

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ LES ADOLESCENTES
ET ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ; MEILLEURES PRATIQUES**

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

**PAR
MAUDE LABONTE**

Mai 2024

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
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Joël Tremblay

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Joël Tremblay

Prénom et nom

Directeur de recherche

Estibaliz Jimenez

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

La concomitance de troubles des conduites alimentaires à un usage excessif de substances psychoactives soulève des défis cliniques importants, et ce, particulièrement chez les adolescentes. Les équipes cliniques étant souvent spécialisées dans le traitement d'une seule de ces deux problématiques cherchent leurs repères dans le cas de comorbidité. Ce présent travail vise ainsi à relever les meilleures pratiques permettant le traitement de la double problématique chez les adolescentes. Pour ce faire une recension quasi systématique a été conduite, permettant de retenir 14 études portant sur le traitement de cette problématique concomitante. La recherche permet de relever que la *Dialectical Behavior Therapy* et la thérapie cognitive comportementale intégrative semblent être des traitements prometteurs. D'autres pistes d'intervention pertinentes ont aussi pu être relevées. Néanmoins, de plus amples recherches sont nécessaires afin d'assurer une prise en charge efficace de ces adolescentes.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux et des figures.....	v
Remerciements	vi
Introduction et cadre conceptuel	7
Méthode.....	15
Résultats	19
Thérapie cognitive comportementale.....	19
Thérapie cognitive comportementale intégrative du TCA et TUS	20
Thérapie cognitive comportementale ; intervention préventive de la dépression (TCC-D)	21
Dialectical Behavior Therapy pour la cooccurrence TCA et TUS	22
Traitements pharmacologiques	25
Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.....	25
Les antagonistes des opioïdes.....	26
Le baclofène.....	27
Le <i>Intensive Outpatient Program</i> (IOP)	27
La <i>Integrative cognitive- affective therapy</i> (ICAT) avec l'intégration de la méta-émotion dans le cadre d'un programme intensif externe.....	28
La <i>Family based treatment</i> (FBT)	29
L' <i>Acceptance and commitment therapy</i> (ACT)	29
Le programme d'exposition modifié.....	30
Le programme de traitement des TCA en clinique externe des services d'urgence pour enfant et adolescents	31
Le <i>Women's recovery group</i>	32
Le protocole de traitement du TCA lors d'hospitalisation pour un TUS.....	33
Le programme <i>Healthy steps to freedom</i> (HSF)	34
Discussion et conclusion	36
Références	40
Appendice A Tableau résumé des articles utilisés	43

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 Liste des mots clés utilisés pour la revue de la littérature systématique	15
---	----

Figures

Figure 1 Flow Chart adolescentes	16
Figure 2 Flow Chart femmes adultes	17

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier famille et amis qui ont su m'offrir un soutien inconditionnel. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Également, merci à mon directeur de recherche, M. Joël Tremblay, pour son accompagnement ainsi que pour sa disponibilité infaillible.

Introduction et cadre conceptuel

L'adolescence est connue comme étant une période du développement où de multiples enjeux peuvent émerger. Parmi ceux-ci, les troubles des conduites alimentaires (TCA) et le trouble d'usage de substances (TUS) sont particulièrement à risque chez les jeunes.

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des comportements nutritionnels inhabituels accompagnés d'inquiétudes pour la nourriture ainsi que de préoccupations marquées pour la silhouette et le poids chez la personne (CIM-11, 2023). Le TCA est une catégorie de problème de santé mentale classifiée comme étant un trouble majeur clinique selon le DSM-V (2013). Les principaux troubles y étant classifiés sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'accès hyperphagique. Le pica consiste en l'ingestion de substances non nutritives. Pour sa part, le mérycisme est caractérisé par la régurgitation de la nourriture, l'évitement de l'ingestion d'aliments. Les troubles de l'alimentation non spécifiés font également partie de la catégorie des TCA. Ils ne seront toutefois pas définis dans le présent travail, puisque celui-ci s'adresse spécifiquement à l'anorexie mentale, à la boulimie et à l'accès hyperphagique. La Classification statistique internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé, la CIM-11 (2023), a la même classification à l'exception de l'accès hyperphagique qui, pour sa part, est plutôt nommé « frénésie alimentaire ».

L'anorexie mentale chez les adolescents est caractérisée par la présence de restrictions alimentaires entraînant une perte de poids significativement plus basse que la norme attendue. Une peur sévère de grossir ainsi qu'une altération de l'image de soi font aussi partie du trouble (DSM-V, 2013). En effet, en raison de cette déformation visuelle, la personne se perçoit comme ayant un poids santé ou un surpoids alors qu'elle est en carence de poids (CIM-11, 2023). Deux types d'anorexie mentale sont définis au DSM-V. D'abord, il y a le type restrictif qui inclut les individus dont la perte de poids est due à de l'exercice physique excessif, au jeûne ou encore, au régime. Le second type, l'accès hyperphagique/purgatif, est présent lorsque la personne provoque elle-même des vomissements ou qu'elle consomme des laxatifs ainsi que d'autres diurétiques de façon excessive, en plus d'avoir fréquemment des accès de glotonnerie (DSM-V, 2013). La

CIM-11 (2023) précise d'ailleurs que la maigreur corporelle ou la fine silhouette est indispensable pour ces individus souffrants d'anorexie mentale.

L'accès hyperphagique et la boulimie sont tous deux caractérisés par la présence d'accès hyperphagiques récurrents. Les accès hyperphagiques correspondent à des épisodes où la personne ressent une perte de contrôle, l'entraînant à manger de façon excessive une quantité démesurée de nourriture, et ce, en moins de deux heures (DSM-V, 2013). La nourriture ingérée peut aussi être différente qu'à l'habitude (CIM-11, 2023). La distinction entre l'accès hyperphagique et la boulimie est la présence de comportements compensatoires inappropriés. Ceux-ci peuvent se définir par le vomissement provoqué, le jeûne, l'activité physique excessive, ou encore, par l'utilisation de laxatif, de diurétique ou d'autres médicaments chez personne souffrant de boulimie. Cette dernière est motivée par l'évitement d'une prise de poids (DSM-V, 2013 ; CIM-11, 2023). À la différence des individus présentant un diagnostic d'anorexie mentale de type accès hyperphagique/purgatif, ceux ayant une boulimie présentent des comportements compensatoires définis à une fréquence d'au moins une fois par semaine pendant trois mois (DSM-V, 2013).

Au Québec, ce serait 3,4 % des filles de 12 à 17 ans qui auraient reçu un diagnostic de TCA par un médecin, et ces résultats seraient à la hausse (Enquête québécoise sur la santé des adolescents de 2016-2017, 2018). En Amérique du Nord, 5 % des adolescentes présentent une boulimie et 0,5 % présentent une anorexie mentale (Kanbur et Harrison, 2016).

