

## Série LA PSYCHOLOGIE PEUT VOUS AIDER : Les troubles de l'alimentation

### Qu'est-ce qu'un trouble de l'alimentation?

Les troubles de l'alimentation (TA) sont des problèmes de santé mentale graves qui peuvent influencer les pensées, les émotions et les comportements liés à l'alimentation, à la nourriture et à l'image corporelle. Au-delà de leur impact sur le bien-être mental, les troubles de l'alimentation ont des effets profonds sur la santé physique et la qualité de vie. Ils peuvent également mettre la vie en danger, car ils présentent l'un des taux de mortalité les plus élevés parmi tous les troubles mentaux (Solmi et coll., 2024). Chez de nombreuses personnes, les symptômes de TA semblent persistants et complexes, nécessitant un traitement et un soutien spécialisés. Les troubles de l'alimentation actuellement reconnus par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-V), sont les suivants :

- L'**anorexie mentale**, qui se caractérise par une restriction alimentaire, la peur de prendre du poids et le fait de considérer l'apparence corporelle et le poids comme essentiels à l'estime de soi. Les personnes atteintes d'anorexie mentale peuvent présenter un poids très faible tout en continuant à se sentir « grosses ». En plus de la restriction alimentaire, certaines personnes atteintes d'anorexie mentale ont également recours à des comportements tels que les vomissements ou l'exercice physique pour contrôler leur poids, qui peuvent être précédés d'épisodes d'hyperphagie boulimique.
- La **boulimie nerveuse**, qui se caractérise par des cycles récurrents d'hyperphagie boulimique (consommation de grandes quantités de nourriture en peu de temps avec une sensation de perte de contrôle), suivis de comportements visant à compenser ou à « annuler » cette consommation, tels que des vomissements, l'abus de laxatifs, le jeûne ou de l'activité physique excessive.
- Le **trouble de l'hyperphagie boulimique**, qui se caractérise par des épisodes répétés d'hyperphagie sans comportements compensatoires. Les personnes atteintes du trouble de l'hyperphagie boulimique peuvent faire un régime entre deux crises de boulimie, mais leur expérience diffère de la restriction alimentaire plus constante et plus sévère observée chez les personnes atteintes d'anorexie mentale.
- **Autre trouble spécifié de l'alimentation et des conduites alimentaires (ATSACA)**, qui désigne un ensemble de symptômes de TA causant une détresse et/ou une déficience importantes, mais qui ne répondent pas aux critères des diagnostics ci-dessus. Par exemple, une personne peut présenter des symptômes de boulimie nerveuse, mais se faire vomir moins souvent que ne l'exigent les critères, ou elle peut répondre aux critères de l'anorexie mentale, mais son poids se situe dans la fourchette généralement considérée comme « normale ».



## Trouble de l'alimentation ou alimentation perturbée

Les comportements alimentaires perturbés désignent un large éventail d'attitudes ou de comportements liés à l'alimentation, à la nourriture et à l'image corporelle qui, sans répondre aux critères diagnostiques d'un trouble des conduites alimentaires, présentent néanmoins un risque pour la santé. Il peut s'agir, par exemple, de suivre fréquemment des régimes, de sauter des repas, de se livrer à des crises de boulimie et de recourir à l'exercice physique ou à des médicaments pour compenser la nourriture consommée. Même si elle n'est pas toujours cliniquement diagnosticable, l'alimentation perturbée peut néanmoins causer une détresse importante, nuire au fonctionnement social et physiologique et augmenter le risque de développer un TA.

