le GC.
(Wilfley et al., 2002) États-Unis	N=162 (82,7 % ♀) Diagnostic : Critères DSM-IV Recrutement: médias	Randomisation dans les groupes de TCC ou de thérapie interpersonnelle : - TCC - IPT 20 séances de groupe de 90 minutes et 3 séances individuelles	- Fréquence des crises de boulimie (nombre de crises objectives dans les 28 derniers jours (EDE)). - Estime de soi et fonctionnement social (<i>RSEQ</i>) - Poids et IMC (balance électronique) - Problématique alimentaire (EDE) Évaluation pré, post-traitement, post-4, -8 et -12 mois et post-4 ans (sous-échantillon de (Hilbert et al., 2012))	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 16,7 crises de boulimie dans les 28 derniers jours pour la TCC ($p < 0,001$), résultats variables pour les suivis. ↓ 96,0% des crises de boulimie pour la TCC en post-traitement et de 90,0% après 12 mois. Abstinence de crises de boulimie : 82,0% des participants à la TCC en post-traitement et 72,0% après 12 mois. - <u>Estime de soi</u> : ↑ sign. de 4,3 au score du <i>RSEQ</i> entre le pré et le post-traitement ($p < 0,001$). - <u>IMC</u> : stable. - <u>Problématique alimentaire</u> : ↓ sign. de la

				restriction alimentaire suite au traitement (p<0,001).
(Munsch, 2007) Allemagne	N=80 (88,8% ♀) Diagnostic : critères DSM-IV Recrutement : médias	Randomisation dans un des deux groupes : - TCC - Behavioral Weight loss : objectif de perte de poids modérée via des techniques comportementales. 16 séances hebdomadaires de 90 minutes, suivies de 6 séances mensuelles de 90 minutes.	- Fréquence des crises de boulimie (nombre de crises dans les 28 derniers jours (EDE), chaque semaine et taux d'abstinence) - Symptômes dépressifs (BDI) - Données sociodémographiques - Poids et IMC (balance électronique) - Problématique alimentaire (EDE) Évaluation pré, post-intervention et post-12 mois + suivi post-6 ans dans une autre étude.	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 13,7 crises de boulimie dans les 28 derniers jours (p<0,001). Taux d'abstinence de crises de boulimie : ↑ sign. de 0,0 à 80,0% entre le pré et le post-traitement et jusqu'à 94,0% au suivi après 12 mois (p<0,001). - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 5,98 au score du BDI (p<0,001) - <u>IMC</u> : ↓ IMC suite à la TCC et la BWL (p<0,001); résultat non fourni, mais non significative sur le plan clinique. Maintien après 12 mois. - <u>Problématique alimentaire</u> : amélioration sign. des échelles de l'EDE (p<0,001)
(Fossati et al., 2004) Suisse	N = 61 ♀ Diagnostic : critères DSM-IV Recrutement : références <i>Obesity Consultation at Geneva University</i>	Randomisation dans 1 des 3 groupes : - Groupe TCC (N=13) - Groupe TCC + nutrition (N=23) - Groupe TCC + nutrition + activité physique (N=25) 12 séances de 90 minutes	- Symptômes dépressifs (BDI) - Poids et IMC (instrument non précisé) Autres : - Intensité de l'anxiété et de la dépression (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>) Évaluation pré et post-intervention	- <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 3,0 au score du BDI pour la TCC (p<0,05) et de 4,0 pour la TCC + nutrition + activité physique (p<0,01). HADD : amélioration sign. pour la TCC + nutrition (p<0,01) et pour la TCC + nutrition + activité physique (p<0,001). - <u>IMC</u> : Pas de ↓ sign. du poids et de l'IMC pour la TCC. TCC + nutrition : ↓ sign. de 1,5 ± 0,5 kg (p<0,01) TCC + nutrition + activité physique : ↓ sign. de 2,8 ± 0,3kg (p<0,001) ↓ poids + sign. lorsque ajout d'activité physique (p<0,008).
(Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004) Allemagne	N=28♀ Diagnostic : critères DSM-IV (71,4%) + 1 crise de boulimie par semaine depuis 6 mois (28,6%). Recrutement : médias	Randomisation dans 1 des 2 groupes suite à 3 séances préparatoires individuelles de 60 à 90 minutes : - TCC avec une emphase sur l'exposition au corps (TCC-E)	- Fréquence des crises de boulimie (nombre de crises dans les 28 derniers jours (EDE)) - Symptômes dépressifs (BDI) - Insatisfaction corporelle (BSQ) - Expérimentation cognitive expérimentale standardisée (échantillon de pensées négatives via enregistrement de pensées à voix	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. 2,3 crises dans les 28 derniers jours pour le groupe avec exposition et de 2,4 crises pour le groupe avec la restructuration cognitive (p<0,001). Amélioration des symptômes à un degré inférieur à la signification clinique en post-traitement.

		<ul style="list-style-type: none"> - TCC avec un focus sur la restructuration cognitive de l'image corporelle (TCC-C) <p>19 séances hebdomadaires sur 5 mois - dont 4 séances différentes selon le groupe, suivies de 3 séances à des intervalles de 3 semaines (120 minutes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - haute). - Expérimentation de l'exposition au corps standardisée (degré d'insatisfaction de 0 à 8 pour les parties du corps et vidéo où les participantes doivent dire tout ce qu'elle pense de leur corps en se voyant) - Essai repas : enregistrement des pensées à voix haute. - Poids et IMC (balance électronique) - Problématique alimentaire (EDE) <p>Évaluation pré, post-intervention et post-4 mois.</p>	<p>Abstinence de crises de boulimie depuis 28 jours : 58,3 % des sujets au suivi après 4 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 6,2 au score du BDI pour le groupe avec exposition et de 3,3 pour le groupe avec restructuration cognitive, à la fin du traitement. ↓ sign. pour les 2 groupes entre le pré-traitement et le suivi après 4 mois, mais stable du post-traitement au suivi après 4 mois. - <u>Insatisfaction corporelle</u> : ↓ de 26,4 du score du BSQ pour le groupe avec exposition au corps et de 29,1 pour le groupe avec restructuration cognitive ($p < 0,001$). ↓ sign. des pensées automatiques négatives liées au corps, des préoccupations par rapport à la silhouette et au poids, du pré au post-traitement et du pré-traitement au suivi après quatre mois, stables entre le post-traitement et le suivi. - <u>IMC</u> : stable - <u>Problématique alimentaire</u> : ↓ sign. de la préoccupation par rapport au poids et à la silhouette (EDE) du pré au post-traitement et du pré-traitement au suivi après quatre mois, alors que ces variables étaient stables durant le suivi.
(Marchesini et al., 2002) Italie	<p>N=168 TCC : N=92 (83,7% ♀) dont N=46 avec BED</p> <p>Diagnostic : BES \geq 17 et diagnostic (EDE)</p> <p>Recrutement : Centre de gestion de poids à l'université</p>	<p>Randomisation dans le groupe TCC pour la perte de poids ou sur une liste d'attente (GC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC - Liste d'attente (GC) <p>12 séances hebdomadaires (durée non précisée) Les patients rétablis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de vie reliée à la santé (SF-36) - Sévérité de l'HB (BES) - Poids et IMC (balance électronique) <p>Évaluation pré et post intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Qualité de vie reliée à la santé</u> : amélioration sign. de toutes les échelles du SF-36 à la fin du traitement ($p < 0,001$) vs pas de changement pour le GC. - <u>Sévérité de l'HB</u> : absence de résultats concrets - <u>IMC</u> : ↓ sign. de $7,7 \pm 8,1$ kg pour les sujets avec HB = ↓ de $2,9 \pm 3,0$ kg/m² IMC ($p < 0,034$).

		poursuivaient dans le programme LEARN : 8 séances		
(Grilo, Masheb, Wilson, Gueorguieva, & White, 2011) États-Unis	N = 125 (67 % ♀) Diagnostic: critères DSM-IV (SCID) Recrutement : Médias	Randomisation dans 1 des 3 traitements : - TCC : 16 séances de 60 minutes sur 24 semaines (N=45) - BWL : 16 séances de 60 minutes sur 24 semaines (N=45) - TCC + BWL : 16 séances de TCC sur 16 semaines suivies de 16 séances de BWL sur 24 semaines (N=35)	- Fréquence des crises de boulimie (nombre de crises dans les 28 derniers jours (EDE)) : évaluation pré, post-traitement et post-6 et 12 mois. - Symptômes dépressifs (BDI) : évaluation pré, aux 2 mois durant le traitement, post-traitement et post-6 et 12 mois. - Poids et IMC (mesuré à l'évaluation pré- traitement, aux 2 semaines, et post-6 et 12 mois) - Problématique alimentaire (EDE) : évaluation post-traitement et post-6 et 12 mois.	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 13,4 crises dans le dernier mois dans le temps (p<0,003). Absence de différence entre les 3 groupes en post-traitement. Fréquence de crises de boulimie significativement inférieures aux suivis de six (p<0,009) et douze mois (p<0,01) pour la TCC vs BWL. Taux d'abstinence de crises de boulimie : 44,4% au post-traitement, 51,1% après 6 mois et 12 mois. Pas de différence significative entre les groupes. - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ de 5,1 au score du BDI. Effet sign. dans le temps. Pas de différence entre les 3 groupes. - <u>IMC</u> : ↓ poids sign. supérieure pour la BWL et la TCC+BWL vs TCC. BWL : ↓ 2,6 ± 5,3 kg/m ² en post traitement. TCC+ BWL : ↓ 2,7 ± 6,0 kg/m ² en post traitement. TCC : ↓ 0,5 ± 3,5 kg/m ² en post-traitement. Suivi après 6 mois : ↓ IMC sign. supérieure pour BWL vs TCC. Suivi après 12 mois : pas de différence sign. entre groupes. *Abstinence de crises de boulimie : associée à la ↓ poids; sujets abstinents suite à l'intervention montraient ↓ poids de 4,3% au suivi de six mois. - <u>Problématique alimentaire</u> : amélioration sign. dans le temps pour toutes les sous-échelles. Pas de différence significative entre les groupes (EDE).
(Woolhouse, Knowles, &	N = 38 ♀ 31% BN	Étude exploratoire	- Fréquence des crises de boulimie et des comportements compensatoires	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : suite à l'intervention, 27,0% des participantes