Les troubles liés à l'usage de substances (TUS) sont aussi une catégorie de problèmes de santé mentale répertoriée. Ces troubles portent sur les substances psychoactives, c'est-à-dire celles ayant un effet sur le système nerveux central et venant affectant les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux. On classe les substances en trois catégories distinctes en fonction de leur effet dominant : les déprimeurs (par ex., l'alcool, les opioïdes et les benzodiazépines), les stimulants (par ex., les amphétamines et la cocaïne), et les perturbateurs (par ex., le cannabis et l'ecstasy). Pour différencier un trouble de consommation d'une

consommation davantage « typique », la quantité de la substance consommée doit être importante et son usage doit perdurer plus longtemps que ce qu'avait prévu la personne. Des répercussions psychosociales, telles que de ne plus être en mesure d'accomplir ses obligations et l'appauvrissement des activités, doivent également être observées. La présence de *craving*, soit l'envie irrésistible de consommer, ainsi que la consommation répétée en dépit du développement de problèmes physiques ou psychologiques permettent aussi d'établir si le consommateur se voit souffrir d'un TUS (DSM-V, 2013). La CIM-11 (2023) précise que pour que la consommation d'une substance soit considérée comme un trouble, elle doit être prise par l'individu presque quotidiennement sur une période d'au moins un mois ou durant au moins un an si la prise de substance est épisodique. Toujours selon la CIM-11 (2023), le diagnostic est apposé si la consommation compromet la santé physique ou mentale de l'individu ou encore, si le comportement de la personne intoxiquée porte atteinte à la santé d'autrui.

En ce qui concerne les troubles liés à l'usage de substances, 4,7 % des étudiants de niveau secondaires de la région de Trois-Rivières ont été évalués comme « feu rouge » à la suite de la passation du Dep-Ado (2016). En Mauricie et Centre-du-Québec, c'est 4,4 % des élèves tandis que dans la région de la Capitale-Nationale, c'est 2,9 % des étudiants qui ont également reçu la cote « feu rouge » (EQSJS, 2019). Cela signifie qu'il y a un problème de consommation évident et qu'une intervention est nécessaire. Une récente étude relève que le taux de mortalité pour 1000 habitants chez les jeunes Québécois âgés de 12 à 17 ans présentant ce trouble est de 0,6 et de 1,5 chez ceux âgés de 18 à 25 ans. Cela démontre l'augmentation du taux de décès causés par les troubles liés à l'usage de substances en vieillissant (INSPQ, 2022).

Bien que les troubles aient été présentés de façon distincte, ceux-ci peuvent se présenter en comorbidité. Selon les études, ce sont 20 à 40 % plus d'adolescentes ayant des symptômes associés à un TCA qui consommeraient des substances en comparaison à la population générale des jeunes de même sexe (Denoth *et al.*, 2011 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019 ; Mann *et al.*, 2014 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019), augmentant par le fait même la probabilité qu'une portion d'entre elles présentent un usage excessif de substances.

La concomitance du TCA et du TUS a été démontrée comme ayant de nombreux impacts dévastateurs chez les jeunes. En effet, les conduites à risque telles que le vol, les comportements sexuels à risque et le suicide sont liés à la présence d'une boulimie et d'un TUS concomitants chez les adolescentes (Conason et Sher, 2006 ; Kanbur et Harrison, 2016). Des études permettent aussi de relever que le fait de présenter un TCA ainsi qu'un TUS augmente le risque de cumuler d'autres problématiques ayant comme effet de présenter un profil général plus sévère. Conséquemment, une personne souffrant de ces deux troubles aurait des problèmes psychosociaux plus graves (Hatsukami *et al.*, 1986 dans Courbasson *et al.*, 2012), un nombre plus élevé de troubles concomitants (Grilo *et al.*, 1995 ; Mokrani, 1995 dans Courbasson *et al.*, 2012) tel que le trouble de la personnalité limite (TPL) (Sansone *et al.*, 1994 dans Courbasson *et al.*, 2012), davantage de tentatives de suicide (Filstead *et al.*, 1988 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Hatsukami *et al.*, 1986 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Lacey, 1993 dans Courbasson *et al.*, 2012), présenter une impulsivité plus importante (Bulik *et al.*, 2004 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Wonderlich *et al.*, 2004 dans Courbasson *et al.*, 2012) et d'avoir été victime d'abus sexuel(s) (Deep, *et al.*, 1999 dans Courbasson *et al.*, 2012) que si elle souffrait uniquement de TUS. À long terme, les deux troubles sont associés à des patrons comportementaux dommageables pouvant causer jusqu'à la mort (Sysko et Hildebrandt, 2009).

Bien qu'il ait été démontré qu'une prise en charge rapide, accompagnée de l'établissement d'un diagnostic approprié soit associée à des résultats positifs chez les individus présentant un TCA en plus d'un TUS (Marsh *et al.*, 1997 dans Carbaugh et Sias, 2010), l'accès aux traitements constitue un défi important en plus d'impacter de manière alarmante la clientèle touchée. En effet, les personnes présentant un TCA et un TUS nomment se voir refuser leur participation à un traitement pour l'un ou l'autre des troubles en raison de la présence du second (Dunn *et al.*, 2007 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Sysko et Hildebrandt, 2009). De plus, les recherches démontrent que les traitements disponibles pour cette population ne semblent pas adaptés. En effet, les établissements offrant des services de traitement des troubles mentaux vont davantage se spécialiser dans l'un ou l'autre des deux troubles étudiés. Les professionnels

œuvrant auprès de ces personnes vulnérables sont donc plus enclins à être spécialisés dans un seul de ces troubles, ce qui semble interférer avec le processus de traitement (Marsh *et al.*, 1997 dans Carbaugh et Sias, 2010). Or, ce peut être ce qui expliquerait que le traitement du TUS est fréquemment négligé dans les contextes de traitement des problèmes de santé mentale concomitants (Sugarman *et al.*, 2020), et vice versa. Ces données sont autant plus inquiétantes sachant que les individus avec ces deux troubles concomitants répondraient moins bien aux traitements psychosociaux : lorsqu'ils participent aux traitements standards pour le TCA ou le TUS, ils obtiennent de moins bons résultats que ceux ayant uniquement la problématique ciblée par la clinique où ils consultent (Lui, 2017).

