

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRES ET TROUBLES LIÉS À
L'USAGE DE SUBSTANCES CHEZ LES FEMMES; MEILLEURES PRATIQUES**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE
LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

PAR STEFFI TALBOT

MAI 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Chantal Plourde

Prénom et nom Directeur de recherche

Prénom et nom Codirecteur de recherche

Comité d'évaluation :

Chantal Plourde

Prénom et nom Directeur ou codirecteur de recherche

Annie Paquet

Prénom et nom Évaluateur

Prénom et nom Évaluateur

Résumé

Les troubles liés à l'usage de substances (TUS) et les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont deux troubles reconnus et figurant dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). L'un des principaux défis dans le traitement des TUS est la présence de fortes comorbidités, dont les TCA (Bulik *et al.*, 2004), une comorbidité qui est plus élevée chez les femmes (Baker *et al.*, 2007). Pourtant, un nombre limité d'études se sont intéressées aux interventions à préconiser pour le traitement de cette double problématique (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Les deux troubles partagent plusieurs facteurs communs pouvant expliquer leur concomitance, tels que des facteurs psychosociaux, comme des antécédents de traumatismes (Hansen Rodriguez, 2019), des facteurs psychologiques, comme une faible estime de soi, une mauvaise gestion des émotions, la dépression, l'anxiété (Greenfield *et al.*, 2007, Tollivier et Anton, 2015), ainsi que la présence d'un phénomène de réciprocité, où l'un des troubles exacerbe les symptômes de l'autre (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Le présent essai vise donc à documenter les interventions probantes pour cette double problématique, dans le but de mieux desservir cette population aux besoins multiples. Six articles abordant des interventions visant à soutenir les femmes souffrant à la fois d'un TUS-TCA ont été retenus dans la recension des écrits. Les principaux résultats mettent en évidence deux approches prometteuses, dont la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie dialectique comportementale. Cinq articles sur six soulignent aussi l'importance d'intégrer une perspective de genre pour le traitement de cette double problématique, soit de considérer les composantes culturelles et sociales. La discussion est orientée vers les différentes approches d'interventions, les modalités d'intervention, le rôle de l'alliance thérapeutique, ainsi que les thématiques jugées pertinentes à aborder en traitement. Finalement, l'apport de la psychoéducation par sa posture holistique, ainsi que des recommandations futures dans l'accompagnement des femmes souffrant à la fois d'un TUS-TCA seront présentés. De plus amples recherches sont toutefois nécessaires afin d'assurer une prise en charge efficace pour cette population cible.

Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux et des figures	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Qu'est-ce qu'un trouble du comportement alimentaire?	2
Qu'en est-il du trouble lié à l'usage de substances?	2
Caractéristiques similaires entre le trouble lié à l'usage de substances et les troubles du comportement alimentaire	3
Quelques statistiques en lien avec le trouble lié à l'usage de substances et les troubles du comportement alimentaire	4
Facteurs explicatifs de la concomitance du trouble lié à l'usage de substances et des troubles du comportement alimentaire	5
Les approches probantes pour traiter la double problématique TUS-TCA	7
La thérapie cognitivo-comportementale	8
La thérapie dialectique comportementale	8
L'approche spécifique au genre	9
Méthode	12
Stratégie de repérage des écrits.....	12
Critères de sélection.....	13
Résultats.....	16
Résultats du processus de recension et descriptions des études retenues	16
Méthodes d'évaluation pré-traitement et outils standardisés.....	16
Types d'approches thérapeutiques.....	19
Modalités d'interventions	19
Rétention au traitement	19
Efficacité des traitements	20
Diminution des comportements alimentaire inadéquats	20
Amélioration de la régulation émotionnelle	21
Résultats en lien avec la consommation	22

Thèmes similaires abordés dans les différents traitements	23
Résultats en lien avec les outils d'intervention.....	24
Satisfaction des participantes	25
Discussion	26
L'importance du dépistage dès l'arrivée des individus en centre de thérapie pour un TUS	26
Les approches d'intervention	27
L'approche cognitivo-comportementale et l'approche dialectique comportementale.....	27
L'approche spécifique au genre	29
Modalités des traitements	30
Le groupe	30
La thérapie individuelle	32
Les séances familiales.....	32
Une problématique sociale?	33
Apport de la psychoéducation et recommandations	34
Forces et limites de l'essai	36
Conclusion	39
Références.....	40

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

- Tableau 1 Concepts et mots-clés
Tableau 2 ... Résultats en lien avec les méthodes d'évaluation pré-traitement et les outils standardisés

Figure

- Figure 1 Diagramme de flux

Remerciements

En premier lieu, je tiens à exprimer ma gratitude envers ma directrice de recherche, Chantal Plourde, ainsi que ma mentore, Pascale Alarie-Vézina. Leur soutien constant, leur disponibilité et la bienveillance de leurs rétroactions ont grandement contribué à la réalisation de cet essai.

Je souhaite également remercier ma tutrice de stage de maîtrise, et future collègue, Joanie Lafontaine, qui m'a aidée à trouver ma couleur et ma place dans le monde professionnel. Merci de m'avoir fait découvrir la richesse des possibilités qui s'offrent à moi et d'avoir assuré un suivi régulier tout au long de ma rédaction, afin que je puisse, un jour, franchir la ligne d'arrivée.

Enfin, un immense merci à ma famille pour son soutien inconditionnel tout au long de mon parcours universitaire. Une mention spéciale à ma meilleure amie, Carolanne Tanguay, avec qui je partage chaque grande étape de ma vie depuis notre tendre enfance.

Introduction

Des données récentes démontrent une augmentation de la consommation de substances psychoactives chez les femmes au cours des dernières années (Nationale Institute on Drug Abuse, 2020). Le trouble lié à l'usage de substances (TUS) chez les femmes aurait augmenté de 84 % par rapport à 35 % chez les hommes de 2001-2002 à 2012-2013 (Grant *et al.*, 2016). Une hausse de la consommation de cannabis et d'alcool a été notée pendant la pandémie de COVID-19, soit depuis 2020 (Agence de la santé publique du Canada, 2022). La consommation de psychostimulants serait aussi à la hausse chez les femmes (Cornish et Prasad, 2021; Nationale Institute on Drug Abuse, 2020). En 2020 aux États-Unis, les femmes représentaient 33 % des admissions dans les centres de traitements (Substance Abuse and Mental Health Services Administrations, 2021). Cela dit, la présence d'une problématique liée à l'usage de substances chez les femmes est souvent accompagnée de difficultés concomitantes, dont les troubles du comportement alimentaire (TCA) (American psychiatric association [APA], 2015; Hudson *et al.*, 2007; Killeen *et al.*, 2011; Root *et al.*, 2010).

En ce qui concerne spécifiquement les troubles du comportement alimentaire (TCA), des données américaines révèlent une augmentation de 65 % des consultations pour ces troubles entre 2018 et 2022, alors que les femmes représentaient 89 % des cas diagnostiqués (FAIR Health, 2023). Or, les individus atteints d'un TCA étaient quatre fois plus susceptibles de souffrir d'un TUS et cinq fois plus susceptibles d'avoir un autre trouble de santé mentale, comparativement à la population générale ayant reçu des soins médicaux durant cette même période (FAIR Health, 2023).

L'inverse est également vrai. Des données épidémiologiques indiquent qu'approximativement 35 % des femmes souffrant d'un TUS ont aussi un TCA diagnostiqué ou encore des symptômes subcliniques importants (Center on Addiction and Substance Abuse [CASA], 2004). Malgré ce portait préoccupant, un nombre limité d'études se sont intéressées à cette double problématique (Bonfà *et al.*, 2008; Greenfield *et al.*, 2007; Norris *et al.*, 2021; Sysko et Hildebrandt, 2009; Warren *et al.*, 2013,).

Qu'est-ce qu'un trouble du comportement alimentaire?

Les TCA font partie des troubles de santé mentale présentés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM-5) (APA, 2015), ainsi que dans la Classification Internationale des Maladies, 11^e édition (CIM-11) (OMS, 2019). Les TCA se caractérisent par « des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social » (OMS, 2019).

Il existe plusieurs types de TCA, soit l'anorexie mentale, la boulimie, l'accès hyperphagique, ainsi qu'un regroupement d'autres TCA plus spécifiques. L'anorexie mentale se caractérise par une restriction sévère de nourriture et une peur de prendre du poids entraînant un faible poids corporel. Les individus souffrant de boulimie présentent, quant à eux, des accès récurrents frénésies alimentaires, soit un sentiment de perte de contrôle sur une courte période où une personne consomme une quantité excessive de nourritures, au-delà d'un apport calorique habituel. Ces personnes ont ensuite recours à des comportements perturbateurs, généralement dans l'heure après avoir mangé, tels des vomissements provoqués, afin d'éviter une prise de poids. D'autres comportements compensatoires sont l'usage de laxatifs ou l'exercice physique excessive. Puis, tant les personnes souffrant d'anorexie que de boulimie alimentaire ont des inquiétudes marquées concernant le poids ou la forme du corps. (OMS, 2019). Comparativement à l'anorexie mentale, la personne souffrant de boulimie est la plupart du temps en mesure de maintenir un poids dans la limite de la normale ou au-dessus (OMS-2019). Finalement, l'accès hyperphagique se caractérise par l'ingestion d'une quantité anormalement haute de nourriture sans les comportements compensatoires persistants, soit les vomissements provoqués, l'excès d'exercices physiques, etc. (APA, 2015).

Qu'en est-il du trouble lié à l'usage de substances ?

Les substances psychoactives agissent sur le système nerveux central, soit sur les neurotransmetteurs, modifiant ainsi les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux (APA, 2015). Le DSM-5 (APA, 2015) caractérise les TUS comme un mode d'usage problématique

d'une substance psychoactive altérant le fonctionnement quotidien d'une personne et générant une souffrance cliniquement significative. En d'autres mots, la personne souffrant d'un TUS poursuit sa consommation malgré les problèmes significatifs et les conséquences qui en découlent (APA, 2015). Des conséquences psychosociales peuvent être observées, telles des répercussions dans les relations interpersonnelles (conflits, isolement, perte de liens significatifs), ainsi qu'une incapacité à remplir ses obligations et/ou à maintenir ses activités de la vie quotidienne. Une diminution du contrôle et de la vigilance peut aussi être notée, pouvant mener à des comportements à risque. Puis au niveau psychologique, il est possible d'identifier la présence de « cravings », soit une envie irrépressible de consommer, accompagnée de pensées obsessives en lien avec la substance. Des changements au plan de l'humeur, de l'anxiété, ainsi que plusieurs distorsions cognitives peuvent aussi découler d'une consommation problématique (APA, 2015). Finalement, des manifestations physiologiques, telles que l'augmentation de la tolérance à la substance et des symptômes de sevrages peuvent se manifester, ainsi que des complications au plan de la santé physique du consommateur (APA, 2015).

Caractéristiques similaires entre le trouble lié à l'usage de substances et les troubles du comportement alimentaire

Bien que les deux troubles (TCA-TUS) aient été présentés de façon distincte, ils présentent plusieurs caractéristiques communes. Les TCA présentent des composantes comportementales similaires à celles du TUS, surtout au niveau du trouble boulimique ou du trouble hyperphagique. Plusieurs auteurs comparent même les TCA à une dépendance considérant leurs points communs (Jeammet et Corcos, 2001). Un premier point d'ancrage entre les deux troubles est en lien avec les difficultés sous-jacentes de régulation émotionnelle, c'est-à-dire que la personne souffrant de boulimie ou d'hyperphagie oscille entre la tension et l'apaisement. Tout comme la personne dépendante oscille entre l'effet de manque (cravings) et le soulagement. Le comportement problématique, qu'il soit lié à l'usage d'une substance ou un comportement alimentaire problématique, a comme fonction d'éviter l'inconfort associé aux affects négatifs (Killeen, 2011; Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Munn-Chernoff *et al.*, 2021; Stewart *et al.*, 2006).

Les deux problématiques sont caractérisées par une relation conflictuelle, soit avec la nourriture, soit avec la substance psychoactive (Jeammet, 2011; Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Plus spécifiquement, parmi les similitudes on retrouve la présence de « cravings » (en lien avec la nourriture ou la substance), la perte de contrôle, les comportements compulsifs et d'abus (abus alimentaire, abus de la restriction alimentaire, abus des comportements purgatoires, abus de l'exercice physique, abus de laxatifs, abus de la drogue), l'isolement social, ainsi que la présence de rechutes. Plusieurs traits de personnalité sont aussi semblables, plus précisément en ce qui concerne les individus souffrant de boulimie ou d'hyperphagie. Par exemple, l'impulsivité, le manque d'autocontrôle, les comportements à risque et destructeurs, ainsi qu'une faible estime de soi sont tous des éléments centraux qui influencent directement les deux troubles (Herzog *et al.*, 2006; Holderness *et al.*, 1994; Monthuy-Blanc et Blier, 2014). La littérature mentionne d'ailleurs que l'incapacité à contrôler ses comportements impulsifs, ainsi qu'un accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle sont des facteurs communs sous-jacents aux individus souffrant d'un TUS et d'un TCA (Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Munn-Chernoff *et al.*, 2021). Les mécanismes de défense sont aussi similaires comme le déni et la répression/minimisation de l'impact (Hayaki *et al.*, 2002; Killeen, 2011). Il existe d'ailleurs une grande stigmatisation sociale générant beaucoup de honte et de mensonges associés à la fois au TUS et aux TCA (Hayaki *et al.*, 2002; Killeen, 2011).