<p>Crafti, 2012) Australie</p>	<p>50% BED 19 % TANS</p> <p>Diagnostic : critères DSM-IV (entrevue Clinique)</p> <p>Recrutement : publicité sur le site University Psychology Clinic et références de professionnels</p>	<p><i>Mindful Moderate Eating Group (MEG) program</i>; programme de thérapie de groupe incluant des notions de la TCC et de la pleine conscience, pour les femmes ayant des crises de boulimie.</p> <p>10 séances de 3 heures + session de suivi 3 mois plus tard.</p>	<p>(<i>Eating Disorder Inventory -3 et Symptom Checklist</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attitude par rapport au corps (<i>Ben-Tovim Walker Body Attitude Questionnaire</i>) <p>Évaluation pré, post-intervention et post-3 mois.</p>	<p>avaient + de 2 crises par semaine, 14,0 % au suivi après 3 mois vs avec 80% des sujets au début de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Insatisfaction corporelle</u> : amélioration sign. (le fait « de se trouver grosse » ou dénigrement par rapport au corps) ($p<0,00$).
<p>(Courbasson, Nishikawa, & Shapira, 2011) Canada</p>	<p>N= 38 sujets (78,9 % ♀) avec HB et trouble d'abus de substances (75 % alcool et 36,4% cannabis)</p> <p>Diagnostic : critères DSM IV (SCID)</p> <p>Recrutement : dépliants envoyés dans les centres de santé mentale et d'abus de substances, références de professionnels de la santé</p>	<p>Étude-pilote : Mindfulness-Action based Cognitive behavioral Therapy ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manger en pleine conscience - Psychoéducation - Activité physique équilibrée - Focus sur les forces <p>16 séances hebdomadaires de groupe de 2 heures</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des épisodes d'HB (Nombre de crises dans les 28 derniers jours (EDE)) - Symptômes dépressifs (BDI) - Problématique alimentaire (EDE) <p>Évaluation : pré et post-traitement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 11 crises dans les 28 derniers jours ($p<0,02$). - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign de 5,7 au score du BDI ($p<0,01$). - <u>Problématique alimentaire</u> : changements sign. pour les échelles de la préoccupation par rapport à l'alimentation ($p 0,001$), à la silhouette ($p<0,01$), au poids ($p<0,03$) et le score total ($p<0,001$) au EDE.
<p>(Vanderlinden et al., 2012) Belgique</p>	<p>N=56 (86% ♀)</p> <p>Diagnostic : critères DSM-IV</p> <p>Recrutement : patients référés au Center K.U. Leuven, Campus Kortenberg en Belgique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TCC offerte dans le cadre d'un programme existant. (Activité physique incluse) <p>Séances de groupe de 1 journée (6 heures) par semaine, programme de 24 semaines (possibilité de poursuivre pour 24 semaines supplémentaires :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des crises de boulimie (nombre par semaine (outil non précisé)) - Symptômes dépressifs (BDI II) - Attitude par rapport au corps (<i>The Body Attitude Test</i>) - Poids et IMC (instrument non précisé) <p>Évaluation pré, post-intervention, suivi entre 1 et 5 ans après le début de l'étude (post-3,5 ans en moyenne).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 2,7 crises ($p<0,000$). - <u>Symptôme dépressifs</u> : ↓ sign. de 11 du score du BDI ($p<0,0003$) entre le pré et le post-traitement. ↓ se poursuit par la suite ($p<0,00$); atteinte de niveaux sous le seuil minimal de sévérité. - <u>Insatisfaction corporelle</u> : ↓ sign. de l'attitude négative par rapport au corps ($p<0,007$). - <u>IMC</u> : ↓ de 11,5 kg ($1,9 \text{ kg/m}^2$), à raison

		durée moyenne 29 ±12,7 semaines)		de 0,31 kg/m ² par mois de traitement. Stable ensuite.
(de Zwaan, 2005) États-Unis	N = 71 ♀ Faisant partie d'un groupe de 154 femmes participant au programme <i>Very Low Calorie Diet</i> Diagnostic : critères DSM-IV (SCID) Recrutement : médias ciblant les femmes nécessitant de perdre 50lb	Diète pour toutes : - 12 semaines à 800 kcals sous forme de produits protéinés (5 fois/j) + suppléments vitamines et minéraux. - 6 semaines de réintroduction des aliments - 6 semaines de stabilisation du poids (environ 1200 kcals). 1000\$ chargé aux sujets couvrant le coût des produits diététiques. 24 séances de 1,5 h de thérapie de groupe animée par une nutritionniste (éducation nutritionnelle, stratégies comportementales pour perdre du poids) et 30 minutes de suivi médical, pesée, etc. Après 14 semaines, randomisation dans un des 2 groupes : - TCC (en plus de la diète) : 10 séances de 90 minutes (N=36) - Sans TCC (N=35)	- Fréquence et durée des repas, repas en surplus et crises de boulimie (journal alimentaire et <i>Eating Behavior-IV</i>) - Symptômes dépressifs (<i>Hamilton Depression Rating Scale</i> et BDI) - Poids et IMC (instrument non précisé): hebdomadaire, post-6 mois et 1 ans Évaluation après chaque phase du traitement et post-1, 6 et 12 mois. (certaines au téléphone, d'autres en personne)	- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : À la fin de la TCC, 58,3% sujets abstinents dans la dernière semaine vs à la fin de la période de diète, 83,3% sujets abstinents.* pas de résultats précis. - <u>Symptômes dépressifs</u> : amélioration durant traitement actif et dégradation durant les suivis. * pas de résultats précis. - <u>Poids et IMC</u> : ↓ poids de 15,5kg (5,4 kg/m ² IMC) pour le groupe TCC. Suivi après 6 mois : 48,3% des participantes avaient regagné plus de 50,0% du poids perdu. Pas de différence en termes de pourcentage de poids perdu entre le groupe TCC, le groupe TCC + diète et le groupe diète seulement.
(Riva, Bacchetta, Cesa, Conti, & Molinari, 2003)	N=36 ♀ Diagnostic : critères DSM-IV	Randomisation dans 1 des 3 groupes ou sur la liste d'attente (GC):	Entrevues individuelles + questionnaires autoadministrés Au départ : - <i>Personnalité (Eysenck Personality</i>	- <u>Estime de soi</u> : ↑ sign. de l'estime de soi au RSEQ pour tous les groupes, sauf pour le GC. - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. de 8,4 au

Italie	Recrutement : patientes en quête d'un traitement à l'unité des TCA de l'Istituto Auxologico Italiano.	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de nutrition : 5 semaines avec une nutritionniste et diète à 1200 kcals + activité physique. - Thérapie cognitive expérientielle (ECT) : Groupe de nutrition + 15 séances d'ECT sur 6 semaines (approche orientée sur le patient qui met le focus sur la découverte individuelle, thérapie utilisant la réalité virtuelle (Virtual Reality for Eating Disorders Modification (VREDIM)) - TCC : Groupe nutrition + 15 séances TCC sur 6 semaines. - Liste d'attente (GC) <p>Se déroule à l'interne : Séances de 2 heures ECT + séances bihebdomadaires de psychoéducation en nutrition et 1 séance par jour d'activité physique.</p>	<p><i>Inventory</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychopathologie du TCA (<i>Eating Disorder Inventory -2</i>) <p>À chaque moment d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estime de soi (RSEQ) - Symptômes dépressifs (BDI) - Insatisfaction corporelle (<i>Contour Drawing Rating Scale</i>) - Poids (instrument non précisé) <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle lors de situations à risque (<i>Dieters Inventory of Eating Temptations</i>) - Anxiété (<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>) - Affirmation de soi (Rathus Assertiveness Schedule) - Confiance à résister de manger (<i>Weight Efficacy Life-Style Questionnaire</i>) - Stade de changement (<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i>) - Satisfaction par rapport au corps (<i>Body Satisfaction Scale</i>) - Évitement du corps (<i>Body Image Avoidance Questionnaire</i>) <p>Évaluation pré, post-intervention et post-6 mois.</p>	<p>score du BDI suite à la TCC ($p < 0,05$). ↓ pour l'ECT et la TCC, pas pour le groupe nutrition et le GC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Insatisfaction corporelle</u> : ECT : + efficace pour améliorer image corporelle. Score sign. ↑ pour la conscience du corps, la satisfaction par rapport au corps et l'acceptation physique. - <u>Poids</u> : ↓ sign. de 7,2 kg pour la TCC. Absence de différence sign. entre les groupes.
(Brambilla et al., 2009) Italie	<p>N= 30♀</p> <p>Diagnostic: Critères DSM-IV</p> <p>Recrutement: admission au <i>Eating Disorder Center, Mental Health Department, Sacco Hospital.</i></p>	<p>Randomisation dans 1 des 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 1 : diète 1700 kcals, TCC hebdomadaire sur 6 mois, Sertraline 150 mg die et topiramate 150 mg die. - Groupe 2 : diète 1700 kcals, TCC 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhérence à la diète + fréquence des crises de boulimie (groupe 1 et 2 (outil non précisé)) - Poids et IMC (balance) <p>Évaluation pré, post-traitement et après 6 mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ sign. de 3,0 crises par semaine pour le groupe 1 seulement, après 6 mois de traitement. - <u>Poids</u> : ↓ poids et IMC sign. pour le groupe 1 seulement.

