

Mme Laura Bottini^{*,**}, Mme Nathalie Camart^{*}, Mme Sophie Kindynis^{***}, Mme Mélanie Fouré^{****},
Mme Marie-Carmel Detournay^{**}, Pr Bernard Granger^{****}

* Psychologue, Laboratoire Evaclipsy, Université de Paris Ouest Nanterre, 200, avenue de la République, F-92001 Nanterre Cedex

** Service de psychiatrie adulte, Hôpital Tarnier, Paris, France

*** Psychologue, Service de psychiatrie universitaire, Hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux, France

**** Professeur de psychiatrie, Université René Descartes, Paris, France

Correspondance : Mme Laura Bottini. Courriel : laura.bottini@live.fr

Reçu mai 2010, accepté mars 2011

Troubles du comportement alimentaire

Évaluation des effets à court terme d'une prise en charge cognitivo-comportementale de groupe

Résumé

Objectif : les effets d'une prise en charge cognitivo-comportementale de groupe en hôpital de jour sur des patientes anorexiques et boulimiques ont été étudiées. Méthode : les patientes (n = 21) ont été évaluées avant la thérapie, puis à six mois, à l'aide d'instruments mesurant le trouble alimentaire et les symptômes associés (EAT-40, BITE, EDI-2, BSQ), l'anxiété (STAI), la dépression (BDI-13), le degré d'affirmation de soi (échelle de Rathus) et l'alexithymie (TAS-20). Résultats : quel que soit le type de trouble du comportement alimentaire (TCA), les données principales indiquent une amélioration significative, six mois après le début de la prise en charge, des symptômes principaux du TCA (t = 4,704, p < 0,001) et sur d'autres symptômes associés : insatisfaction et préoccupations corporelles (t = 3,527, p < 0,05), contrôle des pulsions alimentaires (t = 5,215, p < 0,0001), ainsi que de l'anxiété (t = 3,230, p < 0,05) et des difficultés d'affirmation de soi (t = 2,305, p < 0,05). Discussion : nous analysons les résultats en tenant compte des limites méthodologiques. Conclusion : cette étude encourage à poursuivre et développer ce type de prise en charge et à évaluer les pratiques de façon rigoureuse et systématique.

Mots-clés

Anorexie – Boulimie – Trouble du comportement alimentaire – Thérapie cognitive et comportementale de groupe.

Summary

Eating disorders. Evaluation of the short-term effects of group cognitive-behavioural therapy

Objective: the effects of group cognitive-behavioural therapy for bulimic and anorexic patients in the ambulatory care unit were studied. Method: patients (n = 21) were evaluated before therapy, and then six months later, using instruments measuring eating disorders and associated symptoms (EAT-40, BITE, EDI-2, BSQ), anxiety (STAI), depression (BDI-13), assertiveness (Rathus scale) and alexithymia (TAS-20). Results: regardless of the type of eating disorder, the main parameters indicate a significant improvement, six months after starting therapy, of the main eating disorder symptoms (t = 4.704, p < 0.001) and associated symptoms: dissatisfaction and body image (t = 3.527, p < 0.05), control of food craving (t = 5.215, p < 0.0001), and anxiety (t = 3.230, p < 0.05) and assertiveness difficulties (t = 2.305, p < 0.05). Discussion: the results were analysed by taking into account the methodological limits. Conclusion: this study supports continued use and development of this type of management and the need for rigorous and systematic evaluation of these practices.

Key words

Anorexia – Bulimia – Eating disorder – Group cognitive behavioural therapy.

Problématique d'actualité, les troubles du comportement alimentaire (TCA) touchent une part importante de la population féminine occidentale. On peut en

distinguer deux formes principales : l'anorexie mentale et la boulimie (1). Ces deux troubles se caractérisent par un rapport pathologique à la nourriture. Il faut également

distinguer deux formes d'anorexie mentale, l'anorexie restrictive et celle de type "avec vomissements ou prise de purgatifs", appelée "anorexie-boulimie" dans la pratique clinique. Précisons que les données qui seront présentées ici ne concernent que des sujets féminins.

Les TCA sont des pathologies complexes, souvent accompagnées de comorbidités dont la prévalence varie en fonction du type de TCA dont le sujet souffre. Ainsi, 15 à 50 % des sujets anorexiques restrictifs présenteraient un état dépressif majeur. Cette prévalence est un peu plus élevée chez les sujets boulimiques (50 à 65 %) et chez les sujets anorexiques-boulimiques (46 à 80 %) (2). Ces patients sont également sujets aux troubles anxieux, puisque 55 % des sujets anorexiques et 59 % des sujets boulimiques en souffriraient, le trouble le plus fréquemment associé étant la phobie sociale (2). De plus, de nombreux auteurs et cliniciens soulignent les difficultés des patientes souffrant de TCA à identifier leurs émotions et à les tolérer. En effet, 56,3 % à 68,8 % des sujets souffrant d'anorexie mentale et 32,2 % des sujets boulimiques seraient alexithymiques, contre 12,2 % dans la population générale (3-5).

Enfin, il existe un lien étroit entre TCA et troubles de la personnalité. La dernière étude en date (6) présente un taux de prévalence de trouble de la personnalité compris entre 25 % pour les sujets anorexiques restrictifs et 54 % pour les sujets boulimiques. Une revue de la littérature plus ancienne (2) trouvait des taux de prévalence bien plus élevés : 50 % des personnes anorexiques restrictives présentaient un trouble de la personnalité ; ce pourcentage montait à 67 % dans la population boulimique (dont 33 % présenteraient un trouble de la personnalité limite – cluster B) et était encore plus élevé chez les sujets anorexiques-boulimiques puisqu'il atteignait 71 % (avec 36 % de sujets souffrant d'un trouble de la personnalité limite – cluster B). Ces différences sont liées au fait que dans la première étude citée, les auteurs proposaient une évaluation de la personnalité après une amélioration sur le plan du trouble alimentaire.

Face à la souffrance de ces patientes, plusieurs prises en charge se sont développées depuis la fin du XX^{ème} siècle, notamment les thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui peuvent être pratiquées en groupe. Elles reposent sur les modèles théoriques présentés par Fairburn dès les années 1990 et récemment actualisés (7, 8). D'après l'auteur, une perception dysfonctionnelle et négative de soi serait le mécanisme central des TCA. La prise en charge intègre des techniques cognitivo-comportementales – telles que la restructuration cognitive, le développement

d'habilités sociales, l'auto-observation... – et des procédures propres aux TCA, notamment la pesée hebdomadaire, la tenue d'un carnet alimentaire (relevé de ses comportements alimentaires sur une semaine), conseils nutritionnels, exposition à des aliments anxiogènes, etc.

L'efficacité de ce programme a surtout été évaluée à l'étranger, principalement dans les pays anglo-saxons. Les résultats obtenus dans ces études montrent une amélioration significative des sujets souffrant de boulimie, mais restent insuffisants en ce qui concerne l'anorexie restrictive (9-11). Les TCC représentent d'ailleurs la prise en charge de premier choix pour le traitement de la boulimie (11). En ce qui concerne l'anorexie restrictive, seule la prise en charge familiale chez des adolescentes ou jeunes adultes obtient des résultats satisfaisants (11). La difficulté d'obtenir des résultats significatifs dans cette population est liée, d'une part, à la complexité de la pathologie et, d'autre part, à la difficulté de recruter des échantillons importants. En effet, ces patientes ont tendance à abandonner la prise en charge avant son terme, et toutes les études souffrent de la fonte de leurs effectifs (12).