Ces deux troubles ont pourtant des éléments étiologiques ou associés communs. Il est connu que plusieurs facteurs de risques prédisposent le développement de la double problématique. Ces derniers sont divisés en quatre catégories soit les vulnérabilités biologiques et développementales, les traits de personnalités, les facteurs familiaux ainsi que les déclencheurs environnementaux. Il est toutefois important de souligner le fait que c'est le cumul de ces différents facteurs qui semble expliquer l'étiologie des TCA et des TUS de manière simultanée.

Tout d'abord, des vulnérabilités biologiques et développementales pourraient expliquer, en partie, la cause de la comorbidité des TUS et des TCA (Baker *et al.*, 2007 dans Carbaugh et Sias, 2010). Plus précisément, la présence d'un dysfonctionnement neurologique, soit d'une altération du système de récompense et de la sérotonine ou l'activité opioïde du système nerveux central, a été relevé par certains auteurs comme pouvant en partie expliquer le développement de ces deux troubles en simultané (Kanbur et Harrison, 2016).

Certains traits de personnalité ont aussi été relevés comme étant liés au développement des deux troubles. Parmi ceux-ci, la personnalité impulsive (Holdemess *et al.*, 1994 dans Carbaugh et Sias, 2010 ; Kanbur et Harrison, 2016 ; Sysko et Hildebrandt, 2009) qui est définie comme un profil où la personne rencontre des difficultés à contrôler ses agissements ou réactions spécifiquement par l'intolérance aux délais (Rengade et Fanget, 2011) y est associée. De plus, la

personnalité addictive (Conason et Sher, 2006 ; Holdemess *et al.*, 1994 dans Carbaugh et Sias, 2010), qui est caractérisée principalement par un attrait aux risques ou à de nouvelles sensations, ainsi que par la présence de dépendance relationnelle et aux substances (Boy et Schmitt, 2011) y est aussi associée. La personnalité de sous-type problème de comportement est, quant à elle, associée au développement des TCA et des TUS individuellement (Kanbur et Harrison, 2016). De plus, la présence d'un niveau élevé d'instabilité émotionnelle, tel que décrit par le concept de névrosisme, a été identifiée comme étant un facteur expliquant l'étiologie de ces deux mêmes troubles (Baker *et al.*, 2013 dans Lui, 2017 ; Lui et Rollock, 2016 dans Lui, 2017).

Des facteurs familiaux semblent aussi expliquer l'étiologie des TCA et TUS. Parmi ceux-ci, on y retrouve les antécédents de consommation au sein de la famille (Baker *et al.*, 2007 dans Carbaugh et Sias, 2010), la présence de particularités chez le père, telles qu'une dépréciation de son rôle de parent, l'adoption de comportement de séduction envers sa fille et la mise en place de freins à l'indépendance de celle-ci. De plus, la présence des particularités chez la mère, telles que de mettre une attention importante sur le poids et sur l'apparence physique de sa fille (Bulik et Sullivan, 1993 dans Carbaugh et Sias, 2010), ont été relevées comme reliées à une plus grande probabilité d'apparition de ces deux troubles.

Des déclencheurs environnementaux pourraient également expliquer la cause d'apparition des deux troubles puisque ceux-ci sont responsables des fortes envies incontrôlables de manger et de consommer qui y sont associées. Les déclencheurs environnementaux relevés dans la littérature sont les indices visuels de nourriture et de substances psychoactives (Ferriter et Ray, 2011 dans Lui, 2017 ; Schulte *et al.*, 2016 dans Lui, 2017). Les pressions sociales liées au stade développemental de l'adolescence concernant les idéaux de minceurs et les attentes collectives, soit que les jeunes soient plus aventureux, sont susceptibles d'influencer ceux-ci (Wolfe et Maisto, 2000 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019). Ainsi, ces facteurs de risque sociaux ont été identifiés comme augmentant la prévalence des TCA et des TUS chez les adolescentes lorsque des facteurs de risque, tels que les difficultés socioémotionnelles, une faible estime de soi et des

vulnérabilités génétiques, sont également présents (Martinson *et al.*, 2016 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019 ; Portela de Santana *et al.*, 2012 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019).

Pour certains chercheurs, le TCA apparaîtrait avant le TUS chez les adolescentes présentant cette comorbidité puisque la consommation de substances agirait comme une stratégie d'adaptation aux impacts du TCA. En ce sens, les adolescentes utiliseraient la consommation afin d'arriver à gérer la colère ressentie, à échapper aux problèmes vécus (évitement) en plus d'agir comme moyen de contrôle de leur poids (Kanbur et Harrison, 2016 ; Stock *et al.*, 2002 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019). Pour d'autres, les comportements de consommation de substances et les frénésies alimentaires, présents dans certains types de TCA, sont perçus comme des moyens d'apaisements adoptés en réponse à des affects négatifs vécus. Cela mènerait par la suite au développement des deux troubles en concomitance (Conason et Sher, 2006 ; Fox, 2009 dans Lui, 2017 ; Levin *et al.*, 2012 dans Lui, 2017 ; Wonderlich *et al.*, 2015 dans Lui, 2017).

Malgré ces quelques observations portant sur certains aspects communs de ces deux troubles, un manque important de littérature scientifique est observé concernant le traitement des adolescentes présentant un TUS en concomitance à un TCA (Claudat *et al.*, 2020 ; Grilo *et al.*, 2002 ; Kanbur et Harrison, 2016 ; Lui, 2017 ; Sysko et Hildebrandt, 2009). En effet, l'institut national de l'excellence en soins de santé (NICE) a publié un guide partageant les meilleures pratiques pour le traitement du TCA, ainsi qu'un guide pour le TUS, mais aucun lorsque les deux troubles sont présents en comorbidité. L'institut national sur l'abus de drogue (NIDA) n'a également pas de guide de traitement pour le TCA et le TUS en concomitance. De plus, bien que de nombreuses recommandations de traitement aient été reconnues de manière empirique pour l'un ou l'autre des troubles, celles-ci n'ont pas été validées au cours d'essais contrôlés randomisés auprès de gens souffrants de comorbidités (Lui, 2017).

Les données présentées permettent de relever l'urgence d'agir auprès de cette population vulnérable. Le présent travail permettra de donc répondre à la question : Que savons-nous au sujet des meilleures pratiques à utiliser auprès des adolescentes présentant de façon concomitante

un trouble des conduites alimentaires et un trouble d'usage de substances psychoactives ? Les intervenants œuvrant auprès de cette population pourront alors être mis à jour concernant les meilleures pratiques auprès de cette clientèle et, par le fait même, être davantage outillés afin de bonifier la prise en charge des adolescentes dans cette situation. Cet essai pourra donc contribuer à influencer positivement les trajectoires développementales marquées par la présence du TCA et du TUS en concomitance.