## Troubles de l'alimentation ou troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires sont des troubles liés aux troubles de l'alimentation qui ont un impact similaire sur la santé et les comportements alimentaires, mais qui ne sont pas motivés par des préoccupations liées à l'image corporelle ou par le désir de contrôler sa silhouette et/ou son poids. Les troubles des conduites alimentaires actuellement reconnus par le DSM-V sont :

- Le **trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement**, qui se caractérise par un rejet marqué de la nourriture en raison d'un manque d'intérêt, d'une sensibilité sensorielle (p. ex., au goût, à l'odeur ou à la texture) ou d'une crainte des conséquences négatives (p. ex., s'étouffer). Une perte de poids significative et/ou une déficience nutritionnelle sont des caractéristiques importantes de ce trouble. Cette pathologie peut se développer à tout âge et peut se confondre avec des traits de neurodiversité et d'autisme.
- Le **pica**, qui se caractérise par l'ingestion régulière de substances qui ne sont pas comestibles et qui n'ont aucune valeur nutritive (p. ex., de la terre, du papier, de la craie, du savon). Le pica est plus fréquent chez les enfants, mais il peut aussi survenir chez les adolescents, les adultes et pendant la grossesse.
- Le **mérycisme**, qui se caractérise par des régurgitations répétées après les repas, les aliments pouvant ensuite être remâchés, avalés à nouveau ou recrachés.

## Pourquoi les troubles de l'alimentation se développent-ils?

Les TA n'ont pas de cause unique. On pense plutôt qu'ils résultent d'une combinaison de facteurs qui peuvent se présenter et interagir différemment selon les personnes. Par conséquent, les chercheurs ont commencé à étudier et à comprendre un certain nombre de facteurs susceptibles d'augmenter le risque et la vulnérabilité d'une personne à développer un TA. Il s'agit notamment de :

- Facteurs biologiques, tels que la génétique, les processus neurologiques et neurodéveloppementaux, le microbiote gastro-intestinal ou les réactions auto-immunes.
- Facteurs psychologiques, tels que la difficulté à gérer des émotions fortes, des traits de personnalité (traits obsessionnels compulsifs, impulsivité, perfectionnisme) et des troubles psychiatriques concomitants préexistants (p. ex., anxiété ou dépression).



- Facteurs sociaux et culturels, tels que l'internalisation des messages familiaux et/ou sociaux qui mettent l'accent sur l'apparence physique, la stigmatisation liée au poids, la culture des régimes, le statut socio-économique, le genre et la racisation.
- Éléments stressants de la vie, tels que les transitions importantes (p. ex., la puberté, le début d'un nouvel emploi), les pertes, les difficultés relationnelles et les expériences traumatisantes passées ou présentes.

Dans l'ensemble, les TA semblent se développer lorsque des facteurs personnels et des pressions externes s'entrecroisent et dépassent la capacité d'une personne à y faire face. En conséquence, les comportements liés aux TA peuvent en partie remplir des fonctions importantes d'autoprotection, telles que renforcer l'estime de soi, procurer un sentiment de contrôle ou atténuer la détresse. Cela explique en partie pourquoi il semble si difficile de combattre et de modifier les comportements liés aux TA, même lorsqu'une personne souhaite se rétablir. Ainsi, un traitement efficace doit être adapté à la disposition de la personne à changer et traiter à la fois les symptômes du TA et les facteurs sous-jacents qui entretiennent la maladie.

## Traitements psychologiques

Les traitements pour les TA sont proposés en consultation externe, dans le cadre de programmes de jour ou en hospitalisation, individuellement ou en groupe. Les traitements psychologiques bien établis et fondés sur des données probantes sont, notamment :

- La **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**, qui aide les gens à comprendre les liens entre les pensées, les émotions et les comportements. Cette approche vise à remettre en question les croyances inutiles et à acquérir des compétences permettant de réduire les comportements liés aux TA.
- La **thérapie interpersonnelle (TIP)**, qui se concentre sur le rôle des relations et du fonctionnement social. La TIP est généralement proposée aux personnes qui présentent des crises de boulimie parmi leurs symptômes. Elle vise à les aider à améliorer leur capacité à communiquer et à surmonter les difficultés relationnelles susceptibles de déclencher ou d'entretenir des comportements liés aux TA.
- La **thérapie comportementale dialectique (TCD)**, qui enseigne des compétences pratiques en matière de pleine conscience, de tolérance à la détresse, d'efficacité interpersonnelle et de régulation des émotions. Ces compétences visent à aider les individus à faire face aux difficultés sans recourir à des comportements alimentaires problématiques pour y parvenir.
- La **thérapie familiale**, qui implique directement les proches dans le traitement. Les familles sont guidées pour apporter leur soutien, mettre fin aux comportements liés aux TA et travailler ensemble au rétablissement. Cette approche est généralement offerte aux familles d'enfants et d'adolescents atteints de TA.