Quelques statistiques en lien avec le trouble lié à l'usage de substances et les troubles du comportement alimentaire

Comme mentionné précédemment, plusieurs études épidémiologiques suggèrent que le TUS et les TCA sont fortement corrélés (APA, 2015; Herzog *et al.*, 2006; Holderness *et al.*, 1994, Hudson *et al.*, 2007; Killeen *et al.*, 2011; Root *et al.*, 2010). Dans la population générale, la prévalence des TCA s'élèverait approximativement à 4 %. Or, une récente étude a démontré que les gens souffrant de boulimie étaient presque 5 fois plus susceptibles d'avoir ou de développer un TUS au cours de leur vie. Au moins 30 % des individus atteints de boulimie présenteront des symptômes en lien avec un TUS (APA, 2015). Les personnes atteintes d'autres TCA (hyperphagie ou anorexie) étaient deux à trois fois plus susceptibles de développer un TUS au cours de leur vie

(Hudson *et al.*, 2007). La littérature démontre qu'environ 30 à 37 % des personnes souffrant de boulimie feraient aussi usage de substances, comparativement à 12 à 18 % pour les personnes souffrant d'anorexie. En ce qui concerne les personnes souffrant d'un TUS, 9 à 55 % d'entre elles souffriraient de boulimie, et 6.7-23 % d'anorexie (Herzog *et al.*, 2006; Holderness *et al.*, 1994). Les femmes souffrant à la fois d'un TUS-TCA présentent aussi des taux plus élevés d'autres troubles mentaux concomitants, dont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique, mais encore plus particulièrement le trouble de la personnalité limite (Herzog *et al.*, 2006; Holderness *et al.*, 1994; Jeanmet, 2011).

Facteurs explicatifs de la concomitance du trouble lié à l'usage de substances et des troubles du comportement alimentaire

Un premier motif possible qui explique la forte comorbidité TUS-TCA est en lien le phénomène de réciprocité, c'est-à-dire que les deux troubles s'influencerait mutuellement de manière que les symptômes d'un trouble accentueraient ou perpétueraient les symptômes de l'autre. Par exemple, une personne dépendante à l'alcool pourrait compenser l'apport calorique ingéré par des comportements alimentaires malsains ou restrictifs. De manière similaire, une personne souffrant de boulimie pourrait faire l'usage d'alcool afin de gérer ses émotions négatives rattachées au trouble (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Quant à l'apparition du trouble, celle-ci peut se faire de façon consécutive ou simultanée. Par exemple, l'usage d'une drogue précède le trouble alimentaire, ou encore simultanément, soit en même temps (Bulik *et al.*, 2004). Chez les personnes boulimiques, l'apparition des deux troubles serait simultanée dans 41 % des cas, et subséquente dans 6 % des cas (Baker *et al.*, 2007).

Un deuxième motif expliquant la forte comorbidité TUS-TCA est en lien avec l'image corporelle et la gestion du poids. En d'autres mots, de plus en plus de femmes déclarent consommer des drogues à des fins de perte de poids (Brecht *et al.*, 2004; Ganson *et al.*, 2021; Greenfield *et al.*, 2007; Joe, 1994; Joe, 1996; Parkes *et al.*, 2008,). Plusieurs études mentionnent la métamphétamine et les drogues stimulantes, soit la cocaïne ou les amphétamines, comme étant des drogues de choix dû à leur effet coupe-faim pour les femmes ayant une comorbidité avec un TCA (Ganson *et al.*,

2021; Herzog *et al.*, 2006, Warren *et al.*, 2013). Par exemple, une étude portant sur l'utilisation de méthamphétamine auprès de 350 adultes a démontré que 36 % des femmes de l'échantillon auraient commencé à consommer à des fins de perte de poids (Brecht *et al.*, 2004). Une autre étude menée par Warren et ses collaborateurs (2013) auprès de 297 femmes en centre de thérapie pour un TUS a obtenu des résultats similaires, soit que le tiers des femmes ont déclaré avoir commencé à consommer pour perdre du poids. La perte de poids agit ainsi comme renforcement positif pour la consommation, contribuant à long terme au cycle de la dépendance en augmentant la fréquence et la tolérance à la drogue (Warren *et al.*, 2013).

Quant aux femmes qui n'avaient pas de préoccupations liées à l'alimentation ou à l'image de soi avant le début de leur dépendance, certaines développent des inquiétudes en cours du traitement. Des études indiquent que les femmes en traitement pour un TUS font face à un risque de prise pondérale (Bonfa, 2008; Warren *et al.*, 2013; Wiss, 2018). L'augmentation de l'indice de masse corporel (IMC) peut s'expliquer notamment par un retour de l'appétit chez les patientes qui, précédemment, était supprimé par l'effet de la drogue (Bonfà, 2008; Warren *et al.*, 2013; Wiss, 2018). Certaines substances, dont la cocaïne ou les amphétamines accélèrent aussi le métabolisme (Jeynes et Gibson, 2017). L'arrêt de la drogue pourrait ralentir le métabolisme, ce qui facilite une prise de poids. De plus, pour beaucoup, la consommation et les comportements alimentaires désordonnés sont des stratégies d'adaptation. Il est donc fréquent suivant la perte d'un mécanisme de « coping », comme la consommation, de voir l'autre s'aggraver (compensations alimentaires) (Killeen, 2011; Warren *et al.*, 2013), c'est-à-dire que la nourriture est alors utilisée dans le but de retrouver une sensation de bien-être, d'apaisement ou de récompense que procurait auparavant la substance (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Cela dit, la prise de poids suivant l'arrêt d'une substance peut donc avoir un impact négatif sur le processus de rétablissement des femmes souffrant d'une dépendance (Killeen, 2011; Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Warren *et al.*, 2013). Les recherches soutiennent que la préoccupation en lien avec la prise de poids est un facteur de rechute pour de nombreuses femmes en thérapie (Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Warren *et al.*, 2013). Environ 70 % des femmes en centre de thérapie exprimeraient des préoccupations liées à leur image corporelle ou une prise de poids (Warren *et al.*, 2013; Wiss, 2018) et 43 % seraient craintives à l'idée que la

prise de poids puisse déclencher une rechute (Warren *et al.*, 2013). Les recherches démontrent d'ailleurs que plusieurs femmes commencent et maintiennent leur consommation dû à des préoccupations liées à la gestion du poids (Bonfà *et al.*, 2008; Cohen *et al.*, 2010). Enfin, celles présentant à la fois un TUS et des symptômes d'un TCA montreraient une réponse moins favorable au traitement et un taux d'abstinence plus faible (Cohen *et al.*, 2010).

La littérature démontre une corrélation entre la dépression, l'anxiété et le TCA, ce qui mène au troisième motif pouvant expliquer la forte comorbidité TUS-TCA (Greenfield, 2007; Tolliver et Anton, 2015). Une importante proportion de femmes en centre de thérapie ont aussi un historique de traumatismes importants, soit des antécédents d'agression sexuelle et/ou d'abus physique et de violence (Hansen Rodriguez, 2019). Dans une même lignée, Shipway (2004) et Greenfield (2007) précisent qu'une femme ayant subi de la violence a 15 fois plus de risques de consommer de façon excessive des substances psychoactives. De manière similaire, les femmes souffrant d'un TCA sont aussi plus à risque d'avoir subi de la maltraitance, des abus physiques et/ou sexuels (Caslini *et al.*, 2016; Madowitz *et al.*, 2015; Molendijk *et al.*, 2017). Ce sont tous des facteurs de risque communs aux deux troubles pouvant influencer à la fois la trajectoire du TUS et de TCA, de même que l'adhésion au traitement et le processus de rétablissement, d'où l'importance de considérer l'ensemble des problématiques (Greenfield *et al.*, 2007; Norris *et al.*, 2021; Shipway, 2004; Tolliver et Anton, 2015).

Les approches probantes pour traiter la double problématique TUS-TCA

Deux approches thérapeutiques ont été identifiées et validées dans la littérature pour traiter les femmes souffrant à la fois du TUS et du TCA, soit la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie dialectique comportementale (TDC) (Epstein et McCrady, 2023; Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Norris *et al.*, 2021). Plusieurs auteurs soulignent aussi l'importance d'adopter une approche spécifique au genre, permettant d'aborder les différences entre les hommes et les femmes dans le traitement du TUS et des TCA (Barrault, 2013; Hansen Rodriguez, 2019; Ouellet-Courtois, 2018).

La thérapie cognitivo-comportementale

Selon la littérature, la TCC serait l'approche la plus efficace pour traiter les TCA et le TUS (Fairburn, 2008; McHugh *et al.*, 2010; Norris *et al.*, 2021). La TCC est une approche en psychologie qui a été développée par Aaron T. Beck dans les années 1960. Elle vise à identifier et à changer les schémas de pensées (pensées négatives, croyances irrationnelles, distorsions cognitives) et les comportements problématiques telle la consommation de substances, la restriction alimentaire, les comportements de vomissement, ou encore la bigorexie, soit l'exercice physique excessive. L'approche vise à évaluer l'interaction entre les pensées, les émotions ainsi que les comportements dans le but de réduire des symptômes en lien avec un trouble précis et rétablir un bon fonctionnement quotidien (Beck, 2020). Afin d'assurer l'efficacité de la TCC, plusieurs principes doivent s'y retrouver. La TCC comporte un volet éducatif qui enseigne le fonctionnement cognitif et son lien avec les pensées et les émotions. C'est une approche qui est davantage structurée et directive basée sur le présent. Les objectifs thérapeutiques sont alignés avec les valeurs et les aspirations des individus. Afin de s'assurer de l'atteinte de ces objectifs, l'évolution des clients est monitorée tout au long du suivi. Le taux de réussite du traitement dépend aussi fortement du lien thérapeutique entre le professionnel et son client. Celui-ci favorise d'ailleurs la collaboration et la participation active, tout en mettant l'emphase sur les aspects positifs. Puis, tout au long de la thérapie, le professionnel utilise diverses techniques dont la restructuration cognitive, le journal de bord, les techniques de relaxation et de gestion du stress, ainsi que des exercices portant sur la résolution de problèmes comme moyens permettant aux individus des prises de conscience et l'adoption de comportements plus adaptatifs (Beck, 2020).

La thérapie dialectique comportementale

La TDC a été développée quelques années plus tard, soit dans les années 1980 par Marsha Linehan et ses collaborateurs, originellement pour les individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite (Linehan *et al.*, 2017; Santé Canada, 2002). La TDC est d'ailleurs considérée comme une branche de la TCC. Elle inclut plusieurs principes de la TCC, comme les fondements théoriques sur l'interrelation entre les pensées, les émotions ainsi que les comportements, l'orientation vers le présent et la relation thérapeutique. Les interventions issues de la TDC ciblent

la régulation des émotions et l'impulsivité. Elles visent la prise de conscience des problèmes et le développement de stratégies adaptatives afin de réduire ou d'éliminer les comportements autodestructeurs (Linehan *et al.*, 2017). Quant à l'efficacité de l'approche TDC, elle est considérée comme une des deux approches de premier plan pour traiter le TUS et le TCA, la première étant la TCC (Corey, 2013; Grilo *et al.*, 2002; Santé Canada, 2002). Les études démontrent une meilleure rétention au traitement, et ce même chez les individus présentant plusieurs comorbidités. En effet, la TDC semble être particulièrement adaptée pour les patients présentant des profils complexes avec diverses comorbidités. L'approche TDC est fréquemment utilisée pour le TUS et les TCA, plus précisément pour la boulimie et le trouble hyperphagique (Linardon *et al.*, 2018; Brown *et al.*, 2020).

L'approche spécifique au genre

L'approche spécifique au genre est complémentaire et utilisée davantage comme un outil permettant d'analyser de façon globale une situation sous l'angle des influences culturelles et sociales, ce qui permet de définir des différences et des spécificités liées au genre selon la problématique (Hansen Rodriguez, 2019., Gamba, 2008). Malgré le fait que la littérature ait démontré qu'il existe régulièrement des différences entre les sexes dans l'étiologie, la pathologie et l'efficacité des traitements des maladies ou des troubles mentaux, toutes les études n'intègrent pas systématiquement le genre comme variable d'analyse (Hansen Rodriguez, 2019). Des analyses stratifiées par genre ne sont pas toujours réalisées, c'est-à-dire que les données ne sont pas examinées séparément pour les hommes et les femmes (Instituts de recherche en santé du Canada, 2016). Conséquemment, plusieurs traitements ne considèrent pas nécessairement les spécificités reliées aux femmes. Cela dit, les motifs de consommation, les sanctions sociales associées à la consommation, les comorbidités présentes, ainsi que les rôles sociaux attendus varient considérablement entre les hommes et les femmes, pouvant influencer la participation des femmes en thérapie, le taux de succès et la rétention au traitement (Hansen Rodriguez, 2019).

À titre d'exemple, la question des responsabilités familiales, encore fortement associées aux femmes, est un facteur dissuadant certaines d'entre elles à demander de l'aide (Couvrette,

2013). Il est établi que les femmes font face à une stigmatisation plus importante lorsqu'elles sont mères et utilisent des substances (Couvrette, 2013). Elles subissent une pression plus grande de leur entourage pour reprendre les responsabilités familiales. Plusieurs craignent aussi de perdre la garde de leurs enfants suite à une demande d'aide (Greenfield *et al.*, 2007; Kail et Elbert, 2002). La sanction sociale est donc plus importante chez les femmes (Greenfield *et al.*, 2007). Certaines études démontrent d'ailleurs que le processus de rétablissement des femmes et la rétention en traitement sont affectés par ces facteurs puisqu'elles demeurent moins longtemps dans les centres de thérapie de même que les taux de réussites de leurs traitements seraient plus faibles (Hansen Rodriguez, 2019).

Selon l'approche spécifique au genre, d'autres éléments fondamentaux doivent être considérés dans l'intervention auprès des femmes : la pression sociétale, les critères de beauté, l'utilisation du corps et de la sexualité comme la valorisation de soi, les relations interpersonnelles, travailler le réseau de soutien en abordant la compétitivité qui existe entre les femmes, les sanctions sociales en lien avec les attentes face aux responsabilités familiales, ainsi que l'estime de soi et la capacité à prendre soin de soi et non uniquement des autres (Hansen Rodriguez, 2019).