La dernière étude menée en France (13) sur l'efficacité d'une prise en charge cognitivo-comportementale de groupe en hôpital de jour souffrait d'ailleurs de cette limite, l'effectif total étant de dix sujets. Cependant, les auteurs observaient une amélioration significative de l'anorexie mentale, de l'anxiété, de la conscience intéroceptive, de l'ascétisme et du contrôle des pulsions. Les autres résultats montraient une diminution de la boulimie, de l'insatisfaction corporelle, de la dépression et de l'alexithymie, mais de façon non significative. Toutefois, l'absence de calcul de grandeur d'effet nous empêche de connaître l'ampleur de ces modifications. Il paraissait donc nécessaire de reproduire cette étude.

Description de la prise en charge

L'étude a été menée au sein de l'hôpital de jour du service de psychiatrie ambulatoire de l'Hôpital Tarnier (Paris) et s'est déroulée sur six mois, les sujets ayant continué la prise en charge au-delà de ces six mois. Pendant cette période, les sujets venaient une journée par semaine. Le déroulement de la thérapie s'inspirait des travaux de Fairburn (7, 8), incluant des techniques de TCC spécifiques aux troubles alimentaires et d'autres techniques de TCC plus générales. Une journée typique débutait le matin par un bilan biologique, un petit-déjeuner commun, puis durant deux heures, le groupe thérapeutique centré

sur le trouble alimentaire. Après le déjeuner commun, une séance de thérapie de groupe de deux heures avait lieu dans l'après-midi, certaines patientes restant 20 minutes supplémentaires afin de prendre un complément alimentaire avant de repartir. Le protocole thérapeutique ne suivait pas un déroulement fixe étant donné que les groupes étaient ouverts, c'est-à-dire que de nouveaux patients pouvaient intégrer la thérapie en cours.

La ligne conductrice était de commencer par des techniques motivationnelles ("balance décisionnelle" autour de l'objectif de ne plus souffrir du trouble) visant à renforcer la motivation au changement. Ensuite, était mise en place une psychoéducation aux techniques cognitives et comportementales, à l'utilisation d'un carnet alimentaire et à la familiarisation avec l'analyse fonctionnelle du trouble pour chaque patiente. Une troisième phase de la prise en charge concernait un travail cognitif autour de l'alimentation (notion "d'aliments interdits"), de la silhouette, de l'importance du poids, etc. Précisément, il s'agissait ici de mettre à jour les croyances des patientes autour de ces différents aspects et de les amener progressivement à en prendre conscience et à les modifier. Cette phase était suivie d'une série d'expositions alimentaires, ces dernières reposant sur le principe des expositions graduées, avec une évaluation de l'émotion avant, pendant et après consommation. Chaque séance de groupe thérapeutique était structurée de la même façon : tour de table (chaque patiente faisant un retour sur la "tâche" qui lui était demandée), analyse d'une situation, puis nouvel exercice prescrit pour la semaine suivante et "feed-back" en fin de séance. Précisons qu'hebdomadairement, chaque patiente était reçue individuellement par une diététicienne.

Le groupe de l'après-midi avait pour but de proposer une aide aux patientes sur des difficultés annexes aux TCA, dont elles pouvaient souffrir : dépression, difficultés d'affirmation de soi, difficultés relationnelles. Différentes techniques étaient employées en fonction des situations apportées par les patientes : techniques de restructuration cognitive, activation comportementale, jeux de rôles, expositions graduées, travail sur les distorsions cognitives, telles que la pensée dichotomique, à l'aide de continuums qui permettent d'envisager une variété de possibilités entre le tout et le rien. Par ailleurs, il était demandé à chaque patiente du groupe d'avoir un suivi psychiatrique en parallèle pour leur traitement médicamenteux.

L'objectif de cette recherche était donc d'étudier les effets de cette prise en charge sur les symptômes cliniques des TCA. Nous souhaitons également évaluer si cette TCC

de groupe avait un effet positif sur les aspects comorbides aux TCA : insatisfaction corporelle, dépression, anxiété, alexithymie et difficultés à s'affirmer.

Méthode

Sujets

Notre échantillon était composé de 21 patientes souffrant de TCA prises en charge pendant six mois, entre septembre 2006 et juillet 2009. La moyenne d'âge était de 29 ans (écart type $\sigma = 7,2$). Sur le plan familial, 67 % des sujets étaient célibataires, 19 % vivaient maritalement, les autres patientes ayant un partenaire mais vivant seules. Par ailleurs, trois sujets sur 21 avaient au moins un enfant. Sur le plan professionnel, 62 % des patientes étaient sans emploi au moment de l'étude : cinq étaient étudiantes, deux en arrêt maladie, trois inactives (soutenues financièrement par leur famille), une était femme au foyer, une autre demandeuse d'emploi et une dernière intérimaire (sans mission au cours de l'étude).

Sur le plan clinique, relativement au trouble alimentaire, l'indice de masse corporelle moyen (IMC), tous troubles alimentaires confondus, était de 16,69 ($\sigma = 2,3$), le minimum de 12,93 et le maximum de 21,69. Plus précisément, 29 % des patientes avaient un IMC normal (i.e. supérieur à 18,49), 14 % un IMC compris entre 17 et 18,49 (considéré par l'OMS comme maigreur légère), 9 % un IMC compris entre 16 et 17 (maigreur modérée) et 48 % un IMC inférieur à 16 (maigreur extrême). Bien que Fairburn, dans son ouvrage décrivant la prise en charge des TCA (8), préconise de ne pas proposer de psychothérapie aux individus présentant un IMC inférieur à 15, nous avons pris le parti d'intégrer dans l'étude les cinq patientes dans ce cas. En effet, étant donné les demandes de soins psychologiques émises par ces patientes et les contraintes cliniques dans les services spécialisés dans les TCA, comme notamment le nombre restreint de lits, il nous a semblé important de leur proposer une prise en charge et d'évaluer si celle-ci pouvait les aider.

En ce qui concerne l'ancienneté du trouble alimentaire, elle était de 10,3 ans ($\sigma = 8,0$) en moyenne (variable recueillie que pour 18 patientes).

Parmi les 21 patientes de l'étude, 11 étaient anorexiques restrictives et dix boulimiques ou anorexiques-boulimiques. Les groupes ont été ainsi constitués afin de pouvoir cibler

directement la problématique des vomissements en groupe, thématique non pertinente pour les patientes anorexiques restrictives. Par ailleurs, la présence de vomissements force à modifier le cadre thérapeutique.