Méthode

Pour arriver à l'atteinte du but de ce présent travail, une revue de la littérature systématique a été faite en utilisant les mots clés présentés au Tableau 1.

Tableau 1

Liste des mots clés utilisés pour la revue de la littérature systématique

Recherches	TCA	TUS	Meilleures pratiques
Recherche 1, adolescents 13 janvier 2023	<i>eating disorder* or anorexi* or bulimi* or disorder* eating or binge eating disorder* or binge eating or hyperphagi* or Anorexi* Nervosa or Feeding Disorder*</i> = 121,244 résultats	<i>substance* abuse or substance* use or drug* abuse* or drug* addiction* or drug* use* or alcohol use or alcohol use disorder* or alcohol abuse* or alcohol addiction* or Addictive Disorder* or Psychostimulant drug* or Opioid use disorder* or Amphetamine* or Methamphetamin* or cocain* or Crack Cocain* = 766,178 résultats</i>	<i>treatment* or intervention* or therapy* or management* or rehabilitation* or effica* or effect* or outcom* or program*</i> = 17,026,149 résultats
Recherche 2, adultes 04 mai 2023	<i>eating disorder* or anorexi* or bulimi* or disorder* eating or binge eating disorder* or binge eating or hyperphagi* or Anorexi* Nervosa or Feeding Disorder*</i> = 33 330 résultats	<i>substance* abuse or substance* use or drug* abuse* or drug* addiction* or drug* use* or alcohol use or alcohol use disorder* or alcohol abuse* or alcohol addiction* or Addictive Disorder* or Psychostimulant drug* or Opioid use disorder* or Amphetamine* or Methamphetamin* or cocain* or Crack Cocain* = 7 054 résultats</i>	<i>treatment* or intervention* or therapy* or management* or rehabilitation* or effica* or effect* or outcom* or program*</i> = 3 038 379 résultats

La recherche par mots clés a été effectuée dans la banque de données APA *PsycInfo*, *SocINDEX*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *MEDLINE with Full Text* et *ERIC* pour les années 1990 à 2023. Les critères d'inclusion appliqués ont été les suivants : 1) que la population soit les adolescentes de sexe féminin âgé de 12 à 18 ans ; 2) que les articles scientifiques soient de type journal académique et revu par les pairs ; 3) que la langue soit l'anglais et le français ; 4) que la documentation porte sur la présence de TCA et de la présence de difficultés liées à l'usage de substance en plus ; 5) de porter sur l'évaluation de l'efficacité de l'intervention envers les jeunes ciblés. Après lecture, un nombre insuffisant d'articles ne permettaient pas de répondre au but de ce travail (voir Figure 1). Pour cette raison, un élargissement de la population, passant des adolescentes aux femmes de 18 ans et plus, a dû être fait afin d'obtenir suffisamment de données et ainsi, assurer la pertinence du présent essai (voir Tableau 1 et Figure 2).