De manière similaire, en ce qui concerne les interventions pour les TCA, Ouellet-Courtois (2018) critique les thérapies jugées efficaces (comme la TCC) pour traiter les TCA, soulignant le fait qu'elles ignorent la composante socioculturelle contribuant au trouble. Selon elle, les thérapies devraient se centrer autant sur les aspects individuels que sur les influences sociétales en considérant l'impact des normes sociales et culturelles sur la santé mentale des femmes. Plusieurs autres études soutiennent les mêmes propos, soit que le degré d'adhésion aux valeurs et les idéaux culturels en lien avec l'apparence, véhiculés par les médias occidentaux, seraient un facteur d'influence central à la consommation chez les femmes (Fairburn, 2008; Levine et Murnen, 2009; Lopez-Guimerà *et al.*, 2010). Une approche féministe devrait donc être mise de l'avant dans les interventions abordant les normes de genres oppressives qui encouragent la minceur. L'objectif étant de valoriser la diversité corporelle et de déconstruire certaines croyances internalisées qui maintiennent le trouble et les comportements compensatoires (dont la consommation). L'article

propose des approches globales considérant les rôles traditionnels des femmes, tels que la maternité et les professions, les idéaux de beauté et la pression qui en découle qui affecte le taux de succès thérapeutique (Ouellet-Courtois, 2018). Vu la forte prévalence de comorbidités TUS-TCA chez les femmes, il est donc nécessaire de considérer ces différences dans le plan de traitement.

À l'inverse, la revue de littérature de Greenfield et ses collaborateurs (2007) soutient qu'il n'existe que peu ou pas de différences de genre en regard de l'efficacité des traitements pour le TUS. Les troubles psychiatriques concomitants, les antécédents de violences, la durée du traitement et l'alliance thérapeutique seraient des prédicteurs influençant davantage les résultats des traitements.

Selon ce que nous avons pu voir, il existe un nombre limité d'études qui se sont intéressées aux interventions à préconiser pour les femmes souffrant de ces deux troubles simultanément. Une majorité des centres de réadaptation se spécialisent soit dans l'abus de substances ou dans le traitement des TCA. Il semble également que peu d'intervenants possèdent une formation spécifique permettant d'accompagner les femmes présentant la double problématique (Carbaugh et Sias, 2010; CASA, 2004; Marsh *et al*, 1997). Or, considérant la complexité du portrait que présentent ces femmes, les difficultés liées à l'adhésion et à la rétention au traitement et aux taux de succès plus faibles de ces programmes, il est pertinent de consacrer des efforts supplémentaires pour améliorer les connaissances en ce qui concerne cette double problématique et d'identifier les interventions en fonction des besoins spécifiques de cette population vulnérable.

Dans le contexte où les troubles alimentaires touchent davantage les femmes que les hommes, que les données récentes témoignent d'une augmentation de la prévalence de TUS chez les femmes, que peu de recherches scientifiques se sont penchées sur la double problématique TUS-TCA, cet essai vise répondre à la question suivante : Quelles sont les meilleures pratiques pour soutenir le rétablissement de femmes adultes ayant une double problématique, soit un TUS et un TCA?

Méthode

Une recension des écrits a été effectuée pour rendre compte des recherches récentes sur les meilleures pratiques pour soutenir les femmes souffrant d'une double problématique TUS-TCA (voir Figure 1). La recension permet d'explorer ce qui a été tenté dans le passé et d'identifier les forces et les défis de chacune des interventions en lien avec la problématique cible.

Stratégie de repérage des écrits

Une recherche documentaire a été réalisée en avril 2023 à l'aide des bases de données du site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières via « EBSCO ». Il s'agit de « PsychInfo », « Medline », « SocIndex », « ERIC » (éducation) ou encore « Healthand Psychosocial Instrument », et « Psychology and Behavioral Science Collection ». Des concepts et mots-clés ont été identifiés : (1) Dépendance; (2) Trouble du comportement alimentaire; (3) Intervention (voir Tableau 1). Afin de s'assurer de la pertinence des articles en lien avec la question de recherche, l'opérateur booléen « AND » a été jumelé aux concepts identifiés ci-haut.

Puisque les études sur les interventions en lien avec la double problématique sont peu nombreuses, les mots-clés en lien avec le concept du genre n'ont pas été inclus dans la recension. C'est par la lecture des titres, des résumés, et des articles entiers au besoin qu'il a été possible de s'assurer de la présence d'un échantillon de genre féminin dans chacun des articles retenus. Les filtres : adultes, femmes, langue (français et anglais) et Academic journal et peer reviewed ont été appliqués. Ces mêmes concepts ont aussi été recherchés dans la base de données francophone « Érudit » avec l'application du filtre : articles savants et langue (français). Les doublons ont été retirés à l'aide du logiciel de gestion de références bibliographiques « Endnote ». L'ensemble des articles ont été jugés pertinents ou non selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau 1*Concepts et mots-clés*

Concepts	Dépendance	Trouble de comportements alimentaires	Intervention
Mots-clés français	Troubles liés à l'utilisation de substances Or Toxicomanie Or Dépendance Or Addiction Or Alcoolisme Or abus de substance or abus de drogues	Trouble du comportement alimentaire Or Troubles alimentaires Or Trouble conduites alimentaires or Anorexie Or Boulimie Or Hyperphagie	Intervention Or Stratégies Or Meilleures pratiques Or Pratiques Or Traitement Or Thérapie Or Programme Or Prise en charge Or Soin
Mots-clés anglais	Addiction Or substance abuse or drug abuse or alcohol misuse or alcohol abuse or substance use or substance use disorder	eating disorders or anorexia or bulimia or disordered eating or binge eating disorder or restricted eating	Interventions Or Strategies Or Best practices Or Treatment Or Therapy Or Program Or Management Or care

Critères de sélection

Afin d'orienter la recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués : la population étudiée, la région, la langue, les sujets abordés et le devis. Ainsi, les études étaient incluses si :

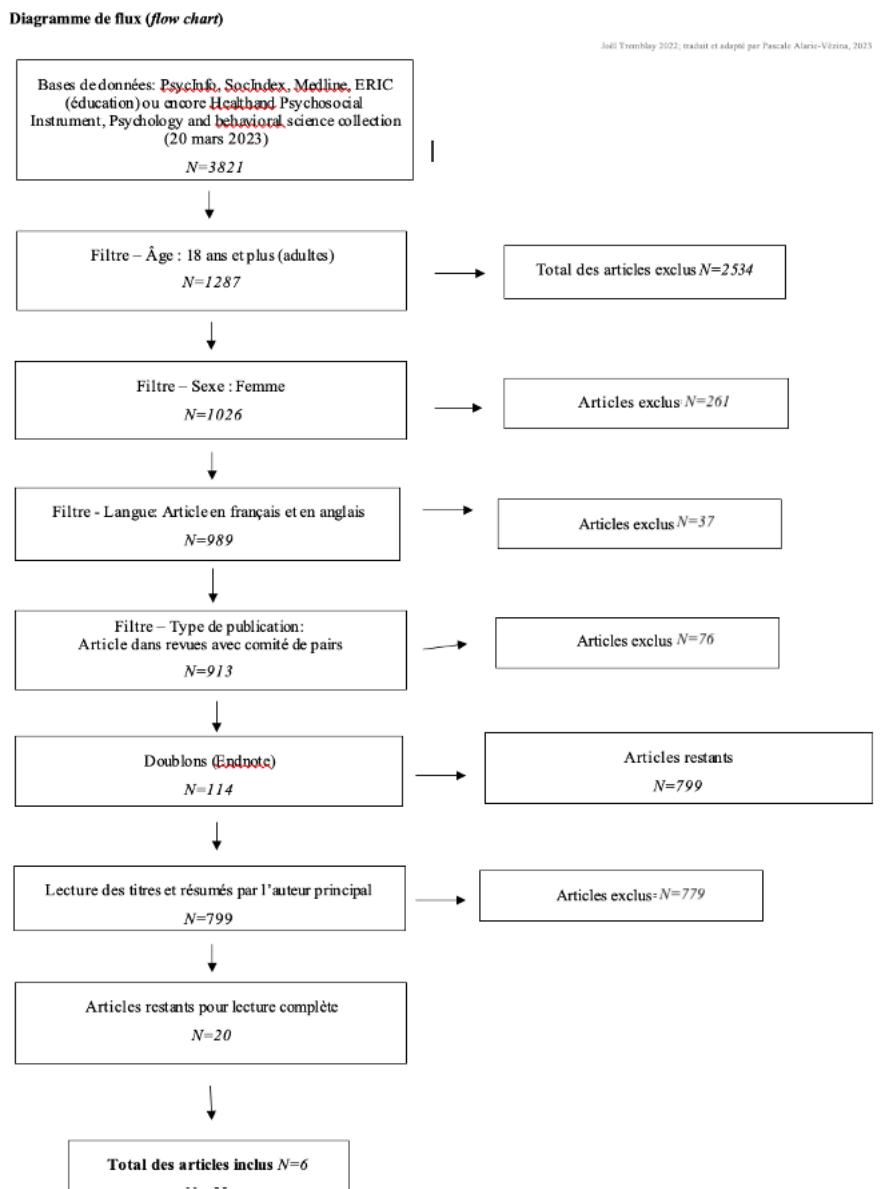
- La population cible était composée d'adultes et plus spécifiquement de femmes adultes;

- La population cible avait une double problématique, soit des symptômes associés à un TUS-TCA, à l'exclusion de la dépendance à la nicotine;
- Elles présentaient une intervention ou un programme pour soutenir les femmes ayant une double problématique;
- Elles étaient menées en Occident, soit en Amérique du Nord, Union européenne, Australie et Nouvelle-Zélande afin d'appliquer les résultats au Canada;
- Elles étaient rédigées en français ou en anglais;
- Elles étaient des revues académiques révisées par les pairs et texte intégral disponible. Elles étaient disponibles en ligne sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- Elles étaient publiées entre 1995 et 2023.

Les études étaient exclues si :

- La population cible était des enfants ou des adolescents;
- La population cible ne présentait aucun symptôme d'une double problématique TUS-TCA;
- Elles présentaient uniquement des résultats/informations en lien avec la prévalence, l'étiologie, toutes autres informations en lien avec la double problématique (et non sur les interventions pour traiter les troubles);
- Les travaux étaient menés dans toutes autres régions que l'Occident;
- Elles étaient rédigées dans une autre langue que le français ou l'anglais;
- Les articles n'étaient pas disponibles en ligne sur le site de la bibliothèque ou les bases de données accessibles par l'Université du Québec à Trois-Rivières;

En cas de doute, une lecture plus approfondie a été effectuée pour valider la présence de ces critères. Une lecture des titres et des résumés a été effectuée. Puis, une lecture attentive des articles retenus à la fin a été réalisée afin d'en extraire les informations pertinentes et les principaux résultats quant aux interventions prometteuses pour les femmes ayant à la fois un TCA et un TUS.

Figure 1*Diagramme de flux*

Résultats

Résultats du processus de recension et description des études retenues

Six articles en anglais traitant des interventions prometteuses auprès de femmes souffrant d'une double problématique (TUS-TCA) ont été recensés. Parmi ceux-ci, quatre utilisaient un devis quantitatif et deux étaient des études de cas. L'article de Carbaugh et Sias (2010) comportait une étude de cas et l'article de Sutherland et ses collaborateurs (1993) comportait trois études de cas. Les études ont été menées aux États-Unis et portaient uniquement sur les femmes, à l'exception de l'étude de Courbasson et ses collaborateurs (2011), qui comptait huit hommes sur un échantillon de 38 personnes. Les échantillons varient entre 24 et 257 individus. Pour l'ensemble des études, les participants sont des adultes de 18 ans et plus. L'exercice effectué dans l'essai présent a permis d'identifier des résultats à la fois quantitatifs et descriptifs. En effet, l'analyse de données a permis de rendre compte de l'efficacité des traitements à travers des données quantitatives, tout en intégrant des observations, telles que des similitudes entre les différents traitements. Cela tient compte de l'objectif de cet essai, qui cherche à identifier les interventions les plus efficaces pour traiter la double problématique TUS-TCA. L'appendice A présente les articles ciblés par cet essai. On y retrouve la référence, le type de devis, l'échantillon, les objectifs et les résultats de chacun des articles. Une attention particulière fut portée à la modalité des interventions et aux concepts abordés étant donné l'intérêt de cet essai (voir appendice B).

Méthodes d'évaluation pré-traitement et outils standardisés

Le Tableau 2 présente les différents instruments et outils utilisés pour mesurer la présence des symptômes associés aux TUS et aux TCA pré et post-traitement.

Les deux études de Courbasson *et al.* (2011, 2012), ainsi que l'étude de Carbaugh et Sias (2010), ont utilisé l'entretien clinique structuré pour les troubles du DSM-IV permettant des observations et l'administration d'outils standardisés. Les deux études de Courbasson *et al.* (2011, 2012) ont aussi évalué l'humeur dépressive.

Tableau 2*Les méthodes d'évaluation pré-traitement et les outils standardisés*

Auteurs	Méthodologie	Outils
Courbasson <i>et al.</i> , (2011).	Entretien clinique basé sur le DSM-IV-TR (SCID-II) et questionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q); • Indice de sévérité de l'addiction (ASI) • Inventaire de dépression de Beck 2^{ème} édition (BDI-II).
Courbasson <i>et al.</i> , (2012).	Entretien clinique basé sur le DSM-IV-TR (SCID-IV) et questionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire d'examen des troubles alimentaires 2^{ème} version (EDE-2); • Inventaire des troubles de l'alimentation (EDI); • Indice de sévérité de l'addiction (ASI); • Questionnaire sur le contrôle de la toxicomanie (DTCQ); • Échelle de l'alimentation émotionnelle (EES); • Échelle de régulation de l'humeur négative (NMRS).
Sugarman <i>et al.</i> , (2020).	Questionnaires d'auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q); • Échelle de Craving; • Test de dépistage de la consommation d'alcool, version abrégée (AUDIT-C); • Test de dépistage des abus de drogues, version abrégée (DAST-10).