L'âge moyen des sujets anorexiques restrictifs était de 30 ans ($\sigma = 8,4$) et l'IMC moyen de 15,11 ($\sigma = 1,6$), correspondant à une maigreur extrême selon l'OMS. Toutes ces patientes présentaient au moins un trouble de la personnalité (évalué à l'aide du SCID-II) et 45,4 % d'entre elles en avaient au moins deux. Les plus fréquents étaient les troubles de la personnalité dépressive (54,5 %), obsessionnelle-compulsive (45,4 %), évitante (36,4 %) et *borderline* (27,3 %). Dans ce sous-groupe clinique, trois patientes ont abandonné la prise en charge avant six mois, la première parce que son état a nécessité une hospitalisation en raison d'une dénutrition extrême, la deuxième trouvant la prise en charge trop difficile, notamment les expositions alimentaires que nous proposons, la troisième n'ayant plus donné de nouvelles ni répondu à nos appels.

Le second sous-groupe clinique était composé de huit patientes boulimiques et de deux anorexiques-boulimiques, dont l'âge moyen était de 27 ans ($\sigma = 5,5$). L'IMC moyen est plus élevé que dans le groupe précédent ($m = 18,43$, $\sigma = 1,7$), correspondant à une maigreur légère selon l'OMS. Dans ce sous-groupe, neuf patientes présentaient au moins un trouble de la personnalité (évalué également avec le SCID-II) et 70 % d'entre elles en avaient deux. Le trouble le plus présent était celui de la personnalité *borderline* (80 %). On trouvait également une forte prévalence des troubles de la personnalité évitante (50 %) et obsessionnelle-compulsive (30 %). Enfin, précisons qu'il y a eu un abandon dans ce groupe, en vue d'une hospitalisation pour dépression et pour empêcher la patiente de faire des crises de boulimie par une surveillance intense.

Instruments

Afin d'étudier les effets de la thérapie sur les symptômes des TCA et les symptômes associés, nous avons utilisé :

- l'*Eating attitudes test* en 40 items (EAT-40). Créée par Garner et Garfinkel (14), cette échelle mesure l'intensité de l'anorexie mentale. La note seuil d'anorexie est établie à 30. La validation française (15) propose une moyenne de 34,9 ($\sigma = 18,2$) pour des sujets anorexiques ;
- le *Bulimic investigatory test of Edinburgh* (BITE). Conçu par Henderson et Freeman (16), cet inventaire est composé de deux sous-échelles, l'une évaluant le nombre de symptômes présents, l'autre mesurant la sévérité du com-

portement de frénésie alimentaire ou de purge, en fonction de leur fréquence. Une note supérieure à 20 signale la présence de TCA type boulimique, et le seuil de sévérité est fixé à partir d'une note égale à 5 ;

- l'*Eating disorder inventory 2* (EDI-2). Cet inventaire de troubles alimentaires de Garner (17) propose une évaluation clinique de la symptomatologie associée aux troubles alimentaires en 11 dimensions. Plus la note obtenue à chacune des dimensions est élevée, plus elle est pathologique ;

- le *Body shape questionnaire* (BSQ). Cet outil créé par Cooper (18) mesure l'insatisfaction corporelle, ainsi que les préoccupations envers le poids et la silhouette. D'après la validation de la version française (19), la note moyenne en population non clinique est de 75,8 ($\sigma = 29,5$). Elle est de 81,5 pour les sujets anorexiques et de 136,9 pour les sujets boulimiques ;

- le *Beck depression inventory* en 13 items (BDI-13). Ce questionnaire permet de mesurer la sévérité de la dépression des sujets. D'après les auteurs, un score supérieur ou égal à 16 traduit une dépression sévère (20) ;

- le *State trait anxiety inventory* (STAI). Mis au point par Spielberger (21), cet inventaire a été utilisé afin d'évaluer l'anxiété des sujets. Il permet de mesurer l'anxiété actuelle de la patiente (forme Y-A) et son anxiété habituelle (forme Y-B). Pour la population féminine, la moyenne d'anxiété état est de 40,75 ($\sigma = 10,32$) et la moyenne d'anxiété trait de 45,09 ($\sigma = 11,11$) (22) ;

- la *Toronto alexithymia scale* en 20 items (TAS-20). Cette échelle permet de mesurer les difficultés des patientes à identifier leurs émotions et les exprimer. Dans la version française, la moyenne est de 45,8 ($\sigma = 9,7$) (23). Au-dessus de 56, il est possible de soupçonner des troubles alexithymiques ;

- l'échelle d'affirmation de soi de Rathus. La validation française (24) de cette échelle de mesure des difficultés d'affirmation de soi établit que la moyenne contrôle est de 92,1 ($\sigma = 19$).

Analyse des données

Afin d'étudier si la thérapie a produit des effets significatifs sur les variables considérées, nous avons comparé les distributions de scores obtenues par les patientes en début de thérapie (pré-test) aux distributions de scores obtenues après six mois de thérapie (post-test), en utilisant le test de Student pour échantillons appariés et en fixant le seuil de significativité à 0,05 (les données des patientes ayant abandonné la prise en charge n'ont pas été intégrées dans l'analyse). De plus, nous avons calculé la grandeur d'effet

(ES), ce qui nous a permis de quantifier l'amélioration observée. En effet, pour une grandeur d'effet comprise entre 0,20 et 0,50, on considère qu'elle est petite, qu'elle est moyenne entre 0,50 et 0,80, et qu'elle est grande lorsqu'elle est supérieure à 0,80 (25).

Résultats

Le tableau I présente les résultats obtenus, au début et après six mois de thérapie, par l'ensemble des patientes (anorexiques et boulimiques confondues) aux différents questionnaires que nous avons utilisés. Nous analyserons essentiellement les résultats des patientes ayant suivi la totalité de la prise en charge (n = 17) et dont les résultats figurent en deuxième (pour le pré-test) et troisième colonnes (pour le post-test) du tableau. Dans la première colonne, nous avons indiqué, à titre informatif, les résultats de l'ensemble du groupe avant la prise en charge, incluant les patientes qui n'ont pas poursuivi celle-ci.

Si l'analyse des données de l'ensemble des sujets est intéressante pour les questionnaires portant sur les TCA en général, ainsi que pour les questionnaires qui portent sur les symptômes pouvant y être associés et que nous avons évalués (dépression, anxiété, alexithymie, difficultés d'affirmation de soi), il est en revanche nécessaire de distinguer les patientes boulimiques de celles purement anorexiques pour leurs symptômes spécifiques. En conséquence, les résultats particuliers aux questionnaires d'anorexie et de boulimie du sous-groupe des boulimiques et anorexiques-boulimiques et de celui des anorexiques restrictives sont respectivement présentés dans les tableaux II et III, ainsi que leurs résultats spécifiques aux instruments mesurant les comorbidités (anxiété, dépression, difficultés d'affirmation de soi, alexithymie). Rappelons que cette séparation avait été également instaurée entre les deux sous-groupes pour la thérapie dans un souci de pratique clinique, afin de pouvoir adresser directement certains thèmes comme les vomissements et les crises de boulimie.