		<p>hebdomadaire sur 6 mois et Sertraline 150 mg die</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe 3 : seulement TCC, conseils nutritionnels sans diète. 		
(Shapiro et al., 2007) États-Unis	<p>N=66 (92,4% ♀)</p> <p>Diagnostic : critères DSM-IV (SCID): 69,8% HB et 30,2% sous-diagnostic (fréquence crises de boulimie \geq 2 fois/mois).</p> <p>Recrutement : médias et publicité sur campus universitaire</p>	<p>Randomisation dans 1 des 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CD-ROM : programme TCC interactif sur 10 semaines - Groupe de TCC traditionnelle: 10 séances hebdomadaires de 90 minutes - Liste d'attente (GC) 	<p>- Comportements alimentaires et fréquence des crises de boulimie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questions variées - <i>Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised</i> - Sévérité de l'HB (BES) <p>- Poids et IMC (données autorapportées)</p> <p>- Acceptation du programme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attrition - Choix de programme suite à la liste d'attente - Utilisation du CD-ROM post-traitement. <p>Évaluation pré, post- traitement et post-2 mois.</p>	<p>- <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : pas de changement sign. dans les groupes, mais différence sign. dans le temps ($p < 0,04$) pour les groupes traitements. Pas de différence sign. pour le nombre de jours avec crises de boulimie par semaine entre les groupes en post-traitement. Abstinence de crises de boulimie : CD-ROM : 13,3 % sujets en post-traitement et 12,5 % au suivi après deux mois. TCC : 7,7 % sujets en post-traitement et 22,2% au suivi après deux mois.</p> <p>- <u>Sévérité de l'HB</u> : pas de résultats.</p> <p>- <u>IMC</u> : stable</p> <p>* analyses ne permettent pas de savoir si les différences observées pour le groupe TCC sont significatives.</p>
(Deumens, Noorthoorn, & Verbraak, 2012) Pays-Bas	<p>N=182 ♀</p> <p>Diagnostic : Critères DSM-IV</p> <p>Recrutement : femmes se présentant pour un traitement dans un centre pour les TCA</p>	<p>1 journée par semaine sur 20 semaines qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 75 minutes de TCC - 75 minutes de journal alimentaire - 75 minutes de thérapie psychomotrice <p>+ 6 séances de 90 minutes avec les conjoints (informations sur l'HB et comment supporter son conjoint).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes dépressifs (BDI) - Psychopathologie (Symptom Checklist-90) - Attitude par rapport au corps (<i>Body Attitude Test</i>) - Poids et IMC (balance) <p>Évaluation pré et post-intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Symptômes dépressifs</u> : \downarrow sign. de 6,4 du score au BDI ($p < 0,001$). - <u>Insatisfaction corporelle</u> : amélioration sign. de l'attitude par rapport au corps ($p < 0,001$). - <u>IMC</u> : \downarrow sign. de 1,2 kg/m² IMC ($p < 0,001$).
(Friederich et al., 2007)	<p>N= 96 (78,1 % ♀) N=39 avec HB, N=19 sous-diagnostic (ne</p>	<p>15 séances de 2 heures de groupe comprenant TCC, éléments de thérapie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des crises de boulimie (nombre de crises dans le dernier mois) 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : Abstinence complète chez 48,6% des sujets avec HB et 42,1% de ceux avec un

Allemagne	<p>rencontre pas le critère de fréquence des crises de boulimie ou crises subjectives), N=38 sujets obèses sans TCA</p> <p>Diagnostic : histoire de diagnostique de TCA (<i>Structured Interview on Anorexic and Bulimic Disorders-Expert Assessment</i> et <i>SCID</i> (DSM-IV))</p> <p>Recrutement : sujets contrôle dans les médias.</p>	<p>interpersonnelle pour 60 minutes et conseils nutritionnels et sur l'activité physique pour 60 minutes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes dépressifs (<i>Patient Health Questionnaire</i>) - Poids (instrument non précisé) <p>Évaluation pré, post-traitement et post-3 mois.</p>	<p>sous-diagnostic au suivi après 3 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Symptômes dépressifs</u> : Effet positif et sign. sur les symptômes dépressifs (PHQ) ($p < 0,001$). - <u>Poids</u> : ↓ poids de $3,3 \pm 5,7$ kg pour les sujets avec HB et de $1,9 \pm 3,8$ kg pour ceux sous-diagnostiqués, différence pas significative ($p < 0,001$).
(Tasca et al., 2006) Canada	<p>N= 135 (91,1% ♀)</p> <p>Diagnostic : Critères DSM-IV</p> <p>Recrutement : référence d'un professionnel de la santé ou médias.</p>	<p>Randomisation dans 1 des 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC en groupe (N=47) - Thérapie interpersonnelle en groupe (N=48) - Groupe contrôle (N=40) <p>1 séance préparatoire + 16 séances intervention</p>	<p>Entrevues individuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence des crises de boulimie (rappel des 7 derniers jours) - Détresse psychologique: (<i>Center for Epidemiological Studies-Depression Scale</i> et <i>Inventory of Interpersonal Problems</i>) - Estime de soi (RSEQ) - Poids et IMC (mesuré pré et post-traitement, mais rapporté au post-12 mois). <p>Évaluation pré et post-traitement et post-6 et 12 mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Fréquence des crises de boulimie</u> : ↓ 3,4 jours avec crises dans les 7 derniers jours pour le groupe TCC, suite à l'intervention et les changements se sont maintenus après 12 mois 86,5% de sujets rapportaient moins de 2 journées avec des crises de boulimie vs 75,7 % pour la psychothérapie et 12,1% pour le GC. - <u>Symptômes dépressifs</u> : ↓ sign. score suite à l'IPT vs GC. Pas de différence entre l'IPT et la TCC et pas entre la TCC et le GC. - <u>Poids et IMC</u> : pas de changements statistiquement sign. suite aux interventions et après 12 mois. 26,2% des sujets présentaient une perte de poids sign. sur le plan clinique (10,0% du poids corporel initial ou plus) au suivi après 12 mois * données rapportées au téléphone.

1 Seules les variables étant considérées dans le mémoire ont été rapportées pour les études répertoriées dans le tableau.

Annexe 3 Script de l'entrevue téléphonique initiale

« Bonjour,

Tout d'abord, merci de l'intérêt que vous portez au projet de recherche.

La première étape pour savoir si vous pouvez faire partie de cette étude constitue un bref questionnaire téléphonique et par la suite je pourrai vous donner plus d'informations par rapport au projet de recherche. Sachez que toutes les informations demeurent confidentielles et que les informations ne seront pas conservées dans le cas où vous n'êtes pas retenue pour participer à l'étude.

Est-ce qu'il s'agit d'un bon moment pour vous, disposez-vous de cinq à dix minutes pour que nous puissions discuter?

QUESTIONNAIRE TÉLÉPHONIQUE

Date : _____ Nom : _____

Tél. : _____ Date de naissance : _____

Âge : _____ Poids rapporté : _____ Taille rapportée : _____ IMC : _____

CRITERE D'EXCLUSION

Êtes-vous enceinte? OUI NON

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES (basés sur les critères diagnostiques de l'HB, DSM-IV, le sujet doit répondre à tous les critères : 1, 2, 3, 4, 5)

1. Depuis les 6 derniers mois, y a-t-il eu des occasions où la quantité de nourriture que vous avez mangée aurait semblé très grande aux yeux des autres? OUI NON

Lorsque vous avez mangé une très grande quantité de nourriture, aviez-vous perdu le contrôle (pas capable d'arrêter de manger ou de limiter la quantité) ?

OUI NON

2. Depuis les 6 derniers mois, combien de jours par semaine, en moyenne, avez-vous mangé une très grande quantité de nourriture en sentant que vous aviez perdu le contrôle? 1 2 3 4 5 6 7

3. Lors de ces épisodes (où vous mangez plus qu'à l'habitude, perte de contrôle)... (le sujet doit répondre oui à au moins 3 des 5 questions qui suivent (a, b, c, d, e) :

- ... a) mangez-vous plus rapidement qu'à l'habitude? OUI NON
- ... b) mangez-vous jusqu'à ce que vous ayez une sensation désagréable au niveau du ventre (se sentir pleine)? OUI NON
- ... c) mangez-vous sans ressentir la faim? OUI NON
- ... d) mangez-vous seule parce que vous êtes gênée de la quantité de nourriture? OUI NON
- ... e) vous sentez-vous dégoûtée de vous-même, déprimée ou coupable après avoir mangé? OUI NON
4. Est-ce que ces comportements vous font souffrir ? OUI NON
5. Est-ce que ces comportements sont associés à des vomissements, à la prise de laxatifs, à de l'exercice physique intense ou à des jeûnes dans le but de ne pas prendre de poids ou pour compenser le fait d'avoir mangé? OUI NON

Avez-vous déjà reçu un traitement pour vos comportements alimentaires problématiques tel qu'abordé précédemment (HB) dans le passé ou recevez-vous un traitement actuellement? OUI NON

NE RÉPOND PAS AUX CRITÈRES CIBLÉS « Merci d'avoir pris le temps de répondre aux questions. Malheureusement, je suis désolée, mais le programme offert ne conviendra pas à vos besoins. Il est important pour nous que vous puissiez tout de même trouver des ressources pour vous venir en aide. Je peux vous référer à ANEB Québec www.anebquebec.com/ ou 1 800 630-0907 qui garantit une aide professionnelle immédiate et gratuite aux personnes touchées par les troubles alimentaires ...»

RÉPOND AUX CRITÈRES CIBLÉS « Vous répondez aux critères ciblés pour cette première étape de recrutement. Il y aura une séance d'information prochainement, lors de laquelle vous pourrez en savoir plus sur le déroulement de l'étude. Le projet sera expliqué en détail et il y aura une période de question. Dès que la date est fixée, je pourrai vous recontacter pour vous en informer. D'ici là, si vous êtes d'accord, je

pourrais vous faire parvenir un formulaire d'information et de consentement qui explique le projet et ses implications, ainsi, il sera possible pour vous d'en prendre compte. Si vous êtes d'accord, il me faudrait votre adresse complète :

Merci d'avoir pris le temps de répondre aux questions et de manifester un intérêt pour cette étude. »

Annexe 4 Affiche publicitaire



Faculté de médecine
Département de nutrition

PARTICIPATION À UNE ÉTUDE-PILOTE

INTERVENTION DE GROUPE AUPRÈS DE FEMMES QUI SOUFFRENT D'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

- Trouble alimentaire caractérisé par la **survenue récurrente de crises de boulimie**, c'est-à-dire de pertes de contrôle sur le comportement alimentaire au cours desquelles il y a ingestion d'une grande quantité de nourriture en peu de temps
- **Aucun comportement compensatoire** utilisé pour prévenir la prise de poids (exemples : vomissements, jeûne, laxatifs, exercice physique intense)
- Comportement associé à de la **souffrance**

DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

- **Objectifs :**
 1. **Valider** une intervention de groupe
 2. Évaluer les effets potentiels sur la **qualité de vie, la sévérité et la fréquence des crises de boulimie, la dépression, l'image corporelle et le poids**
 3. Évaluer l'**acceptation** du programme par les participantes
- **Intervention psychoéducatrice** inspirée de la thérapie cognitivo-comportementale
- **8 séances** hebdomadaires de 90 min. (début en janvier 2013) Lieu : Université de Montréal
- Séances animées par une **nutritionniste** et une **psychothérapeute** dans le cadre d'un projet de maîtrise à l'Université de Montréal

PARTICIPANTES RECHERCHÉES

CRITÈRES D'INCLUSION

- | | |
|---------------|--------------------------------------|
| ✓ 18 ans et + | ✓ Embonpoint/Obésité (IMC \geq 25) |
| ✓ Femme | ✓ Hyperphagie boulimique |

Laissez-nous évaluer si vous pouvez faire partie de cette étude et ce, en toute confidentialité!