## Thérapies émergentes

Si la TCC, la TCD, la TIP et la thérapie familiale restent les interventions les plus courantes et les mieux établies, de nouveaux modèles thérapeutiques sont actuellement à l'étude :

- La thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE), qui met l'accent sur la flexibilité psychologique et une vie fondée sur des valeurs. La TAE bénéficie d'un soutien croissant en tant que thérapie potentiellement utile pour les personnes souffrant de boulimie nerveuse et de trouble de l'hyperphagie boulimique (Onnink et coll., 2022).
- La thérapie Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), une thérapie structurée et individualisée qui cible les facteurs cognitifs, émotionnels et relationnels. La thérapie MANTRA s'est révélée prometteuse comme intervention potentielle pour les adultes atteints d'anorexie mentale (Schmidt et coll., 2015).
- Le déconditionnement émotionnel par les mouvements oculaires (DEMO), traditionnellement utilisé pour traiter le stress post-traumatique, est actuellement étudié comme complément possible au traitement des TA chez les personnes dont les symptômes sont liés à des expériences traumatisantes (Hatoum et Burton, 2024).
- Plus récemment, la thérapie psychédélique a également été proposée comme intervention possible pour traiter les TA, en raison de sa capacité à perturber les schémas cognitifs et émotionnels profondément ancrés qui entretiennent souvent les symptômes de ces troubles (Calder et coll., 2023).

Ensemble, ces nouvelles thérapies traduisent une évolution vers un élargissement des options thérapeutiques et une personnalisation des soins afin de répondre à des besoins diversifiés.

## Innovations récentes

Au cours de la dernière décennie, de nouvelles approches ont élargi l'accès aux soins destinés aux personnes atteintes de TA et ont rendu les traitements plus adaptés aux besoins des communautés mal desservies. Ces innovations récentes sont, entre autres :

- Développement des soins virtuels : la pandémie de COVID-19 a accéléré l'utilisation de la télésanté et des services hybrides en personne/à distance partout au Canada. Des séances par vidéoconférence, des groupes virtuels et un soutien par téléphone sont désormais régulièrement proposés afin d'élargir l'accès, en particulier aux personnes vivant dans des régions éloignées ou rurales (Couturier et coll., 2021).
- Programmes d'intervention précoce : afin de faciliter la détection précoce des symptômes de TA et d'améliorer les résultats thérapeutiques, des mesures de soutien courtes et structurées sont de plus en plus mises en place dans les écoles, par les prestataires de soins primaires et les cliniques communautaires. De plus, de nombreux organismes communautaires offrent désormais des programmes de sensibilisation aux TA, des ressources et du soutien par les pairs à peu de frais ou gratuitement (voir, par exemple, [Body Brave](#), le [Kelty Mental Health Resource Centre](#) et le [National Eating Disorder Information Centre](#)).



- Intégration de l'expérience vécue passée ou présente : les personnes ayant une expérience vécue et directe des TA ont commencé à jouer un rôle central dans la refonte du domaine. Les pairs mentors, les groupes de soutien et les témoignages de rétablissement sont de plus en plus intégrés aux programmes de traitement afin de susciter l'espoir, de réduire la stigmatisation et de soutenir la motivation au changement. Les points de vue issus de l'expérience vécue peuvent contribuer à l'élaboration de programmes, à la recherche et à l'élaboration de politiques en contribuant à garantir que les services tiennent mieux compte de la réalité des personnes souffrant de TA.
- Soins adaptés aux groupes issus de la diversité : la recherche sur les TA au Canada et ailleurs s'étend désormais aux communautés qui ont toujours été sous-représentées et mal desservies dans les milieux de soins. Il s'agit notamment des personnes qui sont plus grandes ou plus lourdes que la moyenne, des hommes cisgenres, des communautés 2SLGBTQIA+ et PANDC, des personnes neuroatypiques et des personnes souffrant de troubles mentaux et/ou physiques concomitants. Une base de recherche plus inclusive contribuera à créer des mesures de soutien plus pertinentes et plus efficaces pour un plus large éventail de personnes.
- Approches tenant compte des traumatismes : il est de plus en plus reconnu que les traitements doivent tenir compte des traumatismes subis, en mettant l'accent sur la sécurité, la collaboration, le choix et l'autonomisation. Des études ont montré à maintes reprises des associations entre les traumatismes et les TA (Brewerton, 2019). Les problèmes systémiques, tels que la grossophobie, le racisme ou l'insécurité alimentaire, peuvent également s'ajouter aux traumatismes, contribuant ainsi au développement des TA et entravant l'accès aux soins. Reconnaître ces liens permet de s'assurer que le traitement des troubles alimentaires ne se concentre pas uniquement sur les symptômes immédiats, mais aussi sur les contextes plus larges qui façonnent, entravent et facilitent le processus de guérison.