Tableau I : Résultats moyens obtenus par les patientes anorexiques restrictives et boulimiques/anorexiques-boulimiques au début et après la thérapie

Instrument	Moyenne pré-test (écart type) N = 21	Moyenne pré-test (écart type) N = 17	Moyenne post-test (écart type) N = 17	t test de Student	p test de Student	ES Grandeur d'effet
EAT-40 – <i>Eating attitudes test</i> en 40 items ¹	51 (20,1)	50 (20,2)	32 (22,1)	4,704	0,0002**	- 0,88
BITE – <i>Bulimic investigatory test of Edinburgh</i> ²						
Échelle de symptôme	18 (7,8)	18 (7,7)	14 (8,4)	3,855	0,001**	- 0,56
Échelle de sévérité	9 (7,1)	9 (7,4)	6 (5,3)	2,408	0,028*	- 0,41
EDI-2 – <i>Eating disorder inventory 2</i> ³						
Recherche de minceur	11 (6,6)	10 (7,1)	8 (7,0)	1,932	0,071	- 0,38
Boulimie	5 (5,9)	6 (6,2)	3 (4,9)	2,375	0,030*	- 0,43
Insatisfaction corporelle	14 (7,3)	15 (7,5)	12 (6,9)	1,582	0,133	- 0,32
Inefficacité	14 (9,0)	12 (9,5)	9 (8,2)	2,224	0,041*	- 0,37
Perfectionnisme	8 (3,9)	7 (3,8)	6 (5,0)	1,988	0,064	- 0,49
Méfiance interpersonnelle	9 (5,3)	8 (5,6)	6 (5,1)	1,797	0,091	- 0,38
Conscience intéroceptive	12 (6,5)	11 (6,3)	7 (6,9)	3,449	0,003*	- 0,66
Peur de la maturité	6 (4,7)	5 (4,8)	5 (3,4)	0,955	0,354	- 0,17
Ascétisme	9 (4,1)	8 (4,4)	6 (4,2)	2,797	0,013*	- 0,56
Contrôle des pulsions	10 (6,8)	9 (7,3)	5 (7,1)	5,215	< 0,0001***	- 0,57
Insécurité sociale	10 (5,2)	10 (5,0)	7 (4,2)	2,202	0,042*	- 0,53
BSQ – <i>Body shape questionnaire</i> ⁴	122 (40,1)	123 (39,2)	99 (40,3)	3,527	0,003*	- 0,60
BDI-13 – <i>Beck depression inventory</i> en 13 items ⁵	16 (8,0)	15 (7,9)	11 (8,3)	2,263	0,038*	- 0,51
STAI – <i>State trait anxiety inventory</i> ⁶						
Y-A (état)	61 (10,9)	60 (11,3)	47 (15,6)	3,524	0,003*	- 1,13
Y-B (trait)	63 (13,5)	61 (14,1)	51 (16,1)	3,230	0,005*	- 0,73
TAS-20 – <i>Toronto alexithymia scale</i> en 20 items ⁷	53 (13,0)	52 (14,0)	44 (16,9)	1,965	0,067	- 0,58
Échelle d'affirmation de soi de Rathus ⁸	107 (25,7)	104 (27,2)	98 (25,6)	2,305	0,035*	- 0,22

Résultats significatifs * p < 0,05, ** p < 0,001, *** p < 0,0001.

¹ note seuil = 30 ; ² note > 20 signale la présence de boulimie, seuil de sévérité = 5 ; ³ plus la note est élevée, plus elle est pathologique ; ⁴ moyenne contrôle = 75,8, σ = 29,5 ; ⁵ note > 16 signale la présence d'une dépression sévère ; ⁶ Y-A : moyenne = 40,75, σ = 10,32 ; Y-B : moyenne = 45,09, σ = 11,11 ; ⁷ note seuil = 56 ; ⁸ moyenne contrôle = 92,1, σ = 19.

Le tableau I montre une diminution des notes après la thérapie sur toutes les échelles, ce qui va dans le sens d'une diminution des symptômes évalués, les notes étant d'autant plus pathologiques qu'elles sont élevées. Cette diminution est statistiquement significative pour le BSQ, notamment, qui évalue l'insatisfaction et les préoccupations corporelles. Les résultats montrent une amélioration qui peut être qualifiée de moyenne, avec une ES de - 0,60. L'insatisfaction vis-à-vis de son corps est un élément qui joue, précisons-le, un rôle central dans le maintien des TCA.

Si l'on regarde maintenant les résultats de chaque sous-groupe de patientes à ce même questionnaire, on observe une amélioration très importante pour le sous-groupe des patientes boulimiques et anorexiques-boulimiques (tableau II, ES = - 1,26), tandis qu'elle est modérée pour celui des anorexiques restrictives (tableau III, ES = - 0,39). Toutefois, il convient de préciser que les résultats en pré-test étaient bien plus élevés chez les boulimiques que chez

les anorexiques – moyenne de 147 ($\sigma = 24,4$) versus 99 ($\sigma = 38,4$), avec une moyenne de 75,8 ($\sigma = 29,5$) chez des sujets contrôle – et qu'ils le restent également en post-test, ce qui est d'ailleurs conforme à l'étude française de validation (19) où les notes au BSQ sont plus pathologiques chez les boulimiques que chez les anorexiques. Mais après la thérapie, les notes des patientes boulimiques de notre étude (moyenne de 113, $\sigma = 37,7$) sont nettement inférieures à celles des patientes boulimiques de l'étude française de validation (moyenne de 136,9), tandis que celles des patientes anorexiques restrictives, nettement plus élevées en pré-test que celles des anorexiques de l'étude de validation en post-test, deviennent équivalentes à ces dernières en post-test et proches de la norme.

Le tableau I indique également des changements significatifs pour l'ensemble des patientes sur plusieurs sous-échelles de l'inventaire des troubles alimentaires (EDI-2). On observe en effet une amélioration concernant les

Tableau II : Indice de masse corporelle et résultats moyens obtenus par les patientes boulimiques et anorexiques-boulimiques au début et après la thérapie