POUR PARTICIPER OU DES QUESTIONS ? CONTACTEZ : Catherine Moquin, Dt.P.

Annexe 5 Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉTUDE-PILOTE SUR LA VALIDATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE AUPRES DE FEMMES SOUFFRANT D'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE ET L'ÉVALUATION DE SES EFFETS POTENTIELS

RESPONSABLES DE L'ÉTUDE

Chercheuse/étudiante: Catherine Moquin, Dt.P., Nutritionniste et candidate à la maîtrise recherche en nutrition à l'Université de Montréal

Directrice : Geneviève Mailhot, Dt.P., Ph.D. Professeure adjointe, Département de nutrition, Université de Montréal

Codirectrice : Josée Guérin, Dt.P. B.Sc. Nutrition, Psychothérapeute

Ce projet ne bénéficie pas de financement.

Il n'y a aucun conflit d'intérêts pour les membres de l'équipe de recherche.

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche qui s'adresse à des femmes souffrant de compulsions alimentaires (pertes de contrôle au niveau de l'alimentation lors de laquelle une grande quantité de nourriture est ingérée en peu de temps). Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information et à poser toutes les questions nécessaires afin de décider si vous êtes intéressée à participer à ce projet de recherche.

L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE est un trouble alimentaire caractérisé par les éléments suivants :

Survenue de compulsions alimentaires (au moins 2 jours par semaine pendant 6 mois)

Les compulsions alimentaires sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus):

- *manger beaucoup plus rapidement que la normale*
- *manger jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale*
- *manger beaucoup en l'absence d'une sensation physique de faim*
- *manger seule parce que l'on est gênée de la quantité que l'on absorbe*
- *se sentir dégoûtée de soi-même, déprimée, coupable après avoir mangé.*

Les compulsions alimentaires sont source de souffrance marquée

Les compulsions alimentaires ne sont pas associées à des comportements compensatoires comme les vomissements, les laxatifs, l'exercice physique intense

Ce trouble alimentaire est souvent associé à de l'obésité et nécessite que des traitements valables soient trouvés pour venir en aide aux personnes, qui comme vous, en souffrent. On remarque aussi une détresse importante reliée au poids, à la silhouette, à l'alimentation et une qualité de vie diminuée associée à l'hyperphagie boulimique.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Dans un premier temps, cette étude vise à adapter et valider une intervention de groupe ayant déjà fait l'objet d'une recherche en Colombie-Britannique. Cette étude a permis d'observer une diminution de la sévérité et fréquence des compulsions alimentaires et de l'état dépressif ainsi qu'une amélioration de l'estime de soi et de l'image corporelle.

Le présent projet de recherche aura pour objectif de voir si le nouveau programme d'intervention de groupe, n'ayant jamais été donné, a des effets sur la qualité de vie reliée au poids, la fréquence et la sévérité des compulsions alimentaires, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids. Il est aussi prévu de valider l'acceptation par les participantes et le taux de participation.

METHODE

Il s'agit d'une intervention de groupe d'une durée de huit semaines à raison d'une séance de 90 minutes par semaine. Le programme sera animé en totalité par une nutritionniste. Une psychothérapeute l'accompagnera pour quatre des huit séances. Le programme s'inspire d'une thérapie reconnue dans le traitement de l'hyperphagie boulimique, soit la thérapie cognitivo-comportementale.

Une séance d'information initiale sera tenue pour expliquer en détail le programme et le présent formulaire d'information et de consentement ainsi que pour répondre aux questions des femmes intéressées. Les femmes désirant participer à l'étude pourront ensuite signer ce formulaire et remplir deux questionnaires qui permettront à l'équipe de recherche de valider les critères d'inclusion pour participer à cette étude. Il est entendu que si vous ne respectez pas tous les critères d'inclusion ou si vous présentez des critères d'exclusion, vous ne pourrez pas participer à cette étude. Ce n'est que par la suite que deux groupes de dix femmes pourront être formés.

Afin d'étudier les effets potentiels de ce programme, deux groupes seront créés, soient un groupe expérimental et un groupe témoin. Les participantes seront réparties au hasard dans chacun des groupes. Le groupe expérimental recevra l'intervention en premier pendant que le groupe témoin

sera en attente (8 semaines) et par la suite, ce sera au groupe contrôle de participer au programme. Ainsi, les mesures recueillies à l'aide des questionnaires aux différents temps permettront de voir si des effets positifs peuvent être notés. Il faut comprendre que, dans le contexte de la recherche, il se peut que les participantes du groupe contrôle ne bénéficient pas des séances dans le cas où des problèmes seraient rencontrés avec le premier groupe. Toutefois, si aucun problème majeur ne survient en cours de route, il n'y a pas de raison pour que nous ne puissions pas mener l'étude à terme. Ainsi, en acceptant de participer à ce projet de recherche, vous comprenez que vous ne pourrez pas décider dans quel groupe vous serez, puisque seul le hasard le déterminera.

NATURE, DUREE ET CONDITIONS DE LA PARTICIPATION

Groupe expérimental

Si vous correspondez au profil recherché pour les besoins de l'étude et que vous retrouvez dans le groupe expérimental, des questionnaires seront passés et des mesures seront prises au début et à la fin de l'intervention afin de voir si des changements peuvent être observés. Aussi, douze mois après la fin de l'intervention, vous serez recontactée et conviée à une séance d'information sur les principaux résultats de la recherche et vous devrez repasser une évaluation afin de voir s'il y a eu des changements. En participant à cette étude, voici concrètement ce à quoi vous serez appelée à participer :

ACTIVITÉ, DURÉE, LIEU	DATE	CONTENU
Évaluation initiale Durée : environ 60 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition Pavillon Liliane de Stewart 2405, ch. de la Côte-Ste-Catherine	Avant la 1 ^{ère} séance d'intervention	Pesée du poids corporel et mesure de la taille Question sur la perception du poids Réponse aux questionnaires suivants : Impact of Weight on Quality of Life (Qualité de vie reliée au poids) Binge Eating Scale (Indice de sévérité des compulsions alimentaires) Rappel des 7 derniers jours (Fréquence des compulsions alimentaires) Inventaire de Beck (Dépression) Body Shape Questionnaire (Insatisfaction de l'image corporelle)
Séances d'intervention (programme de groupe) Durée : 90 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition	#1 à déterminer #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	Participation aux séances et petits « devoirs » associés aux thèmes des séances (à faire à la maison)

Évaluation finale Durée : environ 60 à 90 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition	Le soir même de la dernière séance	Même que pour l'évaluation initiale
Séance d'informations sur les résultats de l'étude (Évaluation 12 mois après) Durée et procédures : à décider	12 mois après la fin de l'intervention	Même que pour l'évaluation initiale

Groupe témoin

Si vous correspondez au profil recherché pour les besoins de l'étude et que vous vous retrouvez dans le groupe témoin, il y aura une évaluation, comprenant des questionnaires à répondre et des mesures qui seront prises huit semaines avant le début du programme, au début du programme et à la fin du programme d'intervention. Aussi, douze mois après la fin de l'intervention, vous serez recontactée et conviée à une séance d'information sur les principaux résultats de la recherche et vous devrez repasser une évaluation.

ACTIVITÉ, DURÉE, LIEU	DATE	CONTENU
Évaluation initiale Durée : environ 60 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition Pavillon Liliane de Stewart 2405, ch. de la Côte-Ste-Catherine	À déterminer 8 semaines avant le début du programme	Information sur le déroulement du programme Pesée du poids corporel et mesure de la taille Question sur la perception du poids Réponse aux questionnaires suivants : Impact of Weight on Quality of Life (Qualité de vie reliée au poids) Binge Eating Scale (Indice de sévérité des compulsions alimentaires) Rappel des 7 derniers jours (Fréquence des compulsions alimentaires) Inventaire de Beck (Dépression) Body Shape Questionnaire (Insatisfaction de l'image corporelle)
Période d'attente d'une durée de 8 semaines		
Évaluation Durée : environ 45 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition Pavillon Liliane de Stewart 2405, ch. de la Côte-Ste-Catherine	Avant la première séance (le soir même)	Même que pour l'évaluation initiale

Séances d'intervention (programme de groupe) Durée : 90 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition	#1 à déterminer #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	Participation aux séances et petits « devoirs » associés aux thèmes des séances (à faire à la maison)
Évaluation finale Durée : environ 45 minutes Lieu : Clinique universitaire de nutrition	Après la dernière séance (le soir même)	Même que pour l'évaluation initiale
Séance d'informations sur les résultats de l'étude (Évaluation 12 mois après) Durée et procédures : à déterminer	12 mois après la fin de l'intervention	Même que pour l'évaluation initiale

RISQUES ET INCONVENIENTS

Il n'y a pas de risques majeurs qui ont été identifiés en ce qui a trait à la participation à cette étude. Toutefois, quelques inconvénients se doivent d'être soulevés. Comme, un trouble alimentaire implique des dimensions personnelles que nous tenterons d'évaluer dans ce projet, il se peut qu'il soit inconfortable pour vous de répondre à certaines questions. Afin de réduire le plus possible l'inconfort que vous pourriez ressentir, des mesures sont prises assurant que les données qui vous touchent soient confidentielles.