Auteurs	Méthodologie	Outils
Lindsay <i>et al.</i> , (2012).	Questionnaires d'auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire des attitudes socioculturelles envers l'apparence, version 3 (SATAG-3); • Questionnaire de la forme corporelle, version abrégée (BSQ-16); • Test des attitudes alimentaires (EAT-26); • Questionnaire des comportements de la santé (HBQ).
Carbaugh et Sias (2010)	Entretien clinique basé sur le DSM-IV-TR	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun, utilisation du jugement professionnel et présence des critères diagnostiques sur les troubles alimentaires et le trouble lié à l'usage de substances
Sutherland <i>et al.</i> (1993)	Évaluation en deux étapes (Questionnaire de repérage, suivi d'un entretien clinique basé sur le DSM-III-R)	<ul style="list-style-type: none"> • Examen médical (prise de sang, prise de poids, test d'urine) • Questionnaire (non-spécifié) pour le dépistage sur les troubles alimentaires et le trouble lié à l'usage de substances

Seule l'étude de Lindsay *et al.* (2012) a introduit un outil évaluant les attitudes socioculturelles envers l'apparence, tandis que celle de Sutherland *et al.* (1993) a évalué le volet bio-psycho-médical, en intégrant un examen médical de base (calcul de l'indice de masse corporel [IMC]), analyses biochimiques sanguines et cultures d'urine) permettant d'identifier la présence de déséquilibres électrolytiques, la présence de cétones dans les urines, des glandes parotides enflées et une érosion de l'émail dentaire.

Types d'approches thérapeutiques

L'ensemble des articles retenus soutiennent l'importance de traiter à la fois les comportements alimentaires désordonnés et la dépendance aux substances (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993). Cinq articles sur six soulignent aussi l'importance de fournir des interventions adaptées aux besoin spécifiques des femmes (Carbaugh et Sias, 2010 ; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020), dont deux qui priorisent une approche sexo-spécifique (Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020). Deux autres approches ressortent particulièrement dans les résultats de l'analyse: l'approche TCC et la TDC, qui comporte de l'enseignement de la pleine conscience et des stratégies issues de la TCC (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020). D'autres auteurs, dont Sutherland et ses collaborateurs (1993) n'adhèrent à aucune approche thérapeutique unique. Ils préconisent donc des interventions intégratives et individualisées en fonction des besoins uniques de chaque individu.

Modalités d'interventions

Les modalités d'intervention sont aussi semblables dans l'ensemble des articles. La modalité de groupe est utilisée dans l'ensemble des études (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011, Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993). Trois études sur six considèrent aussi l'importance d'offrir conjointement de la thérapie individuelle afin de maximiser le rétablissement des femmes souffrant d'un TUS-TCA (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2012; Sutherland *et al.*, 1993). L'article de Carbaugh et Sias (2010) ainsi que celle de Sutherland *et al.* (1993) incluent aussi des séances familiales afin de sensibiliser et d'éduquer les proches face à la problématique.

Rétention en traitement

Une bonne rétention en traitement est observée pour la TDC et la TCC (Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020). Les traitements issus de la TCC de l'étude

de Courbasson *et al.* (2011) et l'étude de Sugarman *et al.* (2020) ont tous deux démontré une forte rétention en traitement, avec respectivement 76.3 % et 88 % des participants ayant complété les mesures post-traitement. La seconde étude de Courbasson et ses collaborateurs (2012) a démontré un taux de rétention supérieur au groupe ayant reçu la TDC (60 %) comparativement au groupe avec le traitement habituel (20 %) (Courbasson *et al.*, 2012). Puis, le traitement *Healthy Steps to Freedom Program* (programme HSF) de l'étude de Lindsay *et al.* (2012) qui s'inspire de l'approche sexo-spécifique a aussi démontré une rétention acceptable au traitement, soit 48 % des femmes ayant achevé le programme.

Efficacité des traitements

Diminution des comportements alimentaires inadéquats

Les études rapportant l'utilisation de la TCC et la TDC démontrent des effets positifs sur les troubles alimentaires des participantes. L'ensemble des articles utilisant la TCC et la TDC indique une réduction significative du nombre d'épisodes d'hyperphagie et des épisodes de purge pré et post-traitement (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012).

L'étude de Courbasson et ses collaborateurs (2012) montre que la TDC entraîne une réduction des inquiétudes reliées au poids et une augmentation des comportements alimentaires sains. Il a aussi été possible de noter une augmentation de la conscience intéroceptive, soit l'augmentation de la sensibilité à ses signaux corporels (sensation de faim, de satiété et les émotions associées) (Courbasson *et al.*, 2012).

De manière similaire, les participants du programme MACBT basé sur la TCC ont montré une diminution des inquiétudes alimentaires et reliées au poids. Les participantes ont diminué leurs comportements de restrictions alimentaires (Courbasson *et al.*, 2011).

Puis, l'étude de Sutherland *et al.* (1993) qui déploie un programme s'inspirant d'une approche intégrative et individualisé en centre hospitalier a aussi démontré une amélioration des comportements alimentaires désordonnés dans les trois études de cas, soit une diminution des

épisodes d'hyperphagie et de purge, ainsi qu'une meilleure compréhension face à leurs enjeux alimentaires. Les trois patientes des études de cas démontrent aussi une meilleure compréhension du rôle de la nourriture dans leur vie et des distorsions cognitives liées à la nourriture et leurs corps. Pour sa part, la deuxième patiente, montre aussi une diminution des comportements compensatoires (exercices physiques, usage de laxatifs, restrictions alimentaires).

L'étude de Lindsay *et al.* (2012) qui a déployé le programme HSF qui utilise l'approche centrée sur le genre a aussi démontré une diminution des comportements alimentaires désordonnés, soit une réduction de la fréquence des épisodes boulimiques, d'hyperphagie et de purge. Des données sur la prise de poids lors de la thérapie ont aussi été relevées. Une prise de poids significative a été démontrée chez les participantes entre l'arrêt de la consommation et la fin du programme. Bien que les préoccupations liées à la prise de poids soient toujours présentes entre le début et la fin du traitement, la crainte que la prise de poids déclenche une rechute (environ 50 % à 34 %), ainsi que l'inquiétude de faire l'usage de drogues à des fins de perte de poids une fois le programme terminé a diminué significativement (environ 33 % à 18 %). L'étude n'interprète pas l'implication de la prise de poids sur la santé physique. Toutefois, elle souligne que la prise de poids observée pourrait être liée à une alimentation plus équilibrée et un mode de vie sain, en sachant que la consommation peut avoir un impact sur les habitudes alimentaires. Les résultats du programme HSF ont aussi démontré une diminution de la focalisation des participantes sur un idéal de minceur spécifique, ainsi qu'une diminution de l'insatisfaction corporelle. Puis, une augmentation des connaissances concernant la santé et la nutrition est notée chez les participantes, ainsi qu'une augmentation des comportements de santé (consommation d'aliments sains, d'activités physiques).

Amélioration de la régulation émotionnelle

La TCC et la TDC ont toutes deux démontré une amélioration de la gestion des émotions. Les participants ayant bénéficié d'un traitement issu d'une de ces approches ont rapporté avoir une meilleure capacité à faire face aux émotions négatives et à les réguler (Courbasson *et al.*, 2012), ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs et somatiques (Courbasson *et al.*, 2011).

L'étude de Carbaugh et Sias (2010) qui intègre les deux approches (TCC et TDC) a aussi obtenu des résultats similaires. La participante de l'étude de cas a montré avoir développé un discours interne plus positif et un registre de moyens pour faire face aux émotions négatives.

De manière similaire, l'étude de Sutherland *et al.* (1993) qui a déployé un programme issu de l'approche intégrative et individualisée a aussi démontré une amélioration de la gestion des émotions et une réduction de la détresse émotionnelle chez les trois participantes des études de cas. Plus précisément, les femmes ont acquis des stratégies d'apaisement, ont appris à identifier leurs émotions, à les exprimer sainement et à reconnaître les déclencheurs de leur environnement et leurs impacts.

Les deux études adoptant une approche centrée sur le genre n'ont pas démontré de résultats en lien avec la régulation émotionnelle (Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020).

Résultats en lien avec la consommation

La TCC et la TDC ont eu des impacts significatifs sur la consommation des participantes. Elles ont permis de réduire la sévérité de la dépendance dans l'ensemble des études utilisant la TCC, la TDC ou les deux simultanément (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012).

À la suite du programme MACBT basé sur l'approche TCC et la pleine conscience, les participants de l'étude de Courbasson et ses collaborateurs (2011) ont obtenu des résultats significativement plus faibles en lien avec la consommation de drogues et à l'alcool.

Les participantes de l'étude de Courbasson *et al.* (2012) qui ont suivi un traitement issu de la TDC ont montré une diminution de la consommation de drogues, ainsi qu'une amélioration de leur capacité à maintenir l'abstinence. Aucun résultat significatif n'a été noté pour la consommation d'alcool (Courbasson *et al.*, 2012).

Une participante qui s'est vu administrer des interventions provenant à la fois des approches TCC et TDC a réduit significativement sa consommation. Celle-ci n'a eu qu'une seule rechute d'alcool pendant son traitement de 10 semaines, alors qu'auparavant elle consommait tous les jours du jeudi au dimanche.

Quant à l'étude de Sugarman et ses collaborateurs (2020), qui utilise une approche TCC et sexo-spécifique, celle-ci ne permettait pas d'évaluer la consommation des femmes au moment de l'étude étant donné qu'elles se trouvaient en traitement résidentiel (environnement contrôlé sans consommation). Cependant, les envies de consommation de substances ont diminué post-traitement. Plus précisément, l'envie rétrospective de consommer dans un environnement où elles consommaient habituellement des substances a diminué de manière significative. L'envie actuelle et la probabilité de consommer des substances ont aussi diminué entre l'inscription et la fin du traitement, mais pas de manière significative.

L'étude de Lindsay *et al.* (2012) qui déploie un programme basé sur l'approche sexo-spécifique ne permet pas d'obtenir de résultats concernant la consommation des participantes après le traitement, puisque les données sur la consommation des drogues ne sont disponibles que pour la période précédant la participation au programme.

Ensuite, l'étude de Sutherland *et al.* (1993), qui utilise une approche intégrative et individualisée, présente également des résultats positifs quant à la consommation, ainsi qu'au maintien de l'abstinence suivant le traitement dans deux des trois études de cas. Suivant leur sortie de l'hôpital, les résultats montrent que la première femme est restée abstinente d'alcool et de drogues pendant deux ans, alors que la seconde a maintenu son abstinence pendant un an et demi. La troisième femme a montré des améliorations, mais a eu des rechutes intermittentes.

Thèmes similaires abordés dans les différents traitements

Les thèmes communs recensés dans l'ensemble des articles sont la gestion des émotions, l'identification des distorsions cognitives menant à des comportements autodestructeurs,

l'identification des facteurs de stress influençant la consommation et les comportements alimentaires inadéquats, la tolérance à la détresse, ainsi que l'identification du cycle de la dépendance. Un volet éducatif portant sur les émotions, l'interrelation entre les deux troubles, les symptômes associés à chacun des troubles et les risques pour la santé constitue aussi un aspect central dans l'ensemble des articles (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012, Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993).

Comme mentionné précédemment, l'étude de Carbaugh et Sias (2010) ainsi que celle de Sutherland *et al.* (1993) offrent aussi une thérapie familiale. Les deux thérapies familiales comportent un volet psychoéducatif et abordent des moyens pour soutenir leurs proches.

Quatre articles sur six abordaient aussi des thèmes centrés sur la santé physique comme la nutrition, les calories, le métabolisme chez la femme, le poids et l'activité physique (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Lindsay *et al.*, 2012; Sutherland *et al.*, 1993).

Puis, seules les études de Carbaugh et Sias (2010) et de Courbasson *et al.* (2012) comportent du contenu en lien avec le développement des compétences en communication.

Résultats en lien avec les outils d'intervention

L'analyse des différents articles a permis de constater que plusieurs des outils déployés dans les protocoles des différentes études utilisant la TCC ou la TDC sont les mêmes (voir : formulaires/journaux d'auto-observation de la consommation et des pensées et comportements alimentaires, exercices de pleine conscience pour prévenir les rechutes, exercices visant l'exploration des alternatives à la consommation (stratégies de coping) (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012). Ceci témoigne d'une uniformité dans l'utilisation des outils et un protocole commun et établis dans l'application de la TCC et/ou de la TCC et de la TDC.

Satisfaction des participantes

Une seule étude a évalué la satisfaction des participantes suite au programme *Women's recovery Group*, basé sur l'approche sexo-spécifique (Sugarman *et al.*, 2020). Or, il est intéressant de constater que les participantes, âgées de 18 ans ou plus, ont jugé pertinentes les thématiques liées à la gestion de l'humeur et de l'anxiété, la gestion des déclencheurs et des situations à haut risque, l'importance d'avoir un traitement à la fois sur les TCA et le TUS, ainsi que les effets des drogues et de l'alcool sur la santé des femmes. L'étude a également évalué les sujets sur lesquels les participantes auraient aimé obtenir plus d'informations. Les TCA concomitants, l'estime de soi, l'image de soi, les émotions de la honte et de la culpabilité et l'ambivalence, ainsi que le maintien de la sobriété pendant les études universitaires a tous les thèmes eu été identifiés par les participantes (Sugarman, 2020).

Discussion

Cet essai avait pour objectif d'identifier les meilleures pratiques pour traiter les femmes souffrant à la fois d'un TUS et d'un TCA. Il semble que le présent sujet soit encore peu documenté dans la littérature (Bonfà *et al.*, 2008; Greenfield *et al.*, 2007; Norris *et al.*, 2021; Sysko et Hildebrandt, 2009; Warren *et al.*, 2013). Alors que de nombreuses études documentent la prévalence et l'étiologie des deux troubles, la recension des écrits scientifiques a démontré que peu abordent les interventions probantes. Cela s'explique par le fait que les pratiques contemporaines sur la double problématique TUS-TCA, bien que prometteuses, soient nouvelles.