Instrument	Moyenne pré-test (écart type) N = 10	Moyenne pré-test (écart type) N = 9	Moyenne post-test (écart type) N = 9	t test de Student	p test de Student	ES Grandeur d'effet
IMC – Indice de masse corporelle ¹	18,43 (1,7)	18,07 (1,3)	18,64 (1,9)	- 1,219	0,257	0,43
EAT-40 – <i>Eating attitudes test</i> en 40 items ²	58 (18,3)	58 (19,3)	37 (23,3)	3,171	0,013*	- 1,05
BITE – <i>Bulimic investigatory test of Edinburgh</i> ³						
Échelle de symptôme	24 (3,7)	24 (3,5)	19 (6,4)	2,597	0,031*	- 1,48
Échelle de sévérité	15 (4,7)	14 (5,0)	9 (4,7)	2,441	0,041*	- 1,05
EDI-2 – <i>Eating disorder inventory 2</i> ⁴						
Recherche de minceur	13 (5,2)	13 (5,5)	9 (6,6)	1,550	0,158	- 0,65
Boulimie	9 (5,8)	9 (6,1)	4 (6,2)	2,752	0,025*	- 0,80
Insatisfaction corporelle	17 (7,7)	17 (8,1)	14 (7,1)	1,091	0,307	- 0,35
Inefficacité	17 (9,7)	17 (10,2)	12 (9,9)	1,669	0,134	- 0,40
Perfectionnisme	7 (4,4)	7 (4,4)	5 (5,3)	1,346	0,215	- 0,40
Méfiance interpersonnelle	9 (6,7)	8 (6,7)	6 (5,9)	0,814	0,439	- 0,25
Conscience intéroceptive	13 (6,9)	14 (7,2)	9 (8,7)	2,847	0,022*	- 0,69
Peur de la maturité	7 (5,1)	7 (5,4)	5 (3,4)	1,581	0,153	- 0,31
Ascétisme	10 (4,6)	10 (4,8)	6 (4,9)	2,325	0,048*	- 0,64
Contrôle des pulsions	12 (7,4)	12 (7,8)	7 (9,0)	4,938	0,001**	- 0,68
Insécurité sociale	12 (5,1)	12 (5,3)	8 (5,8)	2,415	0,042*	- 0,70
BSQ – <i>Body shape questionnaire</i> ⁵	147 (24,4)	145 (25,1)	113 (37,7)	2,809	0,023*	- 1,26
BDI-13 – <i>Beck depression inventory</i> en 13 items ⁶	19 (8,2)	18 (8,2)	14 (9,9)	1,616	0,145	- 0,53
STAI – <i>State trait anxiety inventory</i> ⁷						
Y-A (état)	62 (13,4)	61 (14,0)	48 (16,6)	3,269	0,011*	- 0,92
Y-B (trait)	63 (17,8)	62 (18,5)	54 (19,0)	1,817	0,107	- 0,41
TAS-20 – <i>Toronto alexithymia scale</i> en 20 items ⁸	57 (13,7)	57 (14,6)	50 (15,7)	1,538	0,163	- 0,52
Échelle d'affirmation de soi de Rathus ⁹	112 (31,3)	110 (32,6)	104 (30,9)	1,607	0,147	- 0,20

Résultats significatifs * p < 0,05, ** p < 0,001.

¹ masse (kg) / taille² (m²) ; ² note seuil = 30 ; ³ note > 20 signale la présence de boulimie, seuil de sévérité = 5 ; ⁴ plus la note est élevée, plus elle est pathologique ; ⁵ moyenne contrôle = 75,8, $\sigma = 29,5$; ⁶ note > 16 signale la présence d'une dépression sévère ; ⁷ Y-A : moyenne = 40,75, $\sigma = 10,32$; Y-B : moyenne = 45,09, $\sigma = 11,11$; ⁸ note seuil = 56 ; ⁹ moyenne contrôle = 92,1, $\sigma = 19$.

troubles de la conscience intéroceptive, autrement dit des difficultés d'identification et d'interprétation des stimuli internes. Elle peut être qualifiée de moyenne (tableau I, ES = - 0,66). L'amélioration porte aussi sur le contrôle des pulsions alimentaires (tableau I, ES = - 0,57), l'ascétisme (tableau I, ES = - 0,56), ainsi que sur la tendance à se sentir en insécurité (tableau I, p = 0,042, ES = - 0,53). La diminution des notes de boulimie et du sentiment d'inefficacité personnelle, bien que significative, reste de faible ampleur (tableau I, ES = - 0,43 et - 0,37 respectivement). Toutefois, seules trois de ces cinq dimensions de l'EDI-2 restent améliorées de façon significative chez les boulimiques : la boulimie, la conscience intéroceptive et le contrôle des pulsions alimentaires, l'amélioration pouvant être qualifiée de moyenne à grande (tableau II, : ES = - 0,80, - 0,69 et - 0,69 respectivement). Dans le sous-groupe des anorexiques restrictives, seul le contrôle des pulsions montre un changement significatif après thérapie, qui peut être qualifié de moyen (tableau III, ES = - 0,55).

Enfin, le tableau I montre que les notes diminuent significativement pour l'ensemble des patientes sur les symptômes dépressifs associés (BDI-13 : p < 0,038, ES = - 0,51), l'anxiété trait et état (STAI Y-A : p < 0,003, ES = - 1,13 et STAI Y-B : p < 0,005, ES = - 0,73), ainsi que les difficultés à s'affirmer (Rathus : p < 0,035, ES = - 0,22).

Si l'on analyse plus en détail ces résultats, on constate que l'on passe d'un état dépressif sévère en pré-test à un état dépressif qualifié de léger (20) après les six mois de prise en charge, avec une amélioration moyenne. L'amélioration est encore plus frappante au STAI, puisque les résultats sur l'échelle Y-B mesurant l'anxiété trait (celle habituellement ressentie) se rapproche de la population féminine de référence en post-test (moyennes pré-test de 61, $\sigma = 14,1$, et post-test de 51, $\sigma = 16,1$, sachant que la norme est de 45, $\sigma = 11,11$) (22). De plus, le changement peut être qualifié d'important au niveau de l'anxiété état (tableau I, STAI Y-A : ES = - 1,13), ce qui signifie que le

Tableau III : Indice de masse corporelle et résultats moyens obtenus par les patientes anorexiques restrictives au début et après la thérapie

Instrument	Moyenne pré-test (écart type) N = 11	Moyenne pré-test (écart type) N = 8	Moyenne post-test (écart type) N = 8	t test de Student	p test de Student	ES Grandeur d'effet
IMC – Indice de masse corporelle ¹	15,11 (1,6)	14,77 (1,8)	15,25 (1,6)	- 2,689	0,031*	0,27
EAT-40 – <i>Eating attitudes test</i> en 40 items ²	44 (20,2)	42 (18,8)	27 (20,5)	3,844	0,006*	- 0,80
BITE – <i>Bulimic investigatory test of Edinburgh</i> ³						
Échelle de symptôme	13 (6,5)	12 (6,3)	9 (7,6)	3,729	0,007*	- 0,53
Échelle de sévérité	4 (4,8)	2 (2,7)	2 (2,2)	1,049	0,329	- 0,24
EDI-2 – <i>Eating disorder inventory</i> 2 ⁴						
Recherche de minceur	9 (7,4)	8 (8,3)	6 (7,7)	1,093	0,310	- 0,21
Boulimie	2 (3,1)	2 (2,7)	1 (2,1)	0,261	0,802	- 0,05
Insatisfaction corporelle	12 (6,3)	13 (6,7)	11 (6,8)	1,266	0,246	- 0,28
Inefficacité	11 (7,4)	8 (6,4)	5 (3,1)	1,395	0,205	- 0,43
Perfectionnisme	9 (3,2)	8 (3,1)	6 (4,9)	1,378	0,210	- 0,64
Méfiance interpersonnelle	8 (3,9)	9 (4,4)	6 (4,3)	2,317	0,054	- 0,60
Conscience intéroceptive	12 (6,2)	9 (4,1)	6 (4,2)	1,904	0,099	- 0,76
Peur de la maturité	6 (4,6)	4 (4,1)	4 (3,7)	- 0,090	0,931	0,03
Ascétisme	7 (3,4)	7 (3,6)	5 (3,6)	1,507	0,175	- 0,48
Contrôle des pulsions	7 (5,5)	6 (5,2)	3 (3,5)	2,671	0,032*	- 0,55
Insécurité sociale	8 (4,8)	8 (4,2)	7 (2,5)	0,782	0,460	- 0,36
BSQ – <i>Body shape questionnaire</i> ⁵	99 (38,4)	97 (37,6)	83 (38,8)	2,546	0,038*	- 0,39
BDI-13 – <i>Beck depression inventory</i> en 13 items ⁶	14 (7,2)	11 (5,8)	8 (4,5)	1,494	0,179	- 0,62
STAI – <i>State trait anxiety inventory</i> ⁷						
Y-A (état)	61 (8,8)	58 (7,9)	45 (15,2)	1,915	0,097	- 1,62
Y-B (trait)	63 (8,9)	60 (7,5)	46 (11,7)	2,699	0,031*	- 1,76
TAS-20 – <i>Toronto alexithymia scale</i> en 20 items ⁸	50 (11,9)	47 (11,9)	38 (17,1)	1,213	0,264	- 0,73
Échelle d'affirmation de soi de Rathus ⁹	103 (19,9)	98 (19,4)	92 (18,1)	1,583	0,157	- 0,28

* résultat significatif p < 0,05.