Notez que si vous souhaitez poursuivre certaines démarches suite à cette participation ou si vous en ressentez le besoin à n'importe quel moment, vous pouvez aussi aller chercher de l'aide auprès de ressources spécialisées :

Le ANEB Québec qui garantit une aide professionnelle immédiate et gratuite aux personnes touchées par les troubles alimentaires (www.anebquebec.com; 1 (800) 630-0907)

L'Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires : Revivre qui propose des prises en charges, des conférences, des ateliers et une ligne d'écoute du lundi au vendredi de 9h à 21h. (www.revivre.org; 514 REVIVRE (738-4873))

L'Ordre Professionnel des Diététistes du Québec (www.opdq.org ; 1 (888) 393-8528))

L'Ordre des Psychologues du Québec (www.ordrepsy.qc.ca ; 1 (800) 363-2644)

Suicide Action Montréal qui propose une ligne d'intervention est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. (www.suicideactionmontreal.org; 1 (866) APPELLE (277-3553))

Aussi, puisque l'intervention se fera en groupe, il se pourrait que vous ne soyez pas à l'aise d'aborder certains thèmes devant le groupe. Premièrement, dès la première séance, des présentations seront faites afin de vous permettre de créer des liens avec les participantes. Deuxièmement, il faut tenir compte du fait que les autres participantes vivent la même problématique que vous. Également, le tout se fera dans la confidentialité et l'animatrice mentionnera dès la première séance que, ce qui est abordé dans le groupe doit y rester. Un autre inconvénient constitue le temps que vous devrez passer à répondre aux questionnaires qui permettent d'évaluer les enjeux reliés à l'hyperphagie boulimique.

AVANTAGES ET BENEFICES

La participation au programme d'intervention permettra sans aucun doute de faire avancer les connaissances dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique et peut-être même que cette intervention vienne en aide à d'autres femmes si des effets positifs sont notés.

Votre participation permettrait de contribuer à l'évaluation des effets potentiels de ce programme sur la qualité de vie, la sévérité et la fréquence des compulsions alimentaires, les symptômes dépressifs, l'image corporelle et le poids. Il est impossible de garantir que des effets bénéfiques pourront être notés puisque l'objectif visé est de voir si cette intervention permet d'observer de tels résultats, mais nous espérons que cela pourra aider à la gestion de votre trouble alimentaire.

En prenant part à une telle étude, dans un contexte de groupe, cela vous permettra sans aucun doute d'échanger avec des femmes aux prises avec des problèmes similaires, de créer des liens et peut-être de vous sentir moins seule face à votre trouble.

DIFFUSION DES RESULTATS

Une fois les données de l'étude rassemblées et analysées, vous serez invitée à une séance d'informations lors de laquelle les principaux résultats de recherche seront annoncés. Par ailleurs, les résultats de cette recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées ou communiqués dans un congrès scientifique mais aucune information permettant de vous identifier ne sera dévoilée. Aussi, dans l'optique que ce traitement profite à d'autres individus, les résultats de cette étude pourraient être utilisés pour illustrer le potentiel de l'intervention.

PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITE

Les données recueillies seront conservées pendant la période de conservation minimale de sept ans. Ainsi, tous les documents comportant des données recueillies seront déchiquetés en décembre 2019 et les données électroniques, qui ne seront accessibles que par un mot de passe,

connu uniquement de Catherine Moquin et Geneviève Mailhot, seront effacées à la même période. Nous nous engageons à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. Afin de s'assurer de la plus grande confidentialité qui soit, vous serez désignée par un numéro de code et la liste correspondante sera connue uniquement de Catherine Moquin et Geneviève Mailhot. Tous les renseignements obtenus seront codés et conservés dans un classeur sous clé. Les documents de recherche seront conservés dans un classeur sous clé dans le bureau de Geneviève Mailhot au Département de nutrition de l'Université de Montréal.

En donnant votre consentement pour la participation à la présente recherche, ceci implique qu'une autre chercheuse, qui sera en charge de l'évaluation 12 mois après la fin de l'intervention, puisse entrer en contact avec vous. Cette chercheuse aura donc accès à vos renseignements personnels. Les réponses à certaines questions pourront aussi faire l'objet de certaines analyses futures sans que vous ne puissiez être retracée.

Veuillez noter que le comité d'éthique de la recherche peut accéder à vos données à des fins de vérification. Toute personne accédant à ces données s'engage à la confidentialité.

DROIT DE RETRAIT

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. En cas de retrait, vous pourrez demander la destruction de vos données ou du matériel vous concernant. Enfin, il sera impossible de retirer les analyses menées sur vos données une fois ces dernières publiées ou diffusées.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude vous pouvez contacter ... ou par courriel à l'adresse suivante....

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES), par courriel : _____ ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604. Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel : _____

L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

CONSENTEMENT

Ma participation à cette étude est tout à fait volontaire. Je suis donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte les échanges entretenus avec la chercheuse.

Dans l'éventualité où certaines de mes réponses aux questionnaires révéleraient une détresse importante, j'accepte que l'équipe de recherche puisse contacter mon médecin de famille afin de lui fournir les informations pertinentes relatives au projet de recherche. Aussi, l'équipe pourra me référer à Revivre où je pourrai être prise en charge si je le souhaite.

J'accepte Je refuse

Nom et coordonnées de mon médecin de famille :

Prénom et nom de la participante
(caractère d'imprimerie)

Signature de la participante

Date :

Annexe 6 Questionnaire pour les critères d'inclusion et d'exclusion au moment de la rencontre d'information

Merci de prendre le temps de répondre aux questions suivantes le plus fidèlement possible.

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

1. Depuis les 6 derniers mois, y a-t-il eu des occasions où la quantité de nourriture que vous avez mangée aurait semblé très grande aux yeux des autres? OUI
NON
2. Lorsque vous avez mangé une très grande quantité de nourriture, aviez-vous perdu le contrôle (pas capable d'arrêter de manger ou de limiter la quantité) ? OUI
NON
3. Depuis les 6 derniers mois, combien de jours par semaine, en moyenne, avez-vous mangé une très grande quantité de nourriture en sentant que vous aviez perdu le contrôle? 1 2 3 4 5 6 7
4. Lors de ces épisodes (où vous mangez plus qu'à l'habitude, perte de contrôle)...
 - a) ... mangez-vous plus rapidement qu'à l'habitude? OUI NON
 - b) ... mangez-vous jusqu'à ce que vous ayez une sensation désagréable au niveau du ventre (se sentir pleine)? OUI NON
 - c) ... mangez-vous sans ressentir la faim? OUI NON
 - d) ... mangez-vous seul parce que vous êtes gênée de la quantité de nourriture?
OUI NON
 - e) ... vous sentez-vous dégoûtée de vous-même, déprimée ou coupable après avoir mangé? OUI NON
5. Est-ce que ces comportements vous font souffrir? OUI NON
6. Est-ce que ces comportements sont associés à des vomissements, à la prise de laxatifs, à de l'exercice physique intense ou à des jeunes dans le but de ne pas prendre de poids ou pour compenser le fait d'avoir mangé? OUI NON
7. Avez-vous déjà reçu un traitement pour vos comportements alimentaires problématiques tel qu'abordé précédemment (HB) dans le passé ou recevez-vous un traitement actuellement? OUI NON

INFORMATIONS GÉNÉRALES

8. Quel âge avez-vous ? _____
9. Combien pesez-vous ? _____
10. Combien mesurez-vous? _____
11. Êtes-vous enceinte? OUI NON
12. Êtes-vous suivie ou avez-vous déjà été suivie en psychiatrie dans le passé? OUI
NON
13. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble de la personnalité? OUI NON
14. Au meilleur de votre connaissance, souffrez-vous d'une maladie ou d'une condition qui a une influence sur votre poids, par exemple, l'hypothyroïdie ? OUI
NON
- Si oui, laquelle :

15. Prenez vous des médicaments ? OUI NON
- Si oui, le(s)quel(s) :

Annexe 7 Contenu détaillé des séances d'intervention

SEANCE 1

Introduction, présentation des participants

Présentation du programme

- Déroulement habituel des séances : Tour de table, retour sur le devoir, présentation du déroulement de la séance, activités, discussion, présentation du devoir à la maison.

Attentes des participants et fixer objectifs personnels

Objectif de la 1^{ère} séance : Mettre à jour les connaissances sur l'alimentation tout en favorisant le développement de saines habitudes de vie.

Thèmes abordés :

- Homéostasie du comportement alimentaire (besoins énergétiques, nutritionnels et émotionnels)
- Concept biopsychosocial de l'alimentation (aspects biopsychosociaux qui influencent l'alimentation)

Discussion :

- Qu'est-ce qui influence l'acte alimentaire?
- Présentation du schéma d'ÉquiLibre (Biologie, aspects socioculturels, habitude et vie familiale, aspects personnels qui influencent l'image de soi, le comportement alimentaire, l'exercice physique et le poids)

Devoir : Remarquer ce qui influence mon alimentation dans la vie de tous les jours, à quels aspects est-ce que je porte attention?

SEANCE 2

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Poursuivre la mise à jour des connaissances sur l'alimentation tout en favorisant le développement de saines habitudes de vie.
- Reconnecter avec les besoins de notre corps, prise de conscience par rapport aux sensations et aux signaux internes

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Écoute des signaux de faim et de satiété
- Assiette équilibrée
- Guide alimentaire canadien + activité physique

Discussion :

- Qu'est-ce que manger normalement?
- Lecture du texte Manger normalement

Devoir :

- Journal alimentaire réflexif

SEANCE 3

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Comprendre les effets pervers des régimes
- Développer une attitude positive par rapport à son image corporelle
- Développer son point de vue critique par rapport aux médias sociaux

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Cercle vicieux des régimes
- Préoccupation par rapport au corps
- Regard critique, quelques publicités

Discussion :

- Pourquoi pensez-vous qu'autant de personnes suivent un régime?
- Qu'arrive-t-il lorsque vous vous mettez au régime?
- Comment les régimes ont-ils contribué à votre TCA?
- De quelle façon les régimes envahissent vos pensées?
- Est-ce que les personnes minces sont plus heureuses?