L'importance du dépistage dès l'arrivée des individus en centre de thérapie pour un TUS

Un TCA non reconnu peut nuire au rétablissement du TUS et venir en exacerber les symptômes (Norris *et al.*, 2021). Vu la forte prévalence des comorbidités, il s'avère donc essentiel pour les professionnels d'identifier la présence conjointe des symptômes afin d'assurer le déploiement d'un traitement efficace. Ainsi, les résultats de cet essai soutiennent l'importance du repérage comme première étape d'une intervention, qui consiste à dépister la présence de possibles troubles de santé mentale présents chez les personnes traitées pour un TUS, dont les TCA (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993). En effet, comme le mentionnent Norris *et al.* (2021), les symptômes d'un TCA passent souvent inaperçus lorsqu'une personne entame un traitement de la dépendance. Bien que les outils utilisés dans les études retenues dans la présente revue de littérature varient, il va sans dire que l'évaluation de la situation de la femme, via l'utilisation de différents protocoles, permet d'évaluer la présence ou non de symptômes et ainsi bien orienter les différentes composantes d'un traitement intégré. À l'instar de Courbasson et ses collaborateurs (2011, 2012), l'utilisation d'outils de mesures complémentaires est à privilégier. Ainsi, une combinaison d'observations, d'outils standardisés et d'entretiens cliniques permet d'obtenir un portrait juste de la situation et ainsi mieux aider la personne en fonction de ses besoins. Cette posture d'évaluation psychométrique et clinique rigoureuse soutien les intervenants dans l'exercice de leur jugement clinique tout en assurant une évaluation holistique des femmes.

De manière spécifique, la régulation émotionnelle et les affects dépressifs devraient aussi être dépistés, considérant leurs possibles étiologies partagées et causales. En effet, comme mentionné précédemment, le TUS et les TCA sont plus probables chez les individus ayant des difficultés concernant la gestion émotionnelle, de l'anxiété et une faible estime de soi (CASA, 2004; Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Warren *et al.*, 2013). Les affects dépressifs ou les enjeux de personnalités ont d'ailleurs été identifiés comme des facteurs pouvant exacerber les symptômes des TCA et la consommation de substance (Courbasson *et al.*, 2011; Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Les professionnels des établissements doivent donc être formés adéquatement afin de dépister la présence de ces comorbidités et de fournir les soins appropriés (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Autrement, ce manque de connaissances pourrait interférer avec le processus de rétablissement, menant à une réhabilitation partielle (Carbaugh et Sias, 2010; Norris *et al.*, 2021). Une surveillance des comportements alimentaires désordonnés devrait aussi se maintenir tout au long du traitement considérant que certaines femmes qui n'avaient pas nécessairement de préoccupations liées à l'alimentation ou à l'image de soi peuvent développer des inquiétudes en cours de traitement (Bonfa, 2008; Norris *et al.*, 2021; Warren *et al.*, 2013; Wiss, 2018). Les observations à cet égard sont donc à privilégier.

Les approches d'intervention

Les principaux résultats mettent en évidence trois modèles d'intervention centraux, soit la TCC, la TDC et l'approche spécifique au genre (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020).

L'approche cognitivo-comportementale et l'approche dialectique comportementale

Les résultats montrent que la TCC est l'approche la plus largement utilisée dans les études traitant la double problématique, tout comme la TDC qui est utilisée conjointement à la TCC (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012, Sugarman *et al.*, 2020). Ce constat n'est pas surprenant considérant la littérature existante sur le sujet qui soutient l'efficacité des deux approches auprès des deux troubles séparément (Fairburn, 2008; McHugh *et al.*, 2010; Norris *et al.*, 2021). En effet, les résultats de la recension des études scientifiques de cet

essai en ce qui concerne la TCC et la TDC sont positifs quant à la rétention au traitement, la réduction des comportements alimentaires inadéquats et la réduction de la sévérité de la dépendance.

Ces approches se sont aussi avérées efficaces pour réduire les aspects cognitifs associés aux TCA et au TUS, soit en améliorant la gestion des émotions, la flexibilité cognitive, en modifiant certaines croyances, et travaillant sur la perception de soi. Il est possible de croire que ces approches ont pu avoir des résultats positifs considérant qu'elles abordent directement les interrelations fonctionnelles, soit le lien dynamique entre une émotion, une pensée, un comportement et sa fonction (Monthuy-Blanc et Blier, 2014).

Par exemple, plutôt que d'intervenir directement sur le symptôme et d'adopter un discours moralisateur, l'intervenant peut soutenir l'individu dans l'identification de la séquence émotionnelle menant au comportement problématique, tout en repérant les pensées automatiques associées (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). En relevant les moments, les raisons et les émotions précédant le comportement problématique, il est possible de comprendre sa fonction et les besoins non-satisfait qu'il tente de combler. Cela permet éventuellement de trouver des solutions alternatives aux comportements pathogènes. En d'autres mots, identifier la dynamique de maintien de la concomitance semble une avenue prometteuse dans le traitement de ces deux troubles (TUS-TCA).

Plus particulièrement, la TDC peut se révéler efficace dans plusieurs cas, considérant qu'elle intervient principalement sur la régulation émotionnelle, un aspect important dans les TUS et les TCA, où l'impulsivité est un trait commun (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2012; Grilo *et al.*, 2002; Sysko et Hildebrandt, 2009). La TDC aide donc les individus à identifier, comprendre et gérer leurs émotions sans avoir recours à des comportements destructeurs, comme les crises de frénésies alimentaires ou la consommation de substances. Elle intervient donc au-delà des symptômes, en abordant la vulnérabilité émotionnelle et la tolérance à la détresse qui ont tous

deux des rôles déterminants dans le traitement des TUS et du TCA (Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Sysko et Hildebrandt, 2009).

Les difficultés émotionnelles des femmes souffrant à la fois d'un TUS et d'un TCA peuvent aussi découler d'un environnement invalidant ou d'un vécu marqué par des traumatismes (Barlow, 2021; CASA, 2004). Dans la TDC, le professionnel mise sur la validation par l'écoute, en ne remettant pas en cause le discours de la personne. C'est ce que l'on appelle la posture dialectique (Linehan *et al.*, 2017).

De nombreuses femmes souffrant de cette double problématique (TUS-TCA) présentent des antécédents de violence et portent un bagage émotionnel important (Caslini *et al.*, 2016; Madowitz *et al.*, 2015; Molendijk *et al.*, 2017). Il est donc primordial qu'elles se sentent comprises et entendues par les professionnels qui interviennent auprès d'elles, afin de limiter les résistances au traitement (Hansen Rodriguez, 2019). Les résultats significatifs en lien avec l'approche TDC laisse donc croire que l'alliance thérapeutique joue un rôle clé dans la rétention des patients au traitement (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2012), ce qui est conforme à la littérature (Beck, 2020; Linehan *et al.*, 2017).

L'approche spécifique au genre

Dans une même lignée, l'approche spécifique au genre préconise également de considérer les besoins des femmes par les différences biologiques, sociales et culturelles dans l'adaptation des traitements (Hansen Rodriguez, 2019; Ouellet-Courtois, 2018). Bien qu'il y ait moins d'études qui se soient penchées sur l'efficacité de l'approche spécifique au genre, les résultats existants suggèrent une avenue prometteuse. Comme indiqué précédemment, l'approche spécifique au genre s'intègre facilement à d'autres approches, telles la TCC ou la TDC. L'adoption d'une perspective de genre apporterait une lunette différente et permettrait d'orienter les interventions selon les besoins spécifiques des femmes. Par exemple, elle facilite la prise en compte des facteurs de risques et de maintien, interagissant avec l'adhésion au traitement des femmes. Parmi ces facteurs on retrouve les antécédents de violence, les sanctions sociales potentielles liées à l'admission en

traitement, et les pressions sociétales en lien avec les normes de beauté (Greenfiled *et al.*, 2007; Hansen Rodriguez, 2019; Ouellet-Courtois, 2018). Ces éléments peuvent avoir une influence sur le risque de rechute, d'où la pertinence d'incorporer l'approche spécifique au genre (Hansen Rodriguez, 2019; Ouellet-Courtois, 2018).

Dans ce contexte, la validation expérientielle est donc essentielle, puisqu'elle permet de reconnaître les expériences vécues par de nombreuses femmes, ce qui inclut des traumatismes, des abus ou de la stigmatisation sociale. Une compréhension réelle et approfondie du thérapeute quant au vécu de ces femmes s'avère donc essentielle pour renforcer la relation thérapeutique (Hansen Rodriguez, 2019). L'alliance thérapeutique constitue alors un levier d'intervention central, car elle crée un cadre sécurisant et de confiance, ce qui favorise l'engagement au traitement et optimise l'efficacité de celui-ci (Beck, 2020; Linehan *et al.*, 2017).

En somme, la TCC, la TDC et l'approche spécifique au genre ont en commun qu'elles s'adressent aux enjeux prédisposant aux deux problématiques en ciblant la diminution de l'impulsivité, l'amélioration de la régulation émotionnelle et le développement de stratégies adaptatives positives (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Grilo *et al.*, 2002; Lindsay *et al.*, 2012). Les trois approches agissent donc sur les mécanismes sous-jacents aux troubles, plutôt que de se limiter aux symptômes visibles, tels que la consommation, les épisodes de purges ou encore la restriction alimentaire. En travaillant sur les processus plus profonds et ancrés, tout en considérant l'environnement, une diminution progressive des symptômes est observée (Monthuy-Blanc et Blier, 2014). Il est possible de supposer que l'adaptation des traitements aux besoins de ces femmes souffrant d'une double problématique TUS-TCA favoriserait un changement plus durable.

Modalités des traitements

Le groupe

Les résultats de l'analyse des études recensées sont également intéressants quant aux modalités de traitements. En effet, l'ensemble des études suggèrent des interventions de groupe

(Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993). Il est possible de croire que le groupe est une modalité qui permet de briser l'isolement chez les femmes, permettant un soutien mutuel entre les membres. Comme mentionné précédemment, la honte et la culpabilité sont des éléments centraux chez les femmes souffrant d'un TUS et/ou d'un TCA (Hayaki *et al.*, 2002; Killeen, 2011). Ces dernières peuvent avoir l'impression de ne pas répondre adéquatement à leur rôle social (stigmatisation plus importante en lien avec les normes de genre, tels que le rôle de mère, le rôle de soignante, les responsabilités familiales, les standards de beauté) (Hansen Rodriguez, 2019). Le fait d'entreprendre une démarche thérapeutique de groupe avec d'autres femmes traversant des défis similaires pourrait donc contribuer à diminuer la stigmatisation et augmenter la bienveillance envers soi (Turcotte et Lindsay, 2019).

Par le fait même, le groupe peut aussi aider au développement les compétences sociales comme la communication, le respect, l'empathie et la résolution de conflits. Le groupe permet aussi d'appliquer les techniques de résistance à la pression et à l'influence des pairs, par des jeux de rôles, une intervention qui est plus difficile en suivi individuel (Monthuy-Blanc et Blier, 2014; Turcotte et Lindsay, 2019).

Dans une même lignée, ces interactions sociales permettraient d'augmenter le sentiment d'appartenance au groupe et possiblement de renforcer l'engagement des membres, un point important chez ce type de clientèle où la rétention au traitement est souvent plus faible (Lindsay *et al.*, 2012; Turcotte et Lindsay, 2019). Le groupe pourrait également offrir un espace pour explorer les influences sociétales et leur impact sur les deux troubles. Des thématiques relatives aux rôles traditionnels des femmes pourraient y être abordés. Les discussions qui en découlent permettraient d'adopter un discours plus nuancé, de valoriser la diversité corporelle grâce aux échanges et au soutien entre femmes.

La thérapie individuelle

Certaines études préconisent aussi une thérapie individuelle conjointement au groupe (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2012; Sutherland *et al.*, 1993). Il est possible d'envisager qu'une thérapie individuelle permettrait d'aborder davantage les causes sous-jacentes à la consommation et aux comportements alimentaires inadéquats. Autrement dit, la thérapie individuelle peut aborder plus en profondeur certaines spécificités du vécu d'une personne, en faisant des liens avec son historique familial, ses schémas cognitifs, ses croyances fondamentales, ses traumatismes, etc. C'est donc un atout pertinent pour ce type de clientèle qui a, pour une grande majorité, un bagage émotionnel important (Barlow, 2021).

Les séances familiales

Puis, deux des études (Carbaugh et Sias, 2010; Sutherland *et al.*, 1993) incluent des séances familiales visant à éduquer et sensibiliser les membres de la famille aux problématiques vécues par leur proche. Il est possible d'émettre l'hypothèse que l'intégration systématique de cette modalité d'intervention serait particulièrement pertinente dans le traitement des femmes souffrant d'une double problématique TUS-TCA, en raison de la culpabilité ressentie face aux attentes socioculturelles (rôle de la femme, responsabilités familiales, etc.). Sachant que le manque de soutien familial constitue un facteur d'influence dans l'abandon des traitements chez les femmes, il serait pertinent d'inclure les proches (Greenfield *et al.*, 2007; Hansen Rodriguez, 2019; Ouellet-Courtois, 2018). En étant mieux sensibilisées et outillées face à la problématique, les familles pourraient offrir un soutien plus adapté. Conséquemment, la compréhension des troubles, l'implication et le soutien des familles pourraient ainsi jouer un rôle déterminant dans le maintien des femmes au traitement et dans l'efficacité de ce dernier au long terme (Carbaugh et Sias, 2010; Greenfield *et al.*, 2007; Sutherland *et al.*, 1993).

Thématiques incontournables

La recension permet aussi de dégager certaines composantes communes quant aux thèmes abordés dans le traitement des TUS-TCA. Il n'est pas surprenant de voir l'intégration d'interventions éducatives, considérant les facteurs explicatifs commun de la concomitance. Parmi

les interventions éducatives se trouve le cycle de maintien des comportements, leurs conséquences sur les différentes sphères de la vie, ainsi que l'enseignement de stratégies adaptatives (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993).