¹ masse (kg) / taille² (m²) ; ² note seuil = 30 ; ³ note > 20 signale la présence de boulimie, seuil de sévérité = 5 ; ⁴ plus la note est élevée, plus elle est pathologique ; ⁵ moyenne contrôle = 75,8, $\sigma = 29,5$; ⁶ note > 16 signale la présence d'une dépression sévère ; ⁷ Y-A : moyenne = 40,75, $\sigma = 10,32$; Y-B : moyenne = 45,09, $\sigma = 11,11$; ⁸ note seuil = 56 ; ⁹ moyenne contrôle = 92,1, $\sigma = 19$.

niveau d'anxiété situationnelle des sujets est nettement moins important lors de l'évaluation en post-test.

De même, on note une diminution des difficultés d'affirmation de soi des patientes après six mois de prise en charge (tableau I, $p < 0,035$) et, bien que la grandeur d'effet reste petite ($ES = - 0,22$), la note moyenne obtenue par l'ensemble du groupe en post-test se rapproche de la norme (avec moins d'un écart type au-dessus de la moyenne des sujets contrôle ; tableau I, moyennes pré-test de 104, $\sigma = 27,2$, et post-test de 98, $\sigma = 25,6$, sachant que la norme est de 92,1, $\sigma = 19$) (24).

En revanche, à l'échelle d'alexithymie, qui exprime les difficultés d'identification et d'expression des émotions, le changement n'est pas significatif bien que la note moyenne baisse en post-test (TAS-20).

Ces données, qui montrent une amélioration des résultats de l'ensemble des patientes sur l'affirmation de soi et les symptômes dépressifs et anxieux associés aux TCA, sont cependant plus modérées si l'on regarde chaque sous-groupe clinique. En effet, bien que les notes à ces différents questionnaires diminuent toutes après la prise en charge, seules baissent significativement l'anxiété état dans le groupe des boulimiques (tableau II, $p < 0,01$) et l'anxiété trait chez les anorexiques restrictives (tableau III, $p < 0,03$). L'anxiété état chez les boulimiques passe d'un niveau très élevé en pré-test à un niveau seulement légèrement élevé en post-test (moins d'un écart type au-dessus de la norme) (22), et l'amélioration est qualifiée de grande (tableau II, $ES = - 0,92$). Chez les anorexiques restrictives, l'ES indique un changement encore plus important pour l'anxiété trait après la thérapie (tableau III, $ES = - 1,76$), et les notes en post-test sont équivalentes à celles de la population normale, alors qu'elles étaient très élevées en pré-test (près d'un écart type et demi au-dessus) (22).

Enfin, les tableaux II et III, qui renseignent sur l'évolution après thérapie des résultats des deux sous-groupes de patientes montrent une amélioration des symptômes spécifiques à la boulimie/anorexie-boulimie et à l'anorexie restrictive, cette amélioration pouvant être qualifiée d'importante ($ES = - 0,80$ à $- 1,48$).

L'intensité des symptômes de l'anorexie mentale baisse en effet de façon importante après la prise en charge chez les patientes anorexiques puisque les résultats sont plus élevés en pré-test et plus bas en post-test que ceux des anorexiques de l'étude de validation française (un demi

écart type en dessous), atteignant alors un niveau inférieur à la note seuil pathologique (tableau III, EAT-40 : moyennes pré-test de 42, $\sigma = 18,8$, et post-test de 27, $\sigma = 20,5$, sachant que la note seuil pathologique est de 30) (15).

À l'inventaire de boulimie (tableau II, BITE), les résultats des patientes boulimiques montrent une diminution notable des symptômes. En effet, les résultats en post-test (moyenne de 19) sont inférieurs à la note seuil de 20, signalant la présence de TCA, alors même qu'ils la dépassaient avant la prise en charge (moyenne de 24). Les résultats baissent également pour la sous-échelle de sévérité du BITE, ce qui indique une diminution de la sévérité du comportement de frénésie alimentaire ou de purge, la note seuil restant atteinte (note en pré-test de 14, avec un seuil de sévérité fixé à 5 (16) et une note moyenne en post-test de 9).

Enfin, en ce qui concerne l'IMC, il ne se modifie pas de façon significative en post-test chez les boulimiques, bien que l'on passe d'un niveau considéré comme une maigreur légère en pré-test pour ces patientes (tableau II, moyenne pré-test de 18,07) à un niveau normal en post-test (tableau II, moyenne post-test de 18,64 ; normal à partir de 18,49). L'IMC augmente en revanche de façon significative après la thérapie chez les patientes anorexiques restrictives, mais cette amélioration reste faible (tableau III, $ES = 0,27$) et le résultat signale, comme en pré-test, une maigreur extrême.

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les effets d'une prise en charge cognitivo-comportementale de groupe, en hôpital de jour, sur des sujets anorexiques restrictifs, anorexiques avec vomissements (ou anorexiques-boulimiques) et boulimiques. Elle montre une amélioration au niveau de plusieurs dimensions symptomatiques des patientes ayant suivi ce programme. Comme nous l'avons constaté, les notes obtenues aux échelles d'anorexie et de boulimie diminuent significativement entre le début de la thérapie et à six mois, et ce, dans les deux sous-groupes cliniques (anorexiques restrictives versus anorexiques-boulimiques et boulimiques). Les patientes anorexiques restrictives observent une nette diminution de leurs symptômes principaux mesurés avec l'EAT-40 et obtiennent, en post-test, une note inférieure à la note seuil pathologique. De même, les patientes boulimiques ont une baisse importante de leurs symptômes, puisque le groupe obtient

après six mois de prise en charge un résultat se situant juste en dessous du seuil signalant la présence d'un TCA de type boulimique au BITE.

L'amélioration est également visible au niveau de l'IMC. En effet, bien que celle-ci ne soit que légère et non significative pour les boulimiques, l'IMC moyen revient à un niveau qui se situe dans la norme en post-test. En revanche, pour les anorexiques restrictives, on observe une augmentation significative de l'IMC après six mois de prise en charge, mais l'on reste à un niveau considéré comme une maigreur extrême.