## Inclusivité corporelle et langage non stigmatisant

La stigmatisation liée au poids désigne les attitudes négatives, les préjugés et les traitements injustes dont sont victimes certaines personnes en raison de leur masse corporelle. Il s'agit d'un facteur de risque bien documenté de développement de TA. Cela peut également constituer un obstacle à la recherche et à l'obtention de soins pour un TA, ce qui empêche les personnes (en particulier celles dont le poids est dans la moyenne ou supérieur à la moyenne) de recevoir un traitement en temps opportun. Il est donc important de ne pas émettre de suppositions sur la santé d'une personne en se basant sur sa morphologie ou sa taille, et de ne pas renforcer les croyances néfastes qui lient l'estime de soi à l'apparence corporelle, en mettant l'accent sur le bien-être plutôt que sur l'apparence physique lorsqu'on en parle. Il faut notamment éviter les étiquettes telles que « obèse » ou « en surpoids ». Certaines personnes peuvent préférer utiliser un langage qui met l'accent sur la personne, par exemple « une personne vivant dans un corps gros ». Cependant, comme le langage est très subjectif, il est important de s'informer des préférences de chacun quant à la manière dont il se perçoit et se décrit, et de les respecter. En réfléchissant à la manière dont nous parlons du corps, de l'alimentation et de la santé, nous pouvons créer des environnements plus sûrs et plus accueillants pour les personnes souffrant ou risquant de souffrir de TA.



## Les troubles de l'alimentation dans diverses populations

Les TA touchent des personnes de tous genres, de toutes corpulences et de tous horizons. Bien qu'ils se développent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, ils peuvent apparaître à tout âge. Cependant, les critères diagnostiques, les outils et les lignes directrices actuels en matière de troubles alimentaires ont été largement élaborés à partir de recherches menées auprès de femmes jeunes, cisgenres et blanches. Cela signifie qu'il existe un risque de négliger les signes et symptômes de TA chez d'autres populations qui peuvent manifester ces troubles différemment. Par exemple, les populations 2SLGBTQIA+, en particulier les personnes transgenres et de la diversité de genre, sont connues pour présenter un risque plus élevé de développer un TA. Chez ces personnes, la détresse peut être liée à la musculosité ou à la volonté de modifier sa morphologie afin de composer avec la dysphorie de genre. De même, les TA sont largement sous-estimés chez les personnes de couleur, et on sait peu de choses sur l'impact du contexte culturel, du contexte familial et des expériences de racisation d'une personne sur ses symptômes de TA et ses besoins en matière de traitement. Le statut socio-économique et l'insécurité alimentaire sont d'autres facteurs qui peuvent influencer le développement et la manifestation des TA. Enfin, les TA restent mal compris chez les personnes souffrant d'un handicap physique et/ou mental, ainsi que chez les personnes âgées. Compte tenu de la grande diversité des communautés touchées par les TA et du manque de recherches sur la symptomatologie et les approches thérapeutiques applicables à ces groupes, il est essentiel de tenir compte de la diversité des parcours et des identités des personnes et de la manière dont ceux-ci peuvent se recouper pour donner lieu au vécu unique de chaque personne atteinte d'un TA.