Quatre articles sur six abordaient aussi des thèmes centrés sur la santé physique comme la nutrition, les calories, le métabolisme chez la femme, le poids et l'activité physique (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Lindsay *et al.*, 2012; Sutherland *et al.*, 1993). Ces thèmes sont peu abordés dans les centres de traitement de la dépendance, alors que la littérature mentionne que de plus en plus de femmes déclarent consommer des drogues à des fins de pertes de poids (Brecht *et al.*, 2004; Ganson *et al.*, 2021; Greenfield *et al.*, 2007; Joe, 1994; Joe, 1996; Parkes *et al.*, 2008). Dans une même lignée, les résultats de l'étude de Lindsay et ses collaborateurs (2012) démontrent que la crainte d'une rechute due à une prise de poids et l'inquiétude de faire l'usage de drogues à des fins de perte de poids une fois le programme terminé restent présentes chez les femmes. Ces résultats sous-tendent l'importance d'introduire des interventions nutritionnelles comme cibles d'intervention principales, dès le début du traitement pour les femmes souffrant à la fois d'un TUS et d'un TCA (Monthuy-Blanc et Blier, 2014).

Au-delà des préoccupations en lien avec l'image corporelle, la littérature fait aussi mention du rôle essentiel des micronutriments dans la régulation de l'humeur. L'introduction d'interventions ciblant la sensibilisation à une alimentation équilibrée serait donc aussi bénéfique à cet effet (Jeynes et Gibson, 2017; Tolliver et Anton, 2015).

Une problématique sociale?

Au-delà des interventions probantes concernant les femmes souffrant à la fois d'un TUS et d'un TCA, il importe d'adopter une perspective macrosociologique. L'ensemble des articles souligne le manque de recherche sur le sujet, en suggérant que les femmes sont une population sous-représentée dans les études liées à la dépendance (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Greenfield *et al.*, 2007; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020;

Sutherland *et al.*, 1993). Le manque de connaissances sur le sujet relève donc de facteurs culturels et structurels, qui reposent sur une conception homogène des hommes et des femmes en ne différenciant pas leurs spécificités et les besoins uniques. Bien que ce soit de moins en moins le cas, l'homme est encore parfois considéré comme le sujet neutre en recherche, apportant une pénalisation sociale supplémentaire aux femmes (Greenfield *et al.*, 2007).

Les normes de beauté et la glorification de la minceur visant majoritairement les femmes dans la culture occidentale sont aussi des facteurs pouvant contribuer à la problématique et les maintenir dans leurs enjeux de consommation et de conduites alimentaires malsaines (Ouellet-Courtois, 2018). L'influence de ces facteurs sur les femmes qui présentent un TUS-TCA devrait donc être davantage étudiée.

Ainsi, des changements systémiques sont nécessaires pour que la science développe des connaissances qui tiennent compte des besoins spécifiques des femmes et de la façon dont les différentes pressions sociales associées aux rôles de genre interagissent avec la problématique TUS-TCA. En d'autres mots, certaines interventions à prioriser, au-delà des interventions directes auprès de la clientèle, seraient celles agissant sur les déterminants sociaux et scientifiques. Ainsi, l'intégration de la perspective du genre devrait être une priorité autant au niveau de la recherche, de la prévention auprès de la population, de la formation des intervenants et des professionnels, ainsi que dans les soins (Hansen Rodriguez, 2019).

Apport de la psychoéducation et recommandations

La rédaction de cet essai et les résultats obtenus impliquent des retombées cliniques importantes pour la pratique du psychoéducateur. Il est aussi possible d'émettre des orientations pour les interventions futures, en considérant l'apport de la psychoéducation dans le traitement des TUS-TCA.

D'abord, parmi les approches principales utilisées en psychoéducation, on y retrouve l'approche écosystémique (Maïano *et al.*, 2020). Cette approche mise sur la compréhension de la

situation adaptative de la personne, en considérant les différents systèmes dans lesquels elle évolue (Maïano *et al.*, 2020). Ainsi, l'approche écosystémique se distingue par une vision holistique de la personne, soit en considérant l'ensemble des interactions et des composantes d'une personne en relation avec les différentes sphères de sa vie (Paquette *et al.*, 2018). À cet effet, l'ensemble des études rapportent l'importance de considérer la personne dans son ensemble, plutôt que de façon compartimentée (Carbaugh et Sias, 2010; Courbasson *et al.*, 2011; Courbasson *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Sugarman *et al.*, 2020; Sutherland *et al.*, 1993). L'article de Carbaugh et Sias (2010) mentionne même que l'approche holistique est « la plus grande force des traitements concomitants ». La psychoéducation semble donc une profession adaptée aux traitements de la double problématique TUS-TCA. En effet, le psychoéducateur considère les différentes sphères d'un individu en interaction avec son environnement, c'est-à-dire qu'il tient compte des multiples facettes de l'individu, ses antécédents, son contexte social et familial, pouvant influencer son adaptation. Les interventions probantes devraient donc cibler le potentiel adaptatif de l'individu et son potentiel expérientiel, tout en considérant les balises sociétales, afin de favoriser la mobilisation des femmes et ainsi viser une réhabilitation complète. De plus, l'utilisation de l'approche systémique peut soutenir l'intervention du psychoéducateur puisqu'elle permet d'intégrer les acteurs gravitant autour de la personne aidée, ce qui apparaît un facteur important à aborder et à inclure dans une perspective de traitement spécifique au genre. En effet, le manque de soutien familial et la pression des responsabilités familiales dû aux rôles sociaux de la femme sont des éléments d'influence importants à la rétention au traitement (Greenfield *et al.*, 2007; Hansen Rodriguez, 2019; Ouellet-Courtois, 2018). En intégrant les membres de la famille, il est possible d'assouplir certaines croyances pouvant freiner le processus de rétablissement, tout en renforçant le réseau de soutien. Dans une perspective au long terme, l'implication des membres de l'entourage contribue également à créer un environnement propice au changement durable et au maintien des acquis en thérapie. Comme mentionné préalablement, il existe très peu d'informations sur les femmes souffrant à la fois d'un TUS-TCA (Bonfà *et al.*, 2008; Norris *et al.*, 2021; Sysko et Hildebrandt, 2009; Warren *et al.*, 2013). La vision holistique, ainsi que les valeurs d'éducation et d'innovation du psychoéducateur sont donc favorables à l'avancée et au déploiement des meilleures pratiques.

Outre l'accompagnement direct auprès des individus, le psychoéducateur peut aussi agir en rôle-conseil auprès des intervenants du milieu (Daigle *et al.*, 2021). Celui-ci peut donc s'assurer du transfert des connaissances par souci d'amélioration continue en mettant l'accent sur des interventions ciblant simultanément la dépendance et les TCA. Finalement, le psychoéducateur ne peut émettre de diagnostic, un acte qui est réservé aux psychiatres, psychologues et à certaines infirmières cliniciennes spécialisées (Office des professions du Québec, 2025). Cependant, il joue un rôle important dans le dépistage des troubles de santé mentale. Comme mentionné précédemment, une évaluation initiale de l'état physique et mental de la personne s'avère une première étape au traitement de la double problématique TUS-TCA. Des entretiens d'admission, avec des questions directes et ciblées, permettraient d'évaluer les symptômes associés avec un possible TCA, facilitant l'orientation des individus vers le traitement approprié. Conséquemment, cela augmenterait potentiellement la rétention au traitement ainsi que le taux de réussite des personnes. Le vécu partagé en centre de thérapie et l'observation prennent alors tout leur sens. Ce sont deux opérations professionnelles qui s'avèrent particulièrement utiles dans le contexte de la double problématique TUS-TCA. Le vécu partagé permet d'accéder à une diversité de comportements qui ne sont pas observables dans un cadre plus formel, comme dans un bureau. Par ailleurs, comme mentionné précédemment, la surveillance des comportements alimentaires désordonnés est aussi recommandée, puisqu'elle permet de détecter une réapparition ou une exacerbation des symptômes tout au long du traitement en dépendance. L'ensemble de ces recommandations sont en cohérences avec les résultats des études présentes dans l'essai.

Forces et limites de l'essai

Bien que les résultats de cet essai aient permis d'établir des pistes d'intervention en vue d'un traitement approprié pour ce type de clientèle, la recension comprend plusieurs limites.

Tout d'abord, comme mentionné précédemment, le nombre d'études empiriques disponibles est limité, ce qui restreint la portée des résultats obtenus (Bonfà *et al.*, 2008, Carbaugh et Sias, 2010; Norris *et al.*, 2021; Sutherland *et al.*, 1993; Sysko et Hildebrandt, 2009; Warren *et*

al., 2013). Seule l'étude de Courbasson et ses collaborateurs (2012) incluait à la fois un groupe témoin et un groupe contrôle. Cependant, pour des raisons éthiques, l'étude a dû être interrompue lorsqu'une aggravation des symptômes fut notée chez les participants du groupe témoin, qui ne recevaient pas le traitement étudié. Bien que le groupe expérimental ait poursuivi le traitement, les résultats n'ont pas pu être comparés avec un groupe témoin, limitant ainsi l'interprétation des effets du traitement, comparativement au traitement usuel. L'absence de groupe témoins dans les autres études recensées dans le cadre de cet essai rend également difficile d'évaluer de la spécificité des effets des traitements.

En revanche, une force de l'étude de Courbasson et ses collaborateurs (2012) est la présence d'un suivi post-traitement, ce qui a permis d'obtenir des données sur l'efficacité du programme allant jusqu'à six mois après la fin du traitement. Cette période de suivi est un élément important, puisqu'elle permet d'évaluer la durabilité des effets du traitement. Similairement pour les études de cas de l'article de Sutherland et ses collaborateurs (1993), qui ont assuré un suivi post-traitement jusqu'à deux ans suivant leur participation au traitement. En revanche, ces suivis prolongés ne permettent pas toujours de déterminer si les effets observés au long terme sont attribuables au traitement en soi ou à d'autres influences extérieures.

Puis, un dernier constat concernant les limites est par rapport aux travaux de Sutherland et ses collaborateurs (1993), qui datent de plusieurs années. Ils ont été conduits alors que les critères diagnostiques des différents troubles étaient différents. Ces critères ont évolué au fil des éditions du DSM. Les avancées théoriques et cliniques ayant considérablement progressé depuis, les résultats peuvent désormais être potentiellement moins à jour, voire obsolètes.

Cela dit, la prévalence de la double problématique TUS-TCA et les limites actuelles en regard de l'offre de traitement témoignent de la nécessité de mener davantage d'études utilisant des essais contrôlés randomisés avec un suivi post-traitement. Ces études portant sur les effets de différents traitements permettraient de contribuer à l'élaboration de traitements efficaces, validés et adaptés à cette population. Le fait qu'il existe encore à ce jour des divergences à savoir si le

traitement des deux problématiques doit être offert de manière séquencée ou intégrée, milite en faveur du développement de protocoles de recherche qui permettraient de cibler les ingrédients actifs des programmes et de statuer sur les interventions de première ligne selon le degré et la gravité des troubles présents. Il serait également pertinent d'approfondir l'intégration de traitements pharmacologiques. Les préoccupations en lien avec la prise de poids dans les traitements de la dépendance, comme facteur potentiel à la rechute, devraient aussi être davantage étudiées afin de statuer sur l'ampleur de son influence. Cela dit, la forte prévalence et la complexité de la concomitance de ces deux troubles soulèvent l'urgence de poursuivre les recherches sur ce sujet.

Conclusion

La réalisation de cet essai a permis de documenter plusieurs informations pertinentes sur les meilleures pratiques en lien avec les femmes souffrant d'une double problématique TUS-TCA, ainsi que des pistes d'intervention pour des études futures. Bien que les études présentent plusieurs limites, l'ensemble de celles-ci suggèrent d'évaluer, préalablement au traitement, la présence des symptômes liés à un TCA et à un TUS, afin d'adapter les interventions en fonction des besoins des femmes. Par la suite, les interventions devraient considérer la réalité des femmes dans leur ensemble et aborder directement les interrelations fonctionnelles entre les deux troubles, soit en abordant la gestion des symptômes sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental. L'exercice réalisé dans le cadre de cet essai permet d'identifier la TCC et la TDC comme étant deux bonnes options pour le traitement de concomitance d'un TUS et d'un TCA. L'alliance thérapeutique serait aussi primordiale afin d'assurer une rétention et une efficacité du traitement. Finalement, les interventions devraient aussi inclure une perspective de genre, et adapter les services en considérant l'unicité des besoins des femmes dont la prévalence des deux troubles TUS-TCA est plus grande. En effet, ces femmes font face à des sanctions sociales plus grandes et ont certains besoins spécifiques qui semblent nécessiter des interventions différencierées à ceux de leurs homologues masculins. Somme toute, l'essai présent permet de statuer sur l'importance de privilégier une approche intégrative en fonction des connaissances actuelles sur le sujet. Cela dit, il s'avèrerait important d'investir dans des recherches plus approfondies considérant le peu d'informations sur cette double problématique afin de fournir des traitements efficaces permettant une réhabilitation au long terme.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Infographie : examen de l'évolution de la consommation d'alcool et de cannabis et de la stigmatisation pendant la pandémie de COVID-19 au Canada*. Repéré le 20 février 2025 à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/infographie-examin-evolution-consommation-alcool-cannabis-stigmatisation-pandemie-covid.html>
- American Psychiatric Association [APA]. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Masson.
- Baker, J. H., Mazzeo, S. E. et Kendler, K. S. (2007). Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: Common genetic and environmental influences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 673-678. <https://doi.org/10.1002/eat.20472>
- Barlow, D. H. (Ed.). (2021). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (6^e éd.). Guilford press.
- Barrault, M. (2013). Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes. *Psychotropes*, 19(3), 9-34. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0009>
- Beck, J. S. et Beck, A. T. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3^e éd.). Guilford Press.
- Bonfà, F., Cabrini, S., Avanzi, M., Bettinardi, O., Spotti, R. et Uber, E. (2008). Treatment dropout in drug-addicted women: Are eating disorders implicated? *Eating and Weight Disorders*, 13(2), 81-86. <https://doi.org/10.1007/bf03327607>
- Brecht, M. L., O'Brien, A., Von Mayrhauser, C. et Anglin, M. D. (2004). Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*, 29(1), 89-106. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(03\)00082-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(03)00082-0)
- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G. B., Keel, P. K., Berrettini, W. H. et Kaye, W. H. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 1000-1006. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0718>
- Carbaugh, R. J. et Sias, S. M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(2), 125-138. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.2.j72865m4159p1420>

- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M. et Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000233>
- Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. (2004). People with eating disorders likely to abuse alcohol, drugs. *Alcoholism and Drug Abuse Weekly*, 16, 3-5.
- Cohen, L. R., Greenfield, S. F., Gordon, S., Killeen, T., Jiang, H., Zhang, Y., & Hien, D. (2010). Survey of eating disorder symptoms among women in treatment for substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 19(3), 245–251. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00038.x>
- Corey, G. (2013). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9e éd.). Cengage learning.
- Cornish, J. L. et Prasad, A. A. (2021). Sex differences in substance use disorders: A neurobiological perspective. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.778514>
- Courbasson, C. M., Nishikawa, Y. et Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 434-449. <https://doi.org/10.1002/cpp.748>
- Courbasson, C. M., Nishikawa, Y. et Shapira, L. B. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17-33. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533603>
- Couvrette, A. (2013). *L'influence de la maternité dans la trajectoire de consommation et de criminalité de femmes toxicomanes judiciarises* [Thèse de doctorat]. Université de Montréal.
- Daigle, S., Renou, M. et Bolduc, S. (2021). De la pratique traditionnelle à la pratique contemporaine de la psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 50(2), 183-203. <https://doi.org/10.7202/1084008ar>
- Epstein, E. E. et McCrady, B. S. (2023). *Women's group treatment for substance use disorder: Evidence-based cognitive behavioral therapy*. Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- FAIR Health. (2023). *Spotlight on eating disorders: An analysis of private healthcare claims*. <https://s3.amazonaws.com/media2.fairhealth.org/whitepaper/asset/Spotlight%20on%20Eating%20Disorders%20-%20A%20FAIR%20Health%20White%20Paper.pdf>

- Gamba, S. (2008). *Qu'est-ce que la perspective de genre et les études de genre ?* Mujeres en Red. Le journal féministe. <https://www.mujeresenred.net/spip.php?article1487>
- Ganson, K. T., Murray, S. B. et Nagata, J. M. (2021). Associations between eating disorders and illicit drug use among college students. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1127–1134. <https://doi.org/10.1002/eat.23493>
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Smith, S. M., Pickering, R. P., Huang, B., & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA Psychiatry*, 73(1), 39–47. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2132>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D. et Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Grilo, C. M., Sinha, R. et O'Malley, S. S. (2002). Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 151-160. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6683826/pdf/151-160.pdf>
- Hayaki, J., Friedman, M. A. et Brownell, K. D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 3(1), 73-83. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00046-0](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00046-0)
- Herzog, D. B., Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S. et Manzo, M. P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 364–368. <https://doi.org/10.1002/eat.20257>
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J. et Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199407\)16:1%3C1::aid-eat2260160102%3E3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199407)16:1%3C1::aid-eat2260160102%3E3.0.co;2-t)
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G. et Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2013). *Considérer le sexe et le genre dans la recherche en santé : un impératif éthique*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/49932.html>
- Jeammet, P. (2011). *Anorexie/boulimie: les paradoxes de l'adolescence*. Pluriel.

- Jeammet, P. et Corcos, M. (2001). *Évolution des problématiques à l'adolescence*. Doin.
- Jeynes, K. D. et Gibson, E. L. (2017). The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.006>
- Joe, K. A. (1994). Ice is strong enough for a man but made for a woman: A social cultural analysis of crystal methamphetamine use among Asian Pacific Americans. *Crime, Law and Social Change*, 22(3), 269-289. <https://link-springer-com.biblioproxy.uqtr.ca/article/10.1007/BF01299288>
- Joe, K. A. (1996). The lives and times of Asian-Pacific American women drug users: An ethnographic study of their methamphetamine use. *Journal of Drug Issues*, 26(1), 199-218. <https://doi.org/10.1177/002204269602600111>
- Kail, B. L. et Elberth, M. (2002). Moving the Latina substance abuser toward treatment: The role of gender and culture. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1(3), 3-16. https://doi.org/10.1300/J233v01n03_02
- Killeen, T. K., Greenfield, S. F., Bride, B. E., Cohen, L., Gordon, S. M., & Roman, P. M. (2011). Assessment and treatment of co-occurring eating disorders in privately funded addiction treatment programs. *The American Journal on Addictions*, 20(3), 205-211. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00122.x>
- Levine, M. P. et Murnen, S. K. (2009). Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.9>
- Linardon, J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 785-797. <https://doi.org/10.1002/eat.22897>
- Lindsay, A. R., Warren, C. S., Velasquez, S. C. et Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The healthy steps to freedom program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.027>
- Linehan, M., Prada, P., Nicastro, R. et Perroud, N. (2017). *Manuel d'entraînement aux compétences TDC* (2^e éd.). Médecine & Hygiène.
- Lopez-Guimera, G., Levine, M., Sanchez-carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of Mass Media on Body Image and Eating Disordered Attitudes and Behaviors in Females: A

Review of Effects and Processes. *Media Psychology*, 13(4), 387–416. <https://doi.org/10.1080/15213269.2010.525737>

Madowitz, J., Matheson, B. E. et Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*, 20, 281-293. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>

Maïano, C., Coutu, S., Aimé, A., & Lafontaisie, V. (2020). *L'ABC de la psychoéducation*. Presses de l'Université du Québec. <http://central.bac-lac.gc.ca/.redirect?app=damspub&id=e6837677-9708-4a33-b79c-27b75506048e>

Marsh, L. D., Key, J. D. et Spratt, E. (1997). Bulimia and dextromethorphan abuse: A case study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(4), 373—376. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00019-6](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00019-6)

McHugh, R. K., Hearon, B. A. et Otto, M. W. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>

Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D. et Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402-1416. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716003561>

Monthuy-Blanc, J. et Blier, C. (2014). *Concomitance entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles liés à l'utilisation de substances : guide de recommandations à l'intention des intervenants*. Presses de l'Université du Québec.

Munn-Chernoff, M. A., Johnson, E. C., Chou, Y.-L., Coleman, J. R. I., Thornton, L. M., Walters, R. K., Yilmaz, Z., Baker, J. H., Hübel, C., Gordon, S., Medland, S. E., Watson, H. J., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Ripke, S., Yao, S., et al. (2021). Shared genetic risk between eating disorder- and substance-use-related phenotypes: Evidence from genome-wide association studies. *Addiction Biology*, 26(1), e12880. <https://doi.org/10.1111/adb.12880>

National Institute on Drug Abuse. (2020). Substance use in women. Repéré le 20 février 2025 à <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women>

Norris, T., Dahl, P., Jericho, M. et Crockford, D. (2021). Identifying and managing eating disorders in persons presenting for addiction treatment. *Canadian Journal of Addiction*, 12(4), 6-16. <http://dx.doi.org/10.1097/CXA.0000000000000129>

Office des professions du Québec. (2025). *Règlement sur la psychothérapie (C-26, r. 207.2.2)*. LégisQuébec. Repéré le 18 février 2025 à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20207.2.2>

Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11^e éd.). Organisation mondiale de la Santé. <https://icd.who.int/fr>

Ouellet-Courtois, C. (2018, avril). *Troubles alimentaires et enjeux féministes*. Repéré le 18 février 2025 à <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2018/04/troubles-alimentaires-enjeux-feministes#footnote1> PWDNmd-cq5yyTOqM-EaZVuJdHQzokwiG74uvvb3Nms_bwezR5sjjZBx

Paquette, G., Laventure, M., Pauzé, R., & Beauregard, J. (2018). *Approche systémique appliquée à la psychoéducation : l'adaptation des individus dans leur environnement*. Bélineau éditeur.

Parkes, S. A., Saewyc, E. M., Cox, D. N. et MacKay, L. J. (2008). Relationship between body image and stimulant use among Canadian adolescents. *Journal of Adolescent health*, 43(6), 616-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.04.006>

Rodriguez, G. H. (2019). La perspective de genre dans les programmes et services de toxicomanie. <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2019/12/201911-la-perspectiva-de-genero-en-los-programas-Giseal-Rodriguez-Hansen-FR.pdf>

Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fitcher, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Klump, K. L., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, D. B., Rotondo, A., Berrettini, W. H., Kaye, W. H. et Bulik, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 14-21. <https://doi.org/10.1002/eat.20670>

Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Repéré le 11 octobre 2024 à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-troubles-concomitants-sante-mentale-alcoolisme-toxicomanie.html>

Shipway, L. (2004). *Domestic violence: A handbook for health care professionals*. Routledge.

Stewart, S. H., Brown, C. G., Devoulyte, K., Theakston, J. et Larsen, S.E. (2006). Why do women with alcohol problems binge eat? Exploring connections between binge eating and heavy drinking in women receiving treatment for alcohol problems. *Journal of Health Psychology*, 11(3), 409-425. <https://doi.org/10.1177/1359105306063313>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *2020 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) releases detailed tables*. Récupéré le 11 octobre 2024 à <https://www.samhsa.gov/data/report/2020-nsduh-detailed-tables>

Sugarman, D. E., Meyer, L. E., Reilly, M. E., King, B. R., Dechant, E., Weigel, T., Tarbox, P. et Greenfield, S. F. (2020). The Women's Recovery Group for individuals with co-occurring substance use and eating disorders: Feasibility and satisfaction in a residential eating disorders program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(4), 446-456. <https://doi.org/10.1080/07347324.2020.1746213>

Sutherland, L. A., Weaver, S. N., McPeake, J. D. et Quimby, C. D. (1993). The beech hill hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(5), 473-481. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(93\)90008-p](https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90008-p)

Sysko R., & Hildebrandt T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with Bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 89–100. <https://doi.org/10.1002/erv.906>

Tolliver, B. K. et Anton, R. F. (2015). Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 181-190. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/btolliver>

Turcotte, D., & Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes* (4e édition). Chenelière éducation.

Warren, C. S., Lindsay, A. R., White, E. K., Claudat, K. et Velasquez, S. C. (2013). Weight-related concerns related to drug use for women in substance abuse treatment: Prevalence and relationships with eating pathology. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 494-501. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.222>

Wiss, D. I. (2018). The role of nutrition in addiction recovery: What we know and what we don't. Dans I. Danovitch et L. Mooney (dir.), *The assessment and treatment of addiction: Best practices and new frontiers* (21-42). Elsevier.

Appendice A

Tableau résumé des articles utilisés

Référence	Devis	Échantillon	Objectifs	Résultats
Lindsay, A. R., Warren, C. S., Velasquez, S. C. et Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The healthy steps to freedom program. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 43(1), 61-69. https://doi.org/10.1016/j.jst.2011.10.027	Quantitatif Devis quasi-expérimental (aucun groupe contrôle)	257 femmes provenant de sept thérapies en dépendance différentes.	Déterminer l'efficacité du programme HSF (Healthy Steps to Freedom Program) basée sur une approche spécifique au genre .	<p>Rétention au traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 47 % (124/257) ont terminées le programme. <p>Amélioration des comportements du TCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction significative de l'idéal de minceur; • Amélioration de la satisfaction corporelle; • Amélioration de la restriction alimentaire; • Réduction significative du nombre d'épisodes boulimiques et hyperphagiques. <p>Habitudes de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des comportements santé (alimentation plus équilibrée, activité physique accrue); • Augmentation des connaissances en nutrition.

Référence	Devis	Échantillon	Objectifs	Résultats
<p>Lindsay, A. R., Warren, C. S., Velasquez, S. C. et Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The Healthy Steps to Freedom program. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 43(1), 61-69. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.027 (Suite)</p>				<p>Évolution du poids :</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation significative du poids corporel, du IMC et taux de graisse corporelle; Par contre, la trajectoire de prise de poids a été réduite par la participation au programme. <p>Maintien de la crainte de prendre du poids suivant l'arrêt de la consommation, mais l'inquiétude qu'elle entraîne une rechute ou même à l'usage de drogues pour maigrir a diminué (1^{er} temps : de 50 % à 34 % et 2^e temps : de 33 % à 18 %)</p>
<p>Carbaugh, R. J. et Sias, S. M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. <i>Journal of Mental Health Counseling</i>, 32(2), 125-138. https://doi.org/10.17744/mhc.32.2.j72865m4159p1420</p>	Étude de cas	<p>Une femme caucasienne de 20 ans participant à un programme de toxicomanie externe intensif ayant une double problématique (TUS alcool et faisant l'usage d'abus de cocaïne et un diagnostic de boulimie).</p>	<p>Déterminer l'efficacité de traitements simultanés des deux troubles (TUS-TCA) (par l'entremise d'une thérapie individuelle et thérapie groupale et selon l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique)</p>	<p>Amélioration des comportements du TCA et TUS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réduction des épisodes d'hyperphagie et de purge; Diminution de la consommation (une rechute d'alcool au cours du suivi). <p>Amélioration de la régulation émotionnelle et des cognitions associées au TUS-TCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de stratégies positives plutôt que le recours à l'alcool, aux drogues ou aux comportements alimentaires désordonnés pour gérer ses émotions; Capacité à identifier les facteurs de stress et prise de conscience des liens entre les deux troubles; Amélioration du discours interne négatif.