L'ensemble de ces résultats est intéressant, et ce d'autant plus pour le groupe des sujets anorexiques restrictifs du fait des difficultés que l'on rencontre à prendre en charge et à améliorer ces patientes, notamment à cause des abandons fréquents, comme nous l'avons souligné en introduction (12).

En outre, ces résultats concordent avec ceux d'autres études conduites à l'étranger. Une recherche menée en Allemagne (26) auprès de patientes anorexiques et boulimiques, suivant une TCC pendant 20 semaines, observe une diminution significative, d'une part, des notes obtenues par les patientes à la majorité des dimensions de l'EDI (quel que soit leur TCA) et, d'autre part, de la sévérité des troubles comorbides (mesurés à l'aide de la SCL-90). De la même manière, une étude nord-américaine (27) démontre qu'une prise en charge par TCC de groupe ou individuelle pendant six mois entraîne une diminution des symptômes boulimiques et des troubles associés. Enfin, une étude italienne (28) montre une diminution significative de la symptomatologie boulimique après 20 semaines de prise en charge par TCC.

Les résultats aux questionnaires portant sur l'évaluation des troubles alimentaires indiquent également des améliorations au niveau des symptômes périphériques, et ce, pour l'ensemble des patientes. En effet, les préoccupations corporelles et l'insatisfaction vis-à-vis de son propre corps tendent à diminuer à six mois (mesurées par le BSQ), de même que plusieurs dimensions évaluées par l'EDI-2 : conscience intéroceptive, contrôle des pulsions, sentiment d'insécurité, boulimie et sentiment d'inefficacité personnelle. Toutefois, si l'on regarde ces résultats selon le type de TCA, ils sont dans l'ensemble plus importants et positifs dans le groupe des patientes boulimiques que dans celui des anorexiques. L'insatisfaction corporelle s'améliore davantage chez les boulimiques que chez les anorexiques, mais les résultats sont plus pathologiques

en pré-test chez ces dernières. De même, davantage de dimensions évaluées par l'EDI-2 sont améliorées en post-test dans le sous-groupe de boulimiques que dans celui des anorexiques, où seul le contrôle des pulsions augmente significativement à six mois. Il est probable que cette différence soit liée à la difficulté particulière que l'on connaît à traiter ce type de trouble, mais il convient de rester prudent devant ces résultats compte tenu de la faiblesse des effectifs de chaque sous-groupe en post-test (neuf patientes dans le groupe des boulimiques et huit dans celui des anorexiques). Ces données soulignent toutefois la nécessité, lorsque l'on s'intéresse aux effets d'une prise en charge dans ce domaine, de distinguer les résultats selon le type de TCA afin d'en étudier les différences.

Par ailleurs, comme dans les trois études citées précédemment (26-28), nous observons également un effet positif au niveau des troubles comorbides : dépression, anxiété et difficultés d'affirmation de soi, dont l'intensité diminue de façon notable pour l'ensemble des patientes, avec des résultats en post-test proches de la norme. Toutefois, si l'on se penche sur chaque type de TCA, seule l'anxiété, mesurée par le STAI, diminue significativement à six mois. Il est d'ailleurs curieux de constater qu'il s'agit pour les patientes boulimiques de l'anxiété état – soit l'anxiété ressentie au moment de l'évaluation –, qui reste seulement légèrement élevée en post-test, et pour les anorexiques de l'anxiété trait – soit l'anxiété en tant que trait de personnalité –, celle-ci ayant un niveau tout à fait normal en post-test alors qu'elle était très élevée au début de la prise en charge. Avant de tirer toute conclusion hâtive sur des bénéfices éventuels du traitement psychothérapeutique, rappelons la faiblesse des effectifs et l'effet possible sur le niveau d'anxiété du suivi et de l'encadrement par des professionnels de santé tout au long de la prise en charge.

Seule l'alexithymie, que nous avons évalué par la TAS-20, ne se modifie pas significativement après six mois de prise en charge, mais, hormis pour le sous-groupe des patientes boulimiques où les notes étaient seulement légèrement élevées en pré-test, cet aspect a été peu visé par la thérapie, les notes en pré-test n'étant pas significatives. En revanche, il aurait été intéressant d'évaluer l'estime de soi des patientes, dont on peut supposer qu'elle aurait augmenté comme dans l'étude américaine (27).

Par ailleurs, les résultats obtenus ici sont dans l'ensemble plus encourageants que ceux présentés dans l'étude française de LERFEL et al. (13), qui ont pu démontrer une baisse statistiquement significative uniquement au niveau

de l'anorexie, de l'anxiété, des troubles intéroceptifs, de l'ascétisme et du contrôle des pulsions. Il est probable que la différence de résultats entre ces deux études françaises soit liée à la taille de l'échantillon, un peu plus importante ici, et non à la prise en charge en elle-même, puisque l'étude de Lerfel et al. a été menée dans le même hôpital de jour, et que les patientes ont bénéficié de la même prise en charge.

Toutefois, lorsque l'on s'intéresse aux notes obtenues en post-test, on constate que certaines restent supérieures aux seuils pathologiques ou aux notes des sujets contrôle, bien qu'elles aient pourtant diminué. C'est le cas, par exemple, de l'indice de sévérité des symptômes boulimiques (tableau II, BITE), de l'IMC des patientes anorexiques qui reste à un niveau considéré comme une maigreur extrême (tableau III) ou encore de symptômes associés au TCA (notamment la recherche de minceur, le perfectionnisme, la méfiance interpersonnelle et la peur de la maturité, mesurés par l'EDI-2). Ces différents éléments constituent des critères objectifs importants dans l'évaluation des TCA et de leur gravité ; ainsi nous ne pouvons parler que d'amélioration partielle à l'issue des six mois de la prise en charge. Il semble donc nécessaire d'encourager la poursuite de la prise en charge au-delà de six mois.

Cependant, lorsque l'on observe les caractéristiques de l'échantillon, on remarque que les prévalences des troubles de la personnalité (100 % chez les sujets anorexiques restrictifs et 90 % dans le second sous-groupe) sont supérieures à celles que l'on trouve habituellement dans la littérature (6). Il apparaît donc que les sujets de cette étude sont des cas plus "complexes" que ceux habituellement rencontrés dans le traitement des TCA, ce qui peut compliquer la réponse au traitement. L'hypothèse que nous proposons est la nature de la structure où les patientes ont été prises en charge, à savoir un hôpital de jour en service de psychiatrie, qui rassemble davantage de cas plus sévères, souvent adressés après plusieurs échecs thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, il paraît donc important de développer une prise en charge des TCA qui intégrerait davantage le traitement des comorbidités, axe peu abordé par Fairburn (7).

Bien qu'encourageants, nos résultats doivent être considérés avec prudence car les limites méthodologiques de cette étude, qu'il convient de souligner, nous empêchent de conclure à une amélioration en lien avec la prise en charge. L'absence de groupe contrôle, tout d'abord, ne nous permet pas de vérifier la présence effective de bénéfices

liés au traitement par TCC. De même, la faiblesse de l'effectif constitue une limite majeure à la portée et à la généralisation des résultats observés. Par ailleurs, les améliorations constatées peuvent être dues soit au traitement, soit à d'autres effets – comme l'effet de Hawthorne, de désirabilité sociale –, soit à la régression à la moyenne.