- Croyez-vous que le succès passe nécessairement par une perte de poids?
- Quand a été la dernière fois où vous vous êtes senti en paix et en harmonie avec votre corps?
- Quels sont vos repères pour savoir comment vous sentir par rapport à votre corps?
- Quelles sont les stratégies aidantes pour surmonter une obsession par rapport au poids ?
- Que pouvez-vous faire pour différencier votre insatisfaction corporelle de vos états émotionnels

Devoir :

- Identification d'attributs personnels
- Journal alimentaire réflexif

SEANCE 4

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Reconnaître et comprendre l'HB : Symptômes, critères diagnostiques, enjeux, développement, statistiques.

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Théorie sur l'HB
- Éléments déclencheurs des compulsions alimentaires
- Impact du TCA dans la vie.

Discussion :

- De quelle façon la vie d'une personne change-t-elle lorsque le TCA entre dans sa vie?
- De quoi le TCA vous prive-t-il?
- Si l'on retirait le TCA de la vie d'une personne, quel serait l'impact?

Devoir :

- Identification + résumé des éléments déclencheurs des compulsions alimentaires
- Journal alimentaire réflexif

SEANCE 5

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Apprendre à reconnaître, accepter et exprimer ses émotions

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Façons diverses de vivre ses émotions, variabilité
- Acceptation de ses émotions (mieux d'en avoir que de ne pas en avoir du tout)
- Reconnaître, exprimer ses émotions aux autres et savoir les nommer clairement
- Attribution causales (façon différentes de déterminer la cause d'un évènement selon que l'on soit optimiste ou pessimiste, et les émotions qui peuvent en découler)
- Sept façons de se faire mal (l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la sur généralisation, minimalisation des réussites, maximisation de ses échecs, personnalisation, pensée dichotomique)
- Les émotions influencent les pensées

Discussion :

- Comment se fait-il que la gestion des émotions passe par l'acte alimentaire?
- Comment la préoccupation par rapport à l'alimentation et au poids peut affecter la façon dont la personne fait face à ses difficultés émotionnelles?
- Comment est-ce que l'acte alimentaire a remplacé le fait de vivre des émotions négatives ou des pensées désagréables en lien avec vos problèmes dans votre vie?

- Quelles stratégies pour adresser les problèmes émotifs pourraient fonctionner pour vous tout en distinguant vos émotions de votre TCA?

Devoir :

- Identifier une émotion qu'on ne vit pas pleinement habituellement et s'autoriser à la vivre en provoquant une occasion ex : exprimer sa colère si on a tendance à se soumettre, écouter un film drôle si on rit rarement, etc.

SEANCE 6

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Apprendre à recadrer ses pensées

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Les pensées influencent émotions
- Contradiction dans le fait d'arrêter de penser à quelque chose
- Types de distorsions cognitives
- Fonctionnement de la restructuration cognitive avec exemple
- Importance d'exprimer ce qu'on pense, réduire les ambiguïtés
- Interprétations ou jugements hâtifs : exercice visuel, mises en situation

Discussion :

- Comment vos pensées nuisent-elles à votre rémission ?
- À quoi penser lorsqu'on sent que l'on « perd le contrôle » ?
- Est-il possible de vivre une situation différemment en l'interprétant d'une autre façon ?
- Est-ce que votre entourage sait facilement ce à quoi vous pensez ?

Devoir :

- Tableau à 3 colonnes (relation entre l'événement, la pensée, la dimension affective et la réaction comportementale)
- Marche à suivre pour changer sa façon de penser

SEANCE 7

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Apprendre diverses stratégies pour résoudre ses problèmes

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Liste de problèmes, petits objectifs, plans concrets (technique de résolution de problème)
- Importance de bien s'organiser afin de diminuer le stress de la vie quotidienne et respecter, dans les échéances, son plan de résolution de problème
- Procrastination... ne pas régler un problème en amène d'autres, les problèmes ne se règlent pas seuls
- Importance d'explorer toutes les solutions possibles : exercice (ouvrir ses horizons à d'autres solutions)

Discussion :

- Comment votre perception de vous fait référence à votre combat pour vous défaire de votre TCA?
- Comment le TCA fait-il en sorte de rendre une personne pleine de haine envers elle-même (discours négatif) tout en la rendant sourde et aveugle par rapport à ses meilleures qualités?
- Dans le futur, sur quels aspects (domaines) de votre vie allez-vous mettre l'accent et comment cela affectera vos sentiments par rapport à vous?

Devoir :

- Feuille technique de résolution de problème

SEANCE 8

Tour de table

Retour sur le devoir

Présentation du déroulement de la séance

Objectifs de la séance :

- Retour sur le programme
- Développer un plan de maintien, prévention des rechutes
- Poser un regard critique sur le programme

Méditation dirigée sur la pleine conscience (5 à 7 minutes)

Thèmes abordés :

- Acquis
- Prévenir les rechutes

Discussion :

- Partage des acquis, éléments à travailler, peurs, etc.

Devoir :

- Rédaction du plan de maintien

Annexe 8 Impact of Weight on Quality of Life-Lite

Pour chacune des questions suivantes, veuillez encrer le chiffre correspondant le mieux à votre situation au cours de la dernière semaine. Répondez aussi sincèrement que possible. Il n'y a pas de réponses « bonnes » ou « mauvaises ».

<u>Mobilité</u>		TOUT LE TEMPS	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
1.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à ramasser les objets.	5	4	3	2	1
2.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à attacher mes chaussures.	5	4	3	2	1
3.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à me relever de ma chaise.	5	4	3	2	1
4.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à prendre les escaliers.	5	4	3	2	1
5.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à m'habiller ou à me déshabiller.	5	4	3	2	1
6.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à me déplacer.	5	4	3	2	1
7.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à croiser les jambes.	5	4	3	2	1
8.	J'ai de la difficulté à respirer au moindre effort.	5	4	3	2	1
9.	J'ai des problèmes d'articulations raides ou douloureuses.	5	4	3	2	1
10.	J'ai les chevilles et les jambes enflées en fin de journée.	5	4	3	2	1
11.	Je me fais du souci pour ma santé.	5	4	3	2	1
<u>Estime de soi</u>		TOUT LE TEMPS	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
1.	À cause de mon poids, j'ai des complexes.	5	4	3	2	1
2.	À cause de mon poids, je n'ai pas pour moi l'estime que je devrais avoir.	5	4	3	2	1
3.	À cause de mon poids, je manque de confiance en moi.	5	4	3	2	1
4.	À cause de mon poids, je ne m'aime pas.	5	4	3	2	1
5.	À cause de mon poids, j'ai peur d'être rejetée par les autres.	5	4	3	2	1
6.	À cause de mon poids, j'évite de me regarder dans le miroir ou sur des photos.	5	4	3	2	1
7.	À cause de mon poids, cela me gêne d'être vue en public.	5	4	3	2	1

<u>Vie sexuelle</u>		TOUT LE TEMPS	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
1.	À cause de mon poids, les activités sexuelles ne me procurent aucun plaisir.	5	4	3	2	1
2.	À cause de mon poids, j'éprouve peu ou même aucun désir sexuel.	5	4	3	2	1
3.	À cause de mon poids, j'ai des difficultés dans les rapports sexuels.	5	4	3	2	1
4.	À cause de mon poids, j'évite les relations sexuelles chaque fois que c'est possible.	5	4	3	2	1

<u>Vie sociale</u>		TOUT LE TEMPS	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
1.	À cause de mon poids, il m'arrive d'être tournée en ridicule, d'être l'objet de moqueries ou d'une curiosité déplacée.	5	4	3	2	1
2.	À cause de mon poids, j'ai peur de ne pas trouver un siège à ma taille dans les lieux publics (ex. : cinémas, restaurants, autobus ou avions).	5	4	3	2	1
3.	À cause de mon poids, j'ai peur de ne pas pouvoir passer dans des allées ou des tourniquets.	5	4	3	2	1
4.	À cause de mon poids, j'ai peur de ne pas trouver de chaises assez solides pour supporter mon poids.	5	4	3	2	1
5.	À cause de mon poids, je suis mise à l'écart.	5	4	3	2	1

<u>Travail</u> (Note : si vous ne travaillez pas actuellement (ex. congé de maternité, invalidité, retraite, etc), veuillez répondre en fonction de vos activités quotidiennes)		TOUT LE TEMPS	SOUVENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
1.	À cause de mon poids, j'ai de la difficulté à mener les choses à bien ou à faire face à mes responsabilités.	5	4	3	2	1
2.	À cause de mon poids, je suis moins efficace que je pourrais l'être.	5	4	3	2	1
3.	À cause de mon poids, je ne reçois ni les augmentations de salaire, ni les promotions, ni la reconnaissance que je mérite dans mon travail.	5	4	3	2	1
4.	À cause de mon poids, j'ai peur de me présenter à des entrevues pour un emploi.	5	4	3	2	1

Annexe 9 Binge eating Scale

Les questions suivantes concernent les difficultés que vous avez à contrôler votre comportement alimentaire. Chacune des phrases est numérotée. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre associé à la phrase qui décrit le mieux ce que vous ressentez.

- 10.1
- 1 Je ne suis pas gêné(e) par mon poids ni par ma corpulence lorsque je suis avec d'autres personnes.
 - 2 Je suis préoccupé(e) par l'image que je donne aux autres sans pour autant être déçu(e) par cette image.
 - 3 Je suis gêné(e) et déçu(e) par mon aspect et par mon poids.
 - 4 Je suis très gêné(e) par mon poids et souvent, j'éprouve une grande honte de moi-même et je ne m'aime pas. J'essaie d'éviter de rencontrer d'autres personnes à cause de cette gêne.
- 10.2
- 1 Je n'ai aucune difficulté à manger lentement, sans me presser.
 - 2 Bien que je donne l'impression de manger vite, je ne me sens pas gavé(e) pour autant à la fin.
 - 3 De temps en temps, j'ai tendance à manger vite, et j'ai la sensation désagréable d'avoir le ventre trop plein.
 - 4 J'ai l'habitude d'engloutir la nourriture sans vraiment la mâcher et quand cela arrive, j'ai la sensation désagréable d'être gavé(e).
- 10.3
- 1 Je me sens capable de contrôler mes pulsions alimentaires quand je le veux.
 - 2 J'ai le sentiment de moins bien arriver à contrôler mon alimentation que la moyenne des gens.
 - 3 Je suis totalement incapable de contrôler mes pulsions alimentaires.
 - 4 Je me sens tellement incapable de contrôler mon alimentation que c'est devenu une obsession.
- 10.4
- 1 Je n'ai pas l'habitude de manger lorsque je m'ennuie.
 - 2 Je mange parfois lorsque je m'ennuie, mais j'arrive généralement à m'occuper et à penser à autre chose qu'à la nourriture.
 - 3 J'ai l'habitude de manger lorsque je m'ennuie, mais parfois, j'arrive à trouver une autre occupation qui me permet de penser à autre chose qu'à la nourriture.
 - 4 J'ai la forte habitude de manger lorsque je m'ennuie. Rien ne semble pouvoir me faire perdre cette habitude.
- 10.5
- 1 Généralement, je ressens physiquement une sensation de faim lorsque je mange.