Référence	Devis	Échantillon	Objectifs	Résultats
Sutherland, L. A., Weaver, S. N., McPeake, J. D. et Quimby, C. D. (1993). The beech hill hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 10(5), 473-481. https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90008-p	Trois études de cas	Cas #1 : Femme célibataire de 31 ans ayant un diagnostic de boulimie et une dépendance à l'alcool et la cocaïne. Cas #2 : Femme divorcée de 31 ans sans enfant ayant une dépendance à l'alcool et aux drogues et un diagnostic d'anorexie et de boulimie. Cas #3 : Femme mariée de 46 ans avec deux enfants ayant une dépendance à l'alcool et un trouble alimentaire de type hyperphagie.	Identifier et fournir un traitement individualisé pour les patientes qui souffrent d'un trouble alimentaire et d'une dépendance par l'entremise d'un examen des dossiers de 137 patientes femmes ayant participé au programme.	Cas #1 Amélioration des comportements du TCA et TUS : <ul style="list-style-type: none">• Réduction des épisodes d'hyperphagie et de purge;• Diminution de la consommation (abstinente depuis plus d'un an) Amélioration des cognitions associées au TUS-TCA : <ul style="list-style-type: none">• Amélioration de la flexibilité cognitive en lien avec l'alimentation et sa consommation;• Meilleure identification des facteurs de stress influençant sa consommation et ses comportements alimentaires désordonnés;• Compréhension des facteurs passés influençant sa trajectoire (maltraitance, conflits familiaux)• Augmentation de son implication dans son rétablissement post-traitement (engagement actif dans un groupe d'entraide et un programme en 12 étapes). Relations interpersonnelles : <ul style="list-style-type: none">• Amélioration de ses relations interpersonnelles et reconnaissance du soutien familial;

Référence

Sutherland, L. A., Weaver, S. N., McPeake, J. D. et Quimby, C. D. (1993). The beech hill hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(5), 473-481. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(93\)90008-p](https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90008-p)
(Suite)

Résultats

Cas #2

Amélioration de comportements TUS-TCA:

- Diminution de la fréquence des épisodes boulimiques et d'hyperphagie;
- Abstinence d'alcool et de drogues deux ans après sa sortie d'hôpital;
- Augmentation de son implication dans son rétablissement post-traitement (poursuite de son suivi avec son psychiatre concernant son trouble alimentaire).

Amélioration de la régulation émotionnelle et des cognitions associées aux TUS-TCA :

- Amélioration de l'expression émotionnelle;
- Reconnaissance de l'impact des traumatismes passés sur ses troubles;
- Acquisition d'outils de régulation émotionnelle pour limiter les crises boulimiques et la consommation impulsive.

Relations interpersonnelles :

- Capacité à mettre fin à des relations abusives.
-

Référence

Sutherland, L. A., Weaver, S. N., McPeake, J. D. et Quimby, C. D. (1993). The beech hill hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(5), 473-481. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(93\)90008-p](https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90008-p)
(Suite)

Résultats

Cas #3 :

Amélioration de comportements TUS-TCA:

- Abstinente d'alcool et de drogues depuis 1 an;
- Diminution des épisodes d'hyperphagie et maintien de son poids depuis un an et demi;
- Augmentation de son implication dans son rétablissement post-traitement (participation aux AA et thérapie ambulatoire).

Amélioration de la régulation émotionnelle et des cognitions associées aux TUS-TCA :

- Prise de conscience du rôle de la nourriture et de l'alcool dans sa vie;
- Identification des distorsions cognitives face à son apparence et à la nourriture;
- Amélioration de l'écoute de ses signaux corporels (faim, satiété);
- Reconnaissance des similitudes entre l'addiction alimentaire et alcoolique;

Relations interpersonnelles :

Identification de la dynamique familiale et son influence sur ses comportements de dépendance.

Appendice B

Tableau résumé des contenus des différents programmes

Référence	Nom du programme	Approche thérapeutique	Public cible	Objectifs	Modalités et durée	Contenus/thèmes
Courbasson, C. M., Nishikawa, Y. et Dixon, L. (2012). <i>Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. Clinical Psychology & Psychotherapy, 19</i> (5), 434-449. https://doi.org/10.1002/cpp.748	Pas de nom. Traitement ambulatoire d'une durée d'un an.	Thérapie dialectique comportementale (Enseignement de la pleine conscience, formations aux compétences de la TCC et à ses stratégies).	Femmes ayant une double problématique TUS-TCA provenant d'une clinique se spécialisant en santé mentale et en dépendance.	Réduire les comportements autodestructeurs en abordant les déficits au niveau de la régulation émotionnelle et des compétences interpersonnelles.	Thérapie de groupe, 2 hrs par semaine (1 heure de révision des devoirs et une autre heure d'apprentissage et de pratique des compétences) + 1 séance de psychothérapie individuelle d'une heure par semaine.	<ul style="list-style-type: none"> • Remise en question des croyances et des pensées dysfonctionnelles; • Développement de la conscience émotionnelle et de l'impact des substances sur la santé mentale (y compris les TCA); • Améliorer la flexibilité cognitive en nuancant les pensées extrêmes (clivage); • Renforcement de la tolérance à la détresse. • Outils d'auto-observation pour suivre la consommation de substance, les comportements alimentaires désordonnés et les cognitions associées.

Référence	Nom du programme	Approche thérapeutique	Public cible	Objectifs	Modalités et durée	Contenus/thèmes
Lindsay, A. R., Warren, C. S., Velasquez, S. C. et Lu, M. (2012). A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: The healthy steps to freedom program. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 43(1), 61-69. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.027	Healthy Steps to Freedom (HSF)	TraITEMENT résidentiel et ambulatoire Approche centrée sur le genre (spécifique aux femmes)	Femmes en centre de traitement de la toxicomanie qui rapporte avoir des problèmes liés au poids.	Diminuer la consommation de substance visant une perte de poids, améliorer la santé globale, promouvoir une image corporelle saine, réduire les symptômes des troubles alimentaires existants et diminuer la probabilité de rechute.	12 leçons didactiques transmises lors des sessions hebdomadaires de 90 minutes à des groupes de 6-15 femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanie et la santé des femmes; • L'image corporelle et l'estime de soi • L'activité physique, le poids et la composition corporelle • Éducation nutritionnelle; • Les comportements alimentaires, les troubles de l'alimentation • Les distorsions cognitives liées au poids ou à l'apparence. • Activités d'apprentissage interactives; • Travaux introspectifs hebdomadaires.

Référence	Nom du programme	Approche thérapeutique	Public cible	Objectifs	Modalités et durée	Contenus/thèmes
Sugarman, D. E., Meyer, L. E., Reilly, M. E., King, B. R., Dechant, E., Weigel, T., Tarbox, P. et Greenfield, S. F. (2020). The Women's Recovery Group for individuals with co-occurring substance use and eating disorders: Feasibility and satisfaction in a residential eating disorders program. <i>Alcoholism Treatment Quarterly</i> , 38(4), 446-456. https://doi.org/10.1080/07347324.2020.1746213	Women's Recovery Group (WRG)	Thérapie cognitivo-comportementale incluant une approche spécifique au genre (sexé féminin) et composé uniquement de trois femmes thérapeutes	Femmes 18+ ayant un trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie ou hyperphagie) et un trouble de l'usage de substances	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer la satisfaction des participants et des thérapeutes du groupe quant au WRG. 2. Recueillir les commentaires constructifs sur comment le WRG pourrait être modifié pour mieux répondre aux femmes souffrant d'un TCA-TUS. 3. Évaluer l'envie de consommer de l'alcool et des drogues avant et après le traitement. 	14 séances de 60 minutes-2 séances par semaine	<p>Le contenu du programme n'est pas détaillé. Cependant, la satisfaction des participantes sur les thèmes abordés a été évaluée.</p> <p>Sujets jugés utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les effets des drogues et de l'alcool sur la santé des femmes; • Comment gérer les déclencheurs et les situations à haut risque; • Gérer l'humeur, l'anxiété et les problèmes d'alimentation sans consommer de substances. <p>Les participantes auraient souhaité davantage d'informations sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les troubles alimentaires concomitants; • L'image et l'estime de soi; • La honte et la culpabilité; • L'ambivalence face à la gravité de la consommation de substances; • Le maintien de la sobriété dans un environnement de consommation.

Référence	Nom du programme	Approche thérapeutique	Public cible	Objectifs	Modalités et durée	Contenus/thèmes
Carbaugh, R. J., et Sias, S. M. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. <i>Journal of Mental Health Counseling, 32</i> (2), 125-138. https://doi.org/10.17744/mehc.32.2.j72865m4159p1420	TraITEMENT simultané des deux troubles (TUS et TCA) = thérapie de groupe et thérapie individuelle.	Techniques provenant de l'approche cognitivo-comportementale et techniques provenant de l'approche de la thérapie dialectique comportementale	Femme avec un trouble de l'usage de substances et un trouble du comportement alimentaire.	<ol style="list-style-type: none"> Identifier les obstacles personnels au traitement. Apprendre le processus de dépendance et de rétablissements (symptômes, conséquences de la dépendance). Création d'un système de soutien à la sobriété (implication dans la communauté, participation à des groupes de soutien). Apprendre comment vivre une vie sans drogue (trouver des loisirs, amélioration de la communication avec la famille et les amis). 	Thérapie de groupe en lien avec l'abus de substance : 10 semaines, 3 séances de trois heures par semaine Thérapie individuelle en lien avec les comportements alimentaires inadéquats : Une séance aux deux semaines pendant une année. Thérapie familiale : Seulement la famille, une séance par semaine pour dix semaines au total. Groupe de psychoéducation.	Éducation sur les TUS et les TCA; <ul style="list-style-type: none"> Identification des déclencheurs et des processus cognitifs en lien avec la consommation; Identification Alternatives à la consommation; Amélioration des compétences de communication; Gestion des émotions; Développement de stratégies saines; Développement de l'estime de soi; Éducation nutritionnelle; Prise de conscience des distorsions cognitives et remise en question des croyances.

Référence	Nom du programme	Approche thérapeutique	Public cible	Objectifs	Modalités et durée	Contenus/thèmes
Sutherland, L. A., Weaver, S. N., McPeake, J. D. et Quimby, C. D. (1993). The beech hill hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 10(5), 473-481. https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90008-p	Programme de traitement pour les femmes toxicomanes de l'hôpital pour trouble du comportement alimentaire Beech Hill.	Aucune approche thérapeutique unique pour intervenir auprès de ses femmes souffrant d'une double problématique. Approche et les efforts thérapeutiques continus étant donné que les problématiques sont considérées comme des maladies chroniques.	Femmes ayant une double problématique, soit un trouble alimentaire et un trouble lié à l'usage de substances	L'objectif du programme est de traiter les troubles coexistants et de réduire les symptômes en lien avec les comportements alimentaires inappropriés et la consommation.	Aucune durée ou nombre de séances n'est mentionné. • Séance individuelle avec une nutritionniste. • Groupe de discussion hebdomadaire à court terme sur les troubles alimentaires (doit avoir terminé sa détoxicification pour être admise). • Programme régulier de lutte contre la toxicomanie. • Thérapie individuelle brève au besoin pour les femmes ayant des difficultés à envisager la sobriété ou à maintenir leur sobriété en raison des effets négatifs du trouble alimentaire.	• Éducation nutritionnelle et sensibilisation à l'activité physique; • Plan alimentaire et supervision diététique; • Outils d'auto-observation pour suivre la consommation de substance, les comportements alimentaires désordonnés et les cognitions associées; • Prise de conscience des distorsions cognitives et remise en question des croyances; • Éducation sur les fonctions et similitudes entre les TCA et les TUS; • Identification des situations à risque d'hyperphagie ou de consommation; • Développement de nouvelles stratégies de gestion du stress et de l'affirmation de soi. •

Référence	Modalités et durée	Contenus/thèmes
<p>Sutherland, L. A., Weaver, S. N., McPeake, J. D. et Quimby, C. D. (1993). The beech hill hospital eating disorders treatment program for drug dependent females: Program description and case analysis. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 10(5), 473-481. https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90008-p (Suite)</p>	<p>Une séance familiale pendant le traitement afin de fournir des informations, du soutien et des ressources aux familles et aux amis.</p>	<p>Activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration de l'activité physique dans la routine; • Sensibilisation de l'importance pour la santé d'une activité physique modérée et régulière; • Activités d'art et groupe de discussion sur la conscience du corps, afin de favoriser le développement de l'estime de soi. <p>Séance familiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éducation sur les deux troubles; • Éducation quant à la perpétuation, intentionnelle ou non, des troubles de l'alimentation (responsabilisation de la patiente, mais aussi de la famille/amis); • Comment soutenir les comportements constructifs et le rétablissement.

Référence	Nom du programme	Approche thérapeutique	Public cible	Objectifs	Modalités et durée	Contenus/thèmes
Courbasson, C. M., Nishikawa, Y. et Shapira, L. B. (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. <i>Eating Disorders</i> , 19(1), 17-33. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533603 (première étude à examiner l'utilité clinique d'un traitement intégré pour cette population présentant des troubles concomitants)	Programme MACBT (Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for Concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders)	Thérapie cognitivo-comportementale basée sur la pleine conscience et l'action	Femmes et hommes ayant une double problématique, soit un trouble alimentaire et un usage problématique d'alcool et de drogue.	Réduire les symptômes de consommation et d'alimentation inappropriés en développant la patience par la confiance et l'acceptation.	16 séances de groupe aux semaines d'une durée de 2 heures	<ul style="list-style-type: none"> Exercices de pleine conscience; Outils d'auto-observation pour suivre la consommation de substance, les comportements alimentaires désordonnés et les cognitions associées; Régulation des émotions sans recours à la nourriture ou aux substances; Développement de la tolérance à la détresse; Éducation sur les pressions culturelles et l'impact des médias; Éducation nutritionnelle et l'alimentation consciente et intuitive; Éducation sur les fonctions et similitudes entre la boulimie et l'utilisation de substances; Restructuration cognitive en lien avec les croyances fondamentales liées à la nourriture et aux substances; Éducation sur les risques pour la santé d'un TUS et TCA; Intégration de l'activité physique à la routine.