En outre, un certain nombre de biais pouvant influencer l'évolution de l'état des patientes, et ainsi leurs résultats aux questionnaires, n'ont pu être contrôlés. Il s'agit du suivi médical et psychiatrique associé, donnée qui n'a pu être recueillie de façon systématique pour toutes les patientes. Les interactions familiales constituent également un élément pouvant jouer un rôle important dans l'évolution des TCA (29). Il convient donc d'en tenir compte et nous ne pouvons que recommander pour la suite un recueil plus systématique et standardisé de ces variables qui ont un rôle important : suivi médical associé, suivi psychothérapeutique et psychiatrique, interactions familiales.

Par ailleurs, une autre limite de cette étude est que les patientes ont été évaluées uniquement par des questionnaires d'auto-évaluation qui sont sensibles aux déformations liées aux représentations subjectives et à l'effet de désirabilité sociale. Il faudrait donc veiller à inclure en plus, dans le protocole d'évaluation, des mesures d'hétéro-évaluation. Il pourrait être intéressant de s'appuyer également, pour apprécier l'évolution des patientes, sur d'autres critères ne reposant pas exclusivement sur le vécu subjectif à travers les questionnaires, mais sur des critères externes au sujet et qui semblent spécialement importants dans les TCA (29). Il faudrait ainsi prendre en compte certains critères cliniques objectifs tels que l'état nutritionnel, la présence de vomissements par exemple, ainsi que des critères sociaux et familiaux tels que l'adaptation sociale.

Enfin, comme dans toute étude sur l'évaluation des psychothérapies, il est indispensable de vérifier si les résultats observés se maintiennent à plus long terme en réévaluant les sujets plusieurs mois et années après la fin de la prise en charge, et d'en prendre la mesure afin d'orienter vers un nouveau traitement si nécessaire. Ajoutons d'ailleurs qu'à la fin de la prise en charge, six patientes ont demandé à poursuivre celle-ci au sein de l'hôpital de jour, demande qui a été acceptée. Par ailleurs, deux des patientes ayant interrompu le programme thérapeutique ont recontacté le service (quelques mois après pour l'une et un an après pour l'autre), demandant à réintégrer le groupe thérapeutique.

Conclusion

Cette étude a présenté l'évolution d'un groupe de patientes anorexiques et boulimiques après six mois de prise en charge par TCC en hôpital de jour. Les résultats, obtenus à partir de questionnaires d'auto-évaluation, tendent à indiquer une amélioration des patientes à la fois sur leurs symptômes principaux et sur d'autres symptômes comorbides. Ces résultats, bien qu'encourageants, ne permettent toutefois pas de conclure à l'efficacité du traitement par TCC en raison des limites méthodologiques. Il est donc nécessaire de poursuivre cette étude auprès d'un plus grand nombre de patients et en contrôlant de façon plus systématique les biais méthodologiques.

Toutefois, ces résultats prometteurs incitent à recommander la poursuite et le développement de ce type de prise en charge, encore peu répandue en France, pour les patients souffrant de TCA. Ils mettent également l'accent sur la nécessité de mettre en place, parallèlement à ces programmes de soins, des protocoles d'évaluation standardisés rigoureux afin d'en évaluer leurs effets. ■

L. Bottini, N. Camart, S. Kindynis, M. Fouré, M.-C. Detournay, B. Granger

Troubles du comportement alimentaire. Évaluation des effets à court terme d'une prise en charge cognitivo-comportementale de groupe
Alcoologie et Addictologie 2011 ; 33 (3) : 239-249

Références bibliographiques

- 1 - American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par Guelfi JD et al. Paris : Masson, 2004.
- 2 - Pearlstein T. Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health* 2002 ; 4 (3) : 67-78.
- 3 - Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymie and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 1996 ; 41 (6) : 561-568.
- 4 - Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, Jeammot P. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research* 2000 ; 93 : 263-266.
- 5 - Lawson R, Emanuelli F, Sines J, Waller G. Emotional awareness and core beliefs among women with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2008 ; 16 : 155-159.
- 6 - Ramklint M, Jeansson M, Holmgren S, Ghaderi A. Assessing personality disorders in eating disordered patients using the SCID-II: Influence of measures and timing prevalence rate. *Personality and Individual Differences* 2010 ; 48 : 218-223.
- 7 - Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In : Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York : Guilford Press, 1997.

- 8 - Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York : Guilford Press, 2008.
- 9 - Wilson GT, Agras WS, Fairburn CG, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002 ; 70 (2) : 267-274.
- 10 - Nevenon L, Broberg G. A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2006 ; 39 : 117-127.
- 11 - National Institute for Clinical Excellence. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No. 9. London : Author, 2004.
- 12 - Agras WS, Brandt HA, Bulik CM, Dolan-Sewell R, Fairburn CG, Halmi KA et al. Report of the national institutes of health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2004 ; 35 : 509-521.
- 13 - Lerfel Y, Kindynis S, Romo L, Daouk O, Detournay MC, Granger B, Debray Q. Évaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale sur les symptômes cliniques des troubles du comportement alimentaire chez des patientes traitées en hôpital de jour. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2008 ; 18 : 72-76.
- 14 - Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes tests: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979 ; 9 : 273-279.
- 15 - Carrot G, Lang F, Estour B, Pellet J, Gauthey C, Wagon C. Étude de la EAT. Échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale dans une population témoin et dans une population d'anorectiques. *Annales Médico-Psychologiques* 1987 ; 145 (3) : 258-264.
- 16 - Henderson M, Freeman C. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry* 1987 ; 150 : 18-24.
- 17 - Garner DM, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983 ; 2 (2) : 15-34.
- 18 - Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders* 1987 ; 6 : 485-494.
- 19 - Rousseau A, Knotter RM, Barbe RM, Raich RM. Étude de la validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale* 2005 ; 31 (2) : 162-173.
- 20 - Beck A, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Psychological measurements in psychopharmacology. Oxford, UK : S. Karger, 1974.
- 21 - Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-trait anxiety inventory. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1970.
- 22 - Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. Le manuel du STAI de C.D. Spielberger, adaptation française. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquées, 1993.
- 23 - Corcos M, Guilbaud O, Loas G, Speranza M, Stephan P, Perez-Diaz F et al. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Annales Médico-Psychologiques* 2002 ; 160 (1) : 77-85.
- 24 - Bouvard M, Cottraux J, Mollard E. Validation et analyse factorielle de l'échelle d'affirmation de soi de Rathus. *Psychologie Médicale* 1986 ; 18 (5) : 759-763.
- 25 - Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM. Expertise collective. Psychothérapie, trois approches évaluées. Paris : INSERM, 2004.
- 26 - Fitting E, Jacobi C, Backmund H, Gerlinghoff M, Wittchen HU. Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorder Review* 2008 ; 16 : 341-351.
- 27 - Chen E, Touyz S, Beumont P, Fairburn C, Griffiths R, Butow P et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2003 ; 33 (3) : 241-254.
- 28 - Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Self-induced vomiting in eating disorders: associated features and treatment outcome. *Behavior Research and Therapy* 2009 ; 47 : 680-684.
- 29 - Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry* 2009 ; 166 : 1331-1341.