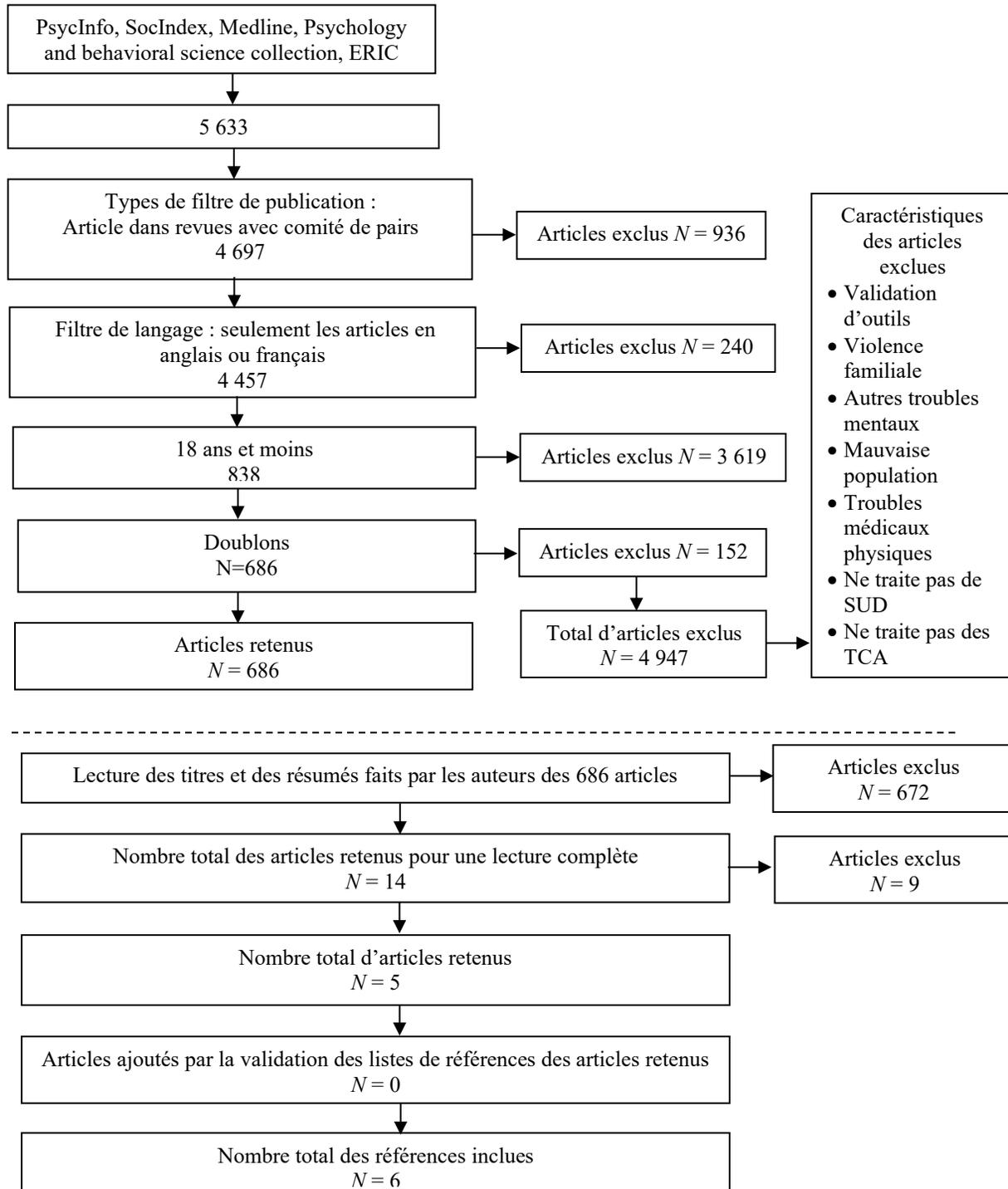
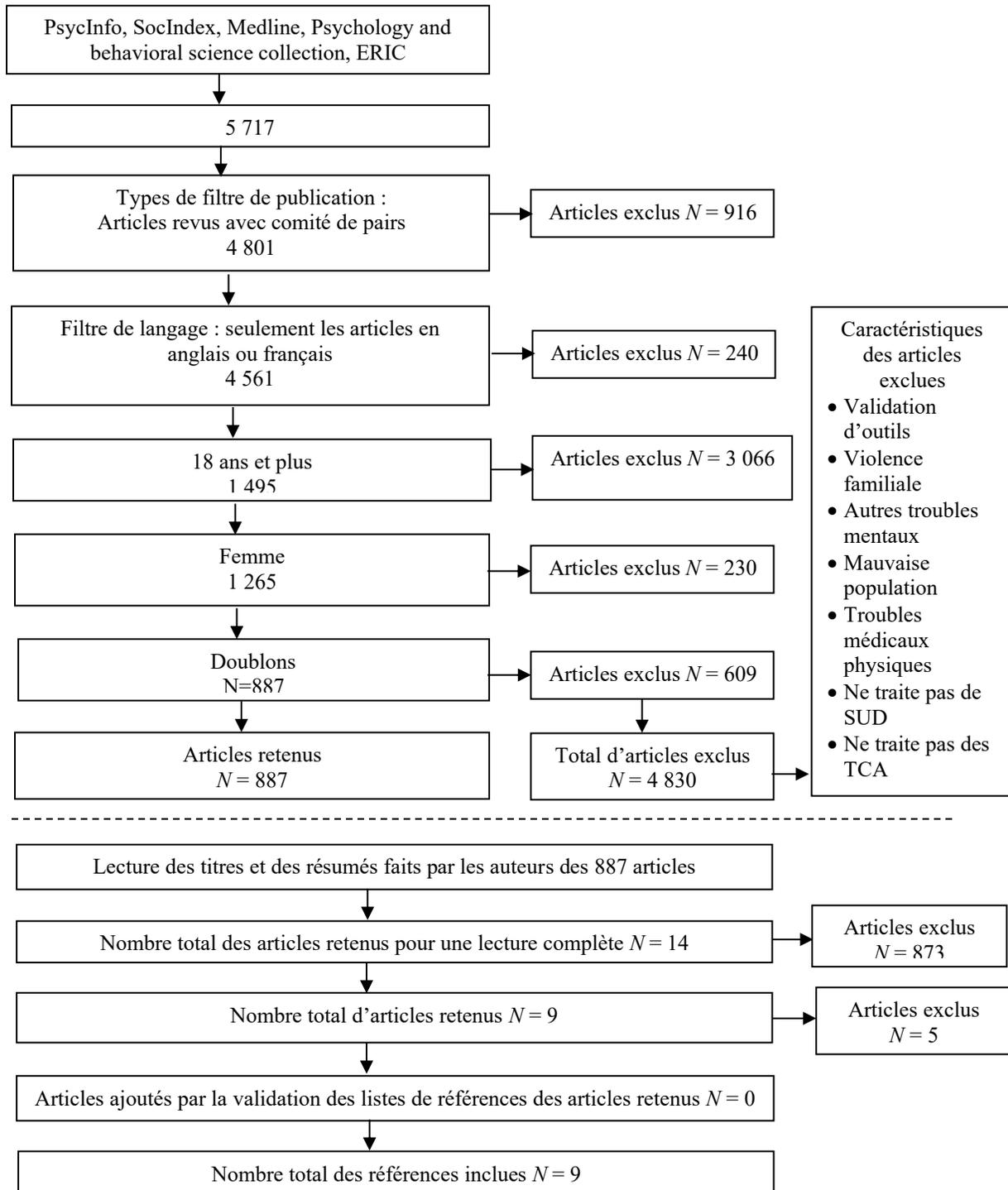
Figure 1*Flow Chart adolescentes*

Figure 2*Flow Chart femmes adultes*

Par ces deux stratégies de recherche, un total de 14 études a été retenu pour cet essai. Un tableau permettant de décrire les différents articles sélectionnés se retrouve à l'Appendice A. Parmi les études, neuf ont été conduites aux États-Unis tandis que deux proviennent de l'Angleterre, deux du Canada et une seule de la France. La moitié d'entre elles portent sur la boulimie en concomitance aux TUS d'alcool et de drogue alors que les autres portent sur les trois types de TCA en concomitance aux TUS d'alcool et de drogue. Deux études s'adressent au TCA subclinique, dont une en concomitance avec le TUS d'alcool et l'autre en concomitance avec tous types de TUS. En ce qui concerne les participants, seulement une étude a été réalisé auprès d'un échantillon d'adolescente spécifiquement pour huit études sur des populations de femmes adultes et une étude incluant des adolescentes et de jeunes adultes.

Résultats

L'un des constats essentiels des études visant à relever les meilleures pratiques auprès des individus souffrant de la double problématique est que deux traitements sont reconnus comme étant efficaces pour agir sur les TCA seuls ou les TUS seuls. Il s'agit des thérapies cognitives comportementales et de la *Dialectical Behavior Therapy*. Celles-ci seront présentées de manière subséquente, suivie d'autres traitements davantage marginaux.

Thérapie cognitive comportementale

La thérapie cognitive comportementale (TCC) est reconnue comme l'un des deux traitements les plus efficaces pour agir sur les TCA seuls ainsi que sur le TUS seul. Les impacts positifs de ce type d'intervention reposent en grande partie sur le volet d'apprentissage de stratégies de *coping* positives (Corey, 2008 dans Carbaugh et Sias, 2010 ; Grilo *et al.*, 2002 ; Hester et Miller, 2003 dans Carbaugh et Sias, 2010). La thérapie propose des interventions axées sur la modification des schèmes de pensées des usagers, afin que les émotions causées par ces derniers et les réactions comportementales changent. Pour ce faire, des techniques thérapeutiques propres à ce type de traitement telles que l'entraînement à l'utilisation de stratégies adaptatives (ou *coping skills training*) du participant, la modification des pensées irrationnelles et la refonte du langage utilisé sont appliquées (Corey, 2008 dans Carbaugh et Sias, 2010).

Des études ont démontré des résultats positifs de l'utilisation de la thérapie cognitive comportementale chez les individus présentant un TCA sans comorbidité de TUS. Il y aurait également de bons résultats obtenus lorsque ce traitement est utilisé chez les personnes ayant un TUS sans la présence d'un TCA concomitant (Conason et Sher, 2006 ; Sysko et Hildebrandt, 2009).