- 2 Il m'arrive parfois de manger sur un coup de tête même si je n'ai pas vraiment faim.
 - 3 J'ai l'habitude de consommer des aliments que je n'apprécie pas toujours, pour satisfaire une fringale sans avoir réellement faim.
 - 4 Même si je ne ressens pas physiquement une sensation de faim, j'éprouve le besoin d'avoir la bouche pleine, par exemple avec un sandwich, car il me semble que c'est la seule manière de satisfaire cette envie. Parfois, lorsque je mange pour satisfaire cette envie, je recrache la nourriture pour ne pas grossir.
- 10.6
- 1 Après avoir trop mangé, je ne me sens pas coupable ou je ne me déteste pas.
 - 2 Après avoir trop mangé, il m'arrive parfois de me sentir coupable ou de me détester.
 - 3 Après avoir trop mangé, je me sens presque toujours coupable ou je me déteste.
- 10.7
- 1 Quand je fais un régime, je ne perds pas totalement le contrôle de mon alimentation, même après les périodes où je mange trop.
 - 2 Parfois, lorsque je mange un aliment « interdit » par mon régime, j'ai l'impression que j'ai tout « gâché » et je mange encore plus.
 - 3 Souvent, lorsque je suis au régime et que je mange trop, j'ai l'habitude de me dire : « Maintenant que j'ai tout gâché, pourquoi ne pas aller jusqu'au bout? ». Alors je mange encore plus.
 - 4 Régulièrement, je commence des régimes très stricts, mais je craque et je me goinfre. Ma vie se résume à une alternance de périodes de restriction ou d'excès.
- 10.8
- 1 Il est très rare que je mange au point d'avoir la sensation désagréable d'être gavé(e) de nourriture.
 - 2 À peu près une fois par mois, je mange tellement que je me sens vraiment gavé(e).
 - 3 Régulièrement plusieurs fois par mois, je mange de grandes quantités de nourriture pendant les repas ou entre les repas.
 - 4 Je mange tellement que, en général, je me sens mal après et il m'arrive parfois d'avoir envie de vomir.
- 10.9
- 1 En général, la quantité d'aliments que j'absorbe ne varie pas beaucoup d'un jour à l'autre.
 - 2 Parfois, après avoir trop mangé, j'essaie de réduire le plus possible la quantité d'aliments absorbés pour compenser mes excès.
 - 3 J'ai l'habitude de manger beaucoup le soir. Il me semble que, habituellement, je n'ai pas faim le matin, mais je mange trop le soir.
 - 4 Depuis que je suis adulte, après des périodes où je mange trop, il m'arrive de ne pratiquement rien manger pendant des jours. Ma vie se résume à une alternance de périodes de restriction ou d'excès.

- 10.10
- 1 En général, je peux arrêter de manger quand je le veux. Je sais dire « stop ».
 - 2 Parfois, je ressens de fortes envies de manger, que je n'arrive pas à contrôler.
 - 3 Souvent, je ressens de très fortes envies de manger, que je n'arrive pas toujours à contrôler.
 - 4 Je me sens incapable de contrôler mes pulsions alimentaires. Je redoute de ne pas pouvoir arrêter de manger quand je le veux.
- 10.11
- 1 Je parviens sans difficulté à arrêter de manger lorsque j'ai le ventre trop plein.
 - 2 En général, j'arrive à arrêter de manger lorsque j'ai le ventre trop plein, mais parfois je mange trop et j'ai la sensation désagréable d'être gavé(e).
 - 3 Une fois que j'ai commencé à manger, j'ai de la difficulté à m'arrêter. En général, après un repas, j'ai la sensation désagréable d'être gavé(e).
 - 4 Comme je ne parviens pas à arrêter de manger quand je le veux, parfois je dois me faire vomir, ou prendre des laxatifs ou des diurétiques afin de soulager la sensation d'être gavé(e).
- 10.12
- 1 Je mange autant lorsque je suis avec d'autres personnes (famille, sorties, réunions) que lorsque je suis seul(e).
 - 2 Parfois, lorsque je suis avec d'autres personnes, je ne mange pas autant que je le voudrais parce que je suis gêné(e) par mon comportement vis-à-vis de la nourriture.
 - 3 Souvent, lorsque je suis avec d'autres personnes, je mange peu, car je suis très gêné(e) par mon comportement vis-à-vis de la nourriture.
 - 4 J'ai tellement honte de trop manger, que je choisis les moments où personne ne peut me voir pour avaler de grandes quantités de nourriture. Je me cache pour manger.
- 10.13
- 1 Je fais trois repas par jour et il m'arrive parfois de manger quelque chose entre les repas.
 - 2 Je fais trois repas par jour, mais je mange souvent quelque chose entre les repas.
 - 3 Quand je mange beaucoup entre les repas, j'ai tendance à sauter les repas habituels.
 - 4 Il y a des périodes où j'ai l'impression de manger tout le temps, sans prendre de vrais repas à table.
- 10.14
- 1 Lorsque j'ai des pulsions alimentaires, je ne pense pas beaucoup à l'idée de les contrôler.
 - 2 De temps en temps, je suis préoccupé(e) par le fait d'essayer de contrôler mes pulsions alimentaires.
 - 3 J'ai l'impression que je passe souvent beaucoup de temps à calculer la quantité de nourriture que j'ai mangée ou à essayer d'arrêter de manger.
 - 4 Il me semble que je passe la plupart de mes journées à me demander si je dois manger ou non. J'ai l'impression d'être constamment en train de me battre pour ne pas manger.

- 10.15
- 1 Je ne pense pas beaucoup à la nourriture.
 - 2 J'éprouve de fortes envies de manger, mais ça ne dure pas très longtemps.
 - 3 Certains jours, j'ai l'impression que je ne peux penser qu'à la nourriture.
 - 4 La plupart du temps, je suis préoccupé(e) par la nourriture. J'ai l'impression de vivre pour manger.
- 10.16
- 1 Généralement, je sais si je ressens physiquement une sensation de faim ou non, je mange la quantité de nourriture dont j'ai besoin pour être satisfait(e).
 - 2 De temps en temps, il m'arrive de ne pas très bien savoir si je ressens physiquement une sensation de faim ou non. Dans ces moments-là, il m'est difficile de savoir la quantité d'aliments qu'il faudrait que je mange pour être satisfait(e).
 - 3 Même si je connais la quantité d'aliments que je devrais absorber, je n'ai aucune idée de la quantité « normale » de nourriture dont j'ai besoin.

Annexe 10 Rappel des 7 derniers jours pour la fréquence des crises de boulimie**RAPPEL DES 7 DERNIERS JOURS**

Veillez cocher les jours où il y a eu des épisodes d'hyperphagie (compulsions alimentaires ou crises de boulimie) dans les sept derniers jours et inscrire le nombre d'épisodes pour ces journées.

JOUR	1	2	3	4	5	6	7
ÉPISODES							
NOMBRE							

Annexe 11 Inventaire de Beck pour la dépression

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

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

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

Annexe 12 Body Shape Questionnaire

Nous aimerions connaître comment vous vous êtes sentie par rapport à votre silhouette au cours des dernières quatre semaines. Lisez, s'il vous plaît, chaque question et choisissez entre les six propositions

(1 jamais, 2 rarement, 3 parfois, 4 souvent, 5 très souvent, 6 toujours) celle qui vous semble la plus juste.

Au cours des quatre dernières semaines :

1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
2. Vous avez été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?	1	2	3	4	5	6
3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
4. Avez-vous eu peur de devenir grosse (ou plus grosse) ?	1	2	3	4	5	6
5. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?	1	2	3	4	5	6
6. Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
7. Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?	1	2	3	4	5	6
8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?	1	2	3	4	5	6
9. En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
10. Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?	1	2	3	4	5	6

11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?	1	2	3	4	5	6
13. Penser à votre silhouette, trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...) ?	1	2	3	4	5	6
14. Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
16. Avez- vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
19. Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?	1	2	3	4	5	6
20. Avez-vous eu honte de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire régime ?	1	2	3	4	5	6
22. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?	1	2	3	4	5	6
23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?	1	2	3	4	5	6
24. Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?	1	2	3	4	5	6
25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?	1	2	3	4	5	6

26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?	1	2	3	4	5	6
27. En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assis dans un canapé ou un siège de bus) ?	1	2	3	4	5	6
28. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?	1	2	3	4	5	6
29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?	1	2	3	4	5	6
31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (comme par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?	1	2	3	4	5	6
32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?	1	2	3	4	5	6
33. Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?	1	2	3	4	5	6
34. Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?	1	2	3	4	5	6

Annexe 13 Questionnaire d'évaluation à l'intention des participantes

1. Veuillez indiquer votre degré d'appréciation concernant le contenu et l'organisation du programme :	Satisfaction				
	Pas du tout	Un peu	Moyenne ment	Beaucoup	Tout à fait
Le programme de façon générale	1	2	3	4	5
La clarté des notions	1	2	3	4	5
Les animatrices	1	2	3	4	5
La qualité de l'animation	1	2	3	4	5
Le choix des activités	1	2	3	4	5
Le nombre de séances	1	2	3	4	5
La fréquence des séances	1	2	3	4	5
Les devoirs à la maison	1	2	3	4	5
Les discussions en groupe	1	2	3	4	5
Le cahier	1	2	3	4	5
Le lieu de la formation	1	2	3	4	5
Les méditations	1	2	3	4	5
Je recommanderais ce programme à une amie	1	2	3	4	5

2. Veuillez indiquer votre degré de satisfaction concernant la pertinence des différentes parties du programme :	Pertinence				
	Pas du tout	Un peu	Moyenne ment	Beaucoup	Tout à fait
Séance d'information initiale	1	2	3	4	5
Séance 1 : Introduction et mise à jour des connaissances en nutrition	1	2	3	4	5
Séance 2 : Signaux de faim et de satiété	1	2	3	4	5
Séance 3 : Les régimes et l'image corporelle	1	2	3	4	5
Séance 4 : Mieux comprendre l'hyperphagie boulimique	1	2	3	4	5
Séance 5 : Les émotions	1	2	3	4	5
Séance 6 : Recadrer les pensées	1	2	3	4	5
Séance 7 : Résolution des problèmes	1	2	3	4	5
Séance 8 : Maintien des acquis	1	2	3	4	5
Pertinence globale du programme	1	2	3	4	5

4. Suite à votre participation aux exercices de méditation « mindfulness », quels effets percevez-vous que cet exercice a exercé sur vous au début de chaque séance en groupe?