## Le rôle des proches aidants

Les familles, les conjoints et les amis jouent souvent un rôle central dans le soutien au rétablissement des personnes atteintes de TA en tant qu'aidants. Les données montrent que l'implication des proches aidants dans le processus de guérison peut réduire les symptômes de TA, améliorer l'observance du traitement et consolider les résultats à long terme, en particulier chez les enfants et les adolescents (Hannah et coll., 2022). En même temps, soutenir une personne souffrant d'un TA peut être stressant et mener à l'isolement. De nombreux aidants se sentent dépassés et ne savent pas comment aider leur proche, en particulier s'il s'agit d'un adulte. Pour surmonter ces difficultés, certains programmes de traitement intègrent désormais des volets d'éducation thérapeutique et de formation pratique destinés aux amis et aux familles, qui enseignent comment briser les comportements liés aux TA tout en maintenant un environnement positif et bienveillant. Les groupes de pairs communautaires peuvent offrir aux proches la possibilité de réduire leur isolement et de partager des stratégies de soutien. De plus, la thérapie individuelle ou le counseling peuvent aider les membres de la famille à gérer leurs propres émotions, à renforcer leur résilience et à prévenir l'épuisement. En fin de compte, il est essentiel de reconnaître et de soutenir les besoins des aidants, tant pour leur propre bien-être que pour le rétablissement de leur proche.



## Références

Brewerton, T. D. (2019). An overview of trauma-informed care and practice for eating disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(4), 445-462.

<https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1532940>

Calder, A., Mock, S., Friedli, N., Pasi, P. et Hasler, G. (2023). Psychedelics in the treatment of eating disorders: Rationale and potential mechanisms. *European Neuropsychopharmacology*, 75, 1-14.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.05.008>

Couturier, J., Pellegrini, D., Miller, C., Bhatnagar, N., Boachie, A., Bourret, K., ... Webb, C. (2021). The COVID-19 pandemic and eating disorders in children, adolescents, and emerging adults: Virtual care recommendations from the Canadian consensus panel during COVID-19 and beyond. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), Article 46. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00394-9>

Hatoum, A. H., et Burton, A. L. (2024). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for the treatment of eating disorders: A systematic review of the literature. *Mental Health Science*, 2(4), Article e92. <https://doi.org/10.1002/mhs2.92>

Hannah, L., Cross, M., Baily, H., Grimwade, K., Clarke, T. et Allan, S. M. (2022). A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 27(6), 1953-1962. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01338-7>

Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K. et Merwin, R. M. (2022). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 11-28. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005>

Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., ... Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796-807.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000019>

Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., ... Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124-138.  
<https://doi.org/10.1002/wps.21182>

Pour savoir si une intervention psychologique peut vous aider, **consultez un psychologue agréé**. Les associations provinciales et territoriales de psychologues, et certaines associations municipales de psychologues peuvent mettre à la disposition du public une liste de psychologues praticiens qui peut être consultée pour obtenir les services appropriés. Pour obtenir le nom et les coordonnées des associations provinciales et territoriales de psychologues, visitez le <https://cpa.ca/fr/public/unpsychologue/societesprovinciales/>.



La présente fiche d'information a été rédigée pour la Société canadienne de psychologie par Avarna Fernandes, adjointe de recherche, Provincial Tertiary Specialized Eating Disorders Program, St. Paul's Hospital; Charley Ipsen-Peitzmeier, boursier postdoctoral, Provincial Tertiary Specialized Eating Disorders Program, St. Paul's Hospital; Josie Geller, directrice de recherche, Provincial Tertiary Adult Specialized Eating Disorders Program, St. Paul's Hospital; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique.

Révision : décembre 2025

Votre opinion est importante! Si vous avez des questions ou des commentaires sur les fiches d'information de la série **LA PSYCHOLOGIE PEUT VOUS AIDER**, veuillez communiquer avec nous : [factsheets@cpa.ca](mailto:factsheets@cpa.ca).

Société canadienne de psychologie  
1101, promenade Prince of Wales, bureau 230  
Ottawa (Ontario) K2C 3W7  
Tél. : 613-237-2144  
Numéro sans frais (au Canada) : 1-888-472-0657