Bien que des résultats favorables aient été relevés à la suite de l'utilisation de la thérapie cognitive comportementale pour le traitement d'une ou l'autre des deux problématiques, certains auteurs la déconseillent lorsqu'un patient est atteint des deux troubles en concomitance. Cette position est justifiée, d'une part, par le taux élevé d'abandon de ce type de traitement chez les

patientes atteintes de boulimie. Les efforts logistiques nécessaires pour assurer le déroulement adéquat de la thérapie ainsi que la durée de celle-ci contribueraient à l'abandon du traitement chez ces individus. D'autre part, les auteurs déconseillent ce type de thérapie puisqu'ils estiment que le TUS pourrait avoir des impacts négatifs sur la boulimie des patients en raison des difficultés de réponses aux traitements associés au fait de consommer des substances (Sysko et Hildebrandt, 2009).

Thérapie cognitive comportementale intégrative du TCA et TUS

La thérapie cognitive comportementale intégrative est une version adaptée de la TCC. Plus précisément, elle consiste en une thérapie flexible (Sysko et Hildebrandt, 2009), traitant la boulimie et les TUS de manière simultanée en ciblant des objectifs pertinents pour chacun des troubles. Elle vise l'enseignement des habiletés permettant aux adolescentes de faire face aux situations à haut risque (Conason et Sher, 2006). La thérapie est individuelle et d'une durée de 22 à 26 rencontres, divisées en trois composantes. La première cible plus particulièrement les stratégies comportementales associées à la consommation de substances et les comportements compensatoires boulimiques. La seconde cible la lutte à la consommation de substances et les comportements compensatoires associés à la boulimie ainsi que les mécanismes communs aux deux troubles tels que les problèmes relationnels et la tolérance à la détresse. La troisième composante de la thérapie cognitive comportementale intégrée porte sur l'élaboration d'un plan de maintien et de prévention des rechutes des deux troubles. Tout au long du traitement, les patients reçoivent un suivi médical et sont dans l'obligation de faire des tests de dépistage urinaire pour assurer leur sobriété (Sysko et Hildebrandt, 2009).

Ce type de thérapie pour le traitement des problèmes de consommation d'alcool et des TCA en comorbidité semble représenter une option viable pour les adolescentes (Conason et Sher, 2006) ainsi que pour les adultes (Sysko et Hildebrandt, 2009). Toutefois, le manque d'étude empirique ne permet pas d'établir une relation significative entre la thérapie cognitive comportementale intégrée et l'amélioration des deux problématiques présentes chez les patientes

(Sysko et Hildebrandt, 2009). Les éléments relevés ci-dessus se basent ainsi sur l'opinion des auteurs. Aucune donnée empirique n'est disponible pour appuyer les résultats présumés.

Thérapie cognitive comportementale : intervention préventive de la dépression (TCC-D)

La thérapie cognitive comportementale d'intervention préventive de la dépression pour le traitement de la boulimie en comorbidité aux TUS a été développée par Burton et ses collègues (2007) à partir de la théorie qui suggère que les affects dépressifs représentent un facteur de risques chez les deux troubles. Elle a comme objectif de surmonter et prévenir les affects négatifs qui, par le fait même, auront un impact positif sur la boulimie et le TUS également présents. Ce type de thérapie a été développée par les auteurs en s'appuyant sur le modèle d'intervention auprès des adolescentes à haut risque de dysthymie de Clark *et al.* (1995) (Burton *et al.*, 2007). Quatre séances de groupe sont prévues pour ce traitement. Lors de la première séance, le modèle cognitif CAB (*Consequence-Activating event Beliefs*) est présenté pour permettre d'éveiller les participantes aux impacts des pensées sur les émotions et les aider à procéder à l'identification de leurs pensées automatiques négatives. Les deuxièmes et troisièmes séances portent sur l'identification des pensées négatives, de ses impacts et de ses déclencheurs. Une discussion portant sur les moyens permettant l'augmentation des pensées positives et ses effets anticipés est aussi prévue. Les participants y sont invités à partager de nouvelles pensées négatives et positives. La dernière séance consiste en un partage des progrès personnels de chacune, suivi d'une discussion en lien avec des techniques alternatives pour freiner les pensées négatives. Le groupe partage ensuite des moyens de prévention en identifiant de futures sources potentielles de stress qui pourraient se présenter dans la vie de chacun (comment les éviter ou y faire face). Pour finir, un plan de prévention individuel avec des moyens identifiés est fait par chacun des membres (Burton *et al.*, 2007).

Tout au long du traitement, l'animateur mise sur la participation active des usagers et l'expérimentation plutôt que le contenu didactique. De plus, l'utilisation de techniques comportementales telles que les devoirs après chacune des séances pour renforcer les acquis, favoriser la motivation et augmenter le partage d'éléments personnels sont utilisés. Des activités

de groupes sont planifiées pour favoriser la cohésion et le bien-être de chacun (Burton *et al.*, 2007).

La thérapie cognitive comportementale d'intervention préventive de la dépression démontre de bons résultats pour le traitement de la boulimie chez les adolescentes et jeunes femmes (14 à 23 ans) qui présentent des symptômes dépressifs, et ce, même un mois après leur participation. Cependant, la thérapie ne semble pas permettre une diminution significative des symptômes de TUS (Burton *et al.*, 2007).

En plus de s'être montrés inefficaces pour le traitement des TUS lors de comorbidité avec une boulimie, les résultats de l'étude de Burton *et al.* (2007) démontrent que, bien que la diminution significative des symptômes de boulimie se poursuive 6 mois après avoir participé à la thérapie, des résultats similaires ont été relevés au sein du groupe témoins au même moment.

Dialectical Behavior Therapy pour la cooccurrence TCA et TUS

La *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) pour la cooccurrence de TCA et TUS est une adaptation du protocole DBT de Linehan (1993) qui avait été initialement conçu pour le traitement du trouble de la personnalité limite (Courbasson *et al.*, 2012). Le protocole initial de DBT est une intervention qui s'est montrée efficace pour le traitement des TCA seuls et des TUS seuls (Corey, 2008 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Grilo *et al.*, 2002 ; Hester et Miller, 2003 dans Courbasson *et al.*, 2012). Une adaptation de cette dernière a alors été réfléchi afin de répondre aux besoins des individus présentant les deux troubles. Pour ce faire, l'ajout de la thérapie cognitive comportementale ainsi que l'ajout d'un volet éducatif a été fait pour permettre une bonification dans la façon de traiter la concomitance et de comprendre la relation entre ces deux troubles (Courbasson, 2001 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Linehan, 1993 dans Courbasson *et al.*, 2012). De plus, l'inclusion d'un volet de formation au développement d'une vie saine et équilibrée ainsi que l'ajout du concept d'abstinence dialectique issu d'une recherche d'équilibre entre l'approche d'abstinence et de prévention des rechutes (Linehan et Dimeff's, 1997) ont été

fait pour adapter la *Dialectical Behavior Therapy* à la cooccurrence TCA et TUS (Courbasson *et al.*, 2012).