5. Si vous avez pratiqué cet exercice à la maison, quels effets percevez-vous que cette pratique de méditation « mindfulness » a exercée sur vous dans votre vie de tous les jours?

6. Quels effets percevez-vous de cette pratique de méditation ?

Annexe 14 Certificat d'éthique de la recherche en santé, Université de Montréal



N° de certificat
11T-002-CERES-P

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Étude-pilote sur l'évaluation de l'efficacité d'une intervention de groupe auprès de femmes souffrant d'hyperphagie boulimique
Étudiante requérant	Catherine Moquin, Candidate à la maîtrise en nutrition, Faculté de médecine - Département de nutrition
Sous la direction de	Geneviève Mailhot, professeure adjointe, Faculté de médecine - Département de nutrition, Université de Montréal & Josée Guérin, chargée de cours et psychothérapeute (SQPP), Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Isabelle Ganache, présidente intérimaire
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

1er février 2012
Date de délivrance

1er mars 2013
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télocopieur : 514-343-2181

Annexe 15 Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche du CHUM



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CHUM

Édifice Couper
3981, boulevard St-Laurent, Mezz 2
Montréal (Québec) H2W 1Y5

Le 23 février 2012

Dre Geneviève Mailhot
Nutrition

A/s Mme Catherine Moquin
Hôpital Sainte-Justine
2375, chemin de la Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1A8

Objet : 11.272 – *Approbation accélérée initiale et finale CÉR*
– *Projet de maîtrise – Mme Catherine Moquin*
Étude-pilote sur la validation d'une intervention de groupe auprès de femmes souffrant d'hyperphagie boulimique et l'évaluation de ses effets potentiels

Chère docteure Mailhot,

J'ai pris connaissance des documents reçus au secrétariat du CÉR du CHUM en date du 16 février 2012 en vue de l'approbation de votre projet mentionné ci-dessus :

- Formulaire de demande d'évaluation éthique d'un projet de recherche
- Approbation CÉR en santé (CERES) – 2012-02-01
- Lettre de collaboration de Mme Louise Belley, chef du service de Nutrition clinique du CHUM – 17 février 2012
- Lettre d'appui au projet – Dre Marie-Claude Paquette, DiP – INSPQ – 16 octobre 2011
- Lettre d'endossement au CÉR de l'Université de Montréal – Dre Lyne Mongeau – MSSSQ – 15 octobre 2011
- Protocole de recherche – Version 16 février 2012
- Courriel de Mme Catherine Moquin – 15 février 2012
- Formulaire d'information et de consentement – Université de Montréal – Version 2012-02-01

En vertu des pouvoirs qui me sont délégués par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM pour procéder à une évaluation accélérée, il me fait plaisir de vous informer que j'approuve votre projet puisqu'il s'agit d'un projet qui se situe sous le seuil de risque minimal.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est valide pour un an à compter du 23 février 2011, date de l'approbation de votre projet. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

Annexe 16 Réponses des participantes aux questions ouvertes du questionnaire d'évaluation à l'intention des participantes

Qu'avez-vous le plus aimé du programme ?

- *Les outils (tableau des trois colonnes, graphique de la crise) et l'explication sur les troubles alimentaires.*
- *Le respect de tous, que cela ait été bien écrit et détaillé.*
- *À peu près tout.*
- *Notions de pleine conscience, méditation, discussion entre les participantes, les textes, les références.*
- *Le fait qu'on m'autorise à manger, plus de restriction, la pleine conscience et les distorsions cognitives.*
- *Le dynamisme et la compassion des intervenants, le partage entre les participantes et les outils de réflexion.*
- *La partie avec la nutritionniste.*
- *Le groupe, les échanges et avoir de l'information que je peux travailler chez moi après.*
- *Tout, mieux comprendre l'hyperphagie, le partage dans le respect, les animatrices.*
- *Les lectures, les exercices et les compléments d'informations avec Josée Guérin.*

Qu'avez-vous le moins aimé du programme ?

- *Les devoirs, car c'est dur de travailler sur nous.*
- *Rien ou je ne m'en souviens pas.*
- *Pas assez long.*
- *Temps un peu restreint (1h30)*
- *Je me suis sentie laissée à moi-même dans le maintien de mes acquis.*
- *Témoignages, documents, interventions de l'animatrice.*
- *L'heure des rencontres, trop tard pour moi (aurait préféré 18h ou 18h30).*
- *Les commentaires trop personnels, vie privée de certaines personnes.*

- *J'aurais aimé que la psychothérapeute nous aide à régler des problèmes plus précis.*
- *Rien.*
- *Théorie données en peu de temps pour terminer à l'heure.*

Quelles sont vos suggestions pour améliorer ce programme ?

- *Un genre de suivi après plus rapproché, si c'était une fois par mois pour mieux intégrer les derniers outils donnés. Disons que je reprendrais facilement les quatre dernières.*
- *Plus de notions sur l'alimentation en général.*
- *Tout était parfait ! J'ai adoré le programme, je remercie la vie d'avoir été choisie.*
- *Je suis grandement reconnaissante d'avoir participé à cette étude, un grand merci à Catherine et à Josée. Je réalise que ces notions devraient faire partie d'un cours à l'école. Encore la preuve que l'on n'est pas assez équipé pour faire face à la vie.*

Les journaux alimentaires devraient être regardés par les intervenants pour obliger les participants à le faire et rendre des comptes, car ils n'ont aucune idée de la gravité de notre hyperphagie et de notre alimentation générale.

Le tableau à trois colonnes devrait être agrandi comme le journal alimentaire pour permettre une analyse rapide de la crise. Faire également un tableau séparé pour la résolution d'un problème à la fois.

Plus de temps aurait dû être consacré au maintien des acquis. Il aurait fallu donner ces feuilles en devoir et en discuter davantage lors d'une séance suivante.

Il faut verbaliser nos engagements avec les intervenants et se sentir davantage guider. Le plan de maintien pourrait inclure qu'un bénévole d'Aneb entre en contact avec nous, une fois par mois pour quelques mois, par exemple.

- *Avons passé trop vite sur les séances en présence de la psychothérapeute. Il y a des choses que je n'ai pas comprises.*
- *Peut-être un peu plus de séances, car très condensé.*

- *Aborder des sujets venant du groupe : amour, émotions, famille.
Durer plus longtemps, plus que huit séances.
Se voir plus souvent.*
- *Dix ou même douze rencontres auraient été bien pour approfondir les sujets ou voir autre chose.
Parfois, le temps de la théorie était trop court, car on prenait le temps nécessaire pour partager, peut-être que les rencontres pourraient durer deux heures.*

Méditations en pleine conscience

Quelle est votre expérience de la méditation en pleine conscience « *mindfulness* » pendant la séance de groupe ?

- *J'ai bien aimé.*
- *Très bien, mais je ne sais pas si cela va m'apporter quelque chose.*
- *Très bonne à chaque fois même quand j'étais en retard...*
- *Découverte.*
- *Ça me permet de relaxer de ma journée et de me préparer pour l'atelier.*
- *C'est une belle façon de relaxer et de se recentrer sur soi. Reprendre le contrôle de sa respiration et de ses pensées. Mais, celle-ci est faite dans un cadre particulier : on nous oblige à nous arrêter alors que lorsque l'on est seule, cela peut demander un effort considérable.*
- *Je n'ai pas aimé du tout.*
- *Intéressant, j'y pense dans l'avenir.*
- *Très positive, c'est un point que je veux travailler dans le futur.*

Quelle est votre expérience de la méditation en pleine conscience « *mindfulness* » entre les séances de groupe ?

- *Aucune.*
- *Je n'en ai pas fait.*
- *J'ai le goût de l'intégrer de plus en plus.*
- *Aucune.*

- *Je n'ai pas vraiment pratiqué chez moi.*
- *Je le fais un peu le matin au réveil.*
- *Je n'en ai pas fait.*
- *Très peu de méditations. J'ai le désir de l'intégrer dans ma vie, un pas à la fois.*

Quels effets percevez-vous de cette pratique de méditation ?

- *Pratique à mettre en place dans mon mode de vie. À pratiquer tous les jours, à pratiquer le STOP à chaque situation forte en émotions.*
- *Je ne sais pas.*
- *Un peu plus centrée et un peu plus le goût de faire et de développer, d'aller de l'intérieur vers l'extérieur au lieu du contraire (de rester dans mon chemin à moi, pas celui des autres)...*
- *À analyser au fur et à mesure de l'expérimentation.*
- *Ça me force à me calmer. Parfois, ça m'énerve.*
- *En situation de stress ou d'émotion, mettre un enregistrement de méditation n'est pas ce qui me vient en premier. Simplement m'arrêter, respirer et réfléchir au ressenti en quelques respirations fonctionne à l'occasion (méthode du STOP). Je pense par contre que le yoga serait bénéfique. L'idée de se mettre dans un état de bien-être, par exemple : prendre un bain, écouter de la musique classique.*
- *Je préfère la méditation du STOP.*
- *Ne me procure aucun bien-être, trop dérangée.*
- *Ça me relaxe, je vois où sont mes tensions.*