Le but de ce traitement pour les TCA en concomitance aux TUS est d'améliorer la régulation émotionnelle et les relations interpersonnelles des participants. Pour y parvenir, les usagers doivent suivre un programme d'une durée d'un an au cours duquel ils ont à participer à un volet d'intervention de groupe (1 fois/semaine, 2 heures) en plus d'un volet de psychothérapie individuelle (1 fois/semaine, 1 heure). Lors du volet de groupe, la première heure permet d'assurer un retour sur les devoirs demandés. La seconde heure cible quant à elle des apprentissages sous forme d'ateliers pratiques portant sur la pleine conscience, la tolérance à la détresse, la régulation émotionnelle et les habiletés sociales. Les mêmes thèmes sont par la suite repris en rencontres individuelles. Les participants ont également accès à des consultations téléphoniques avec le psychothérapeute lorsqu'ils en ressentent le besoin. Ils doivent aussi remplir quotidiennement un dossier d'auto-observations lié à leur consommation de substances, aux émotions vécues et à leurs comportements alimentaires (Courbasson *et al.*, 2012).

Les principaux moyens d'interventions utilisés tout au long de la *Dialectical Behavior Therapy* pour la cooccurrence TCA et TUS sont l'apprentissage de la pleine conscience ainsi que l'utilisation des stratégies de traitements et d'apprentissage de compétences. Les psychothérapeutes doivent aussi s'assurer de mettre l'accent sur le discours dialectique intrinsèque des participants dans le but de réduire leur discours dichotomique et le rendre plus nuancé (Courbasson *et al.*, 2012). Les stratégies de traitements et d'apprentissage de compétences utilisées en *Dialectical Behavior Therapy* consistent en quatre étapes. La première a pour objectif que l'individu passe d'une impression que sa situation est hors de son contrôle à un contrôle comportemental. La deuxième consiste à accompagner la personne vivant du désespoir vers une expérience émotionnelle complète. La troisième demande à l'individu d'arriver à déterminer des objectifs, à développer un respect pour soi et à découvrir le bonheur accompagné d'un sentiment de paix intérieure. La dernière étape est dédiée à la recherche d'un sens profond à l'existence (CAMH, 2017).

La *Dialectical Behavior Therapy* pour la cooccurrence TCA et TUS semble efficace chez les femmes. En effet, la littérature consultée soutient l'utilité du traitement pour ce type de double problématique (Sysko et Hildebrandt, 2009). Plus précisément, l'étude de Courbasson *et al.*, (2012), menée auprès de femmes adultes, a démontré qu'en comparaison à des femmes qui ont reçu le traitement habituel prévu en clinique spécialisée en toxicomanie et en santé mentale, celles ayant reçu la *Dialectical Behavior Therapy* pour la cooccurrence ont indiqué une plus grande diminution de la sévérité de l'utilisation de substances. Une plus grande diminution des épisodes de compulsions alimentaires, des tendances boulimiques et de restriction alimentaire a aussi été relevée à la suite de ce traitement. De plus, une augmentation significative des attitudes et des comportements alimentaires sains, basés sur les outils d'évaluation *Eating Disorder Inventory* (EDI ; Garner, Olmsted, et Polivy, 1983) et *Eating Disorder Examination* (EDE ; Fairburn et Cooper, 1993), a également été observée. En addition, les auteurs ont relevé une diminution significative de l'échelle d'inefficacité et de l'échelle de conscience intéroceptive pour l'EDI ainsi qu'une diminution significative de l'échelle de préoccupation alimentaire, de l'échelle de préoccupation du poids et de l'échelle de préoccupation de la silhouette pour l'EDE (Courbasson *et al.*, 2012).

Pour donner suite, le contenu ciblant le discours interne d'acceptation et de changement de la personne de la *Dialectical Behavior Therapy* pour la cooccurrence TCA et TUS a été particulièrement associé à des résultats positifs chez les personnes atteintes de boulimie accompagnée d'un TUS. Aussi, les moyens de régulation des émotions comme la reconnaissance et la compréhension des émotions, la tolérance à la détresse, l'atténuation de la détresse et des vulnérabilités émotionnelles ont également été ciblés comme ayant un rôle déterminant dans le traitement des personnes ayant une boulimie accompagnée d'un TUS (Sysko et Hildebrandt, 2009).

En plus d'avoir des effets directs sur les manifestations des TCA et TUS, la *Dialectical Behavior Therapy* pour la cooccurrence aurait entraîné une diminution significative des

symptômes dépressifs et une augmentation significative de la régulation de l'humeur (Courbasson *et al.*, 2012). Ces données ajoutent à la pertinence de ce type de thérapie, puisqu'elle permet d'agir sur les facteurs de risques de maintien et de rechute gravitant à la double problématique de TCA et TUS.

Traitements pharmacologiques

Les traitements pharmacologiques (ou pharmacothérapies) consistent en un traitement utilisant les vertus thérapeutiques de médicaments (Office québécois de la langue française, 2021). Certains auteurs affirment que ceux-ci peuvent être envisagés en accompagnement à la thérapie cognitive comportementale chez les personnes présentant un TUS et une boulimie en comorbidité. D'autres sont d'avis qu'ils devraient être envisagés à la suite d'un traitement psychologique n'ayant pas permis l'amélioration du bien-être des personnes présentant un TUS et une boulimie en comorbidité (Sysko et Hildebrandt, 2009).

Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine

Ce type de médicament est un antidépresseur. Le plan de traitement prévu est l'ingestion par voie orale de façon quotidienne. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) incluent la fluoxétine, la sertraline, le citalopram, l'escitalopram, la fluvoxamine et la paroxétine. « Les ISRS inhibent les transporteurs de la sérotonine, bloquant le recaptage et accroissant la concentration du neurotransmetteur sérotonine dans la synapse » (KorczaK, 2013).

Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine semblent être un traitement efficace pour les adolescentes présentant un TCA ou un TUS lié à l'alcool (Conason et Sher, 2006 ; Grilo *et al.*, 2002 ; Sysko et Hildebrandt, 2009). En effet, il a été démontré que la fluoxétine permet de réduire la durée des crises boulimiques avec ou sans purge au sein d'un échantillon de personnes présentant une boulimie. Elle aurait également permis une réduction, de façon modérée, de la consommation d'alcool au sein d'un échantillon d'individus ayant un problème de consommation d'alcool (Conason et Sher, 2006). De plus, ce type d'antidépresseur s'est montré plus efficace qu'un placebo autant pour la boulimie (Agras *et al.* 1992 dans Grilo *et al.*, 2002 ; Mitchell *et al.*,

1990 dans Grilo *et al.*, 2002) que pour l'accès hyperphagique (Grilo *et al.*, 2002). Aucune étude n'a cependant été menée auprès d'adolescentes ou de femmes présentant les deux problématiques.

Les auteurs notent que ce traitement peut être mal utilisé par les praticiens, car la dose donnée au patient est souvent inadéquate (Grilo *et al.*, 2002). Les auteurs ne spécifient toutefois pas dans quelle mesure la dose prodiguée n'est pas celle recommandée ni les conséquences associées à ces erreurs de prescription.

Les antagonistes des opioïdes

Un antagoniste des opioïdes est « [...] une substance qui inhibe les effets de la morphine et d'autres agonistes des opioïdes et qui peut hâter l'apparition d'un syndrome d'abstinence chez une personne présentant une dépendance aux opioïdes » (Santé et bien-être social Canada, 1992). La naltrexone est « [...] un antagoniste des opioïdes (action prolongée ; prise orale), qui inhibe les effets de la morphine et d'autres agonistes des opioïdes » (Santé et bien-être social Canada, 1992).

Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que l'utilisation de la naltrexone pourrait être efficace pour le traitement des TCA en concomitance à des TUS liés à l'alcool chez les adolescentes. Cette supposition est justifiée par l'efficacité observée de ce type de pharmacothérapie dans le traitement des deux problématiques, lorsqu'elles sont présentes de façon indépendante. En effet, il a été démontré que la prise de naltrexone diminue la consommation d'alcool, le risque de rechute en plus de favoriser le maintien de la sobriété. Il permet également une diminution significative de l'étendue des crises boulimiques des personnes de poids « normal » présentant une boulimie (Conason et Sher, 2006).

Toutefois, tout comme les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), des études portant sur le traitement à la naltrexone chez des femmes présentant un TCA et un TUS en comorbidité permettent de réfuter l'hypothèse des chercheurs présentée ci-dessus.

De ce fait, ce type de pharmacothérapie n'aurait pas été d'une meilleure efficacité que le placebo administré durant certaines études (Sysko et Hildebrandt, 2009). De plus, le maintien des effets positifs de la naltrexone sur les TCA n'a pas été clairement démontré à long terme lorsque la dose était diminuée chez les femmes (Conason et Sher, 2006).

Le baclofène

Le baclofène est un relaxant musculaire qui agit principalement sur le *craving* (Weibel *et al.*, 2015).

L'efficacité de ce type de pharmacothérapie a été démontrée pour le traitement de la boulimie sans TUS (Aigner *et al.*, 2011 dans Weibel *et al.*, 2015). Celui-ci a également été qualifié de prometteur pour le traitement de la dépendance à l'alcool sans TCA (Rigal *et al.*, 2012 dans Weibel *et al.*, 2015).

Cependant, les résultats d'une étude de cas portant sur une femme âgée de 40 ans souffrant d'un TUS lié à l'alcool accompagné d'une boulimie sont peu favorables. En effet, bien que le traitement ait entraîné une période d'abstinence du TUS, aucun effet sur les crises de suralimentation n'a été observé (Weibel *et al.*, 2015).

Le Intensive Outpatient Program (IOP)

Le programme utilise l'assise théorique de la thérapie cognitive comportementale afin d'aider les clients à changer leurs pensées non aidantes, à être en mesure de reconnaître leurs émotions négatives et à appliquer une stratégie d'adaptation positive. Certains aspects de la *Dialectical Behavior Therapy* sont également utilisés dans le programme pour que les patients arrivent à surveiller eux-mêmes l'évolution de leurs deux troubles et à identifier les situations les mettant à risque de consommer ou d'avoir une crise boulimique. Le programme inclut aussi un traitement pharmacologique lorsque nécessaire (Carbaugh et Sias, 2010). Dans le cadre de ce traitement, le client doit participer à un groupe de thérapie d'une durée de trois heures par session, trois fois par semaine, durant dix semaines. Il doit également participer à un suivi

individuel une fois toutes les deux semaines pendant dix semaines. L'implication de la famille des participants est demandée. Les membres de celle-ci doivent participer à des rencontres de groupe psychoéducatives de façon hebdomadaire durant dix semaines. Des rencontres familiales peuvent aussi être organisées avec le patient au besoin (Carbaugh et Sias, 2010).

À la suite d'une étude de cas, une patiente a rapporté avoir diminué sa consommation d'alcool et de cocaïne en plus d'avoir diminué ses crises de boulimie et ses comportements de purge. Il est toutefois important de relever que cette dernière avait également débuté un traitement pharmacologique de fluoxétine (60 mg) durant l'étude (Carbaugh et Sias, 2010).

La *Integrative cognitive-affective therapy* (ICAT) avec l'intégration de la méta-émotion dans le cadre d'un programme intensif externe

La *Integrative cognitive-affective therapy* est un traitement reconnu de façon empirique pour traiter la boulimie (Wonderlich *et al.*, 2014 dans Lui, 2017). Elle est semblable à la thérapie cognitive comportementale pour le traitement des TCA. Toutefois, les deux approches se distinguent par la perspective théorique centrale de la *Integrative cognitive-affective therapy*, soit que le précurseur des comportements inadaptés des individus porte sur les expériences émotionnelles négatives vécues qui, à leur tour, sont le précurseur d'une image de soi négative (Wonderlich *et al.*, 2014 dans Lui, 2017). La thérapie est constituée de 15 séances individuelles, d'une durée de 60 minutes chacune, de trois séances de thérapie de groupe. Le participant doit également participer à un groupe de soutien et à des entretiens avec une diététicienne. La psychoéducation et l'approche motivationnelle sont utilisées. Tout au long de la *Integrative cognitive-affective therapy*, la consommation d'alcool et de nourriture des usagers fait l'objet d'un suivi étroit (Lui, 2017).

Une étude de cas, portant sur une femme âgée de 35 ans présentant un trouble bipolaire de type 1 en plus d'une boulimie et d'un TUS, a permis de démontrer des résultats favorables associés la thérapie. On note un arrêt de la consommation et de la sensation de *craving* de cocaïne ainsi qu'une diminution majeure de la consommation d'alcool. De plus, une diminution des

épisodes de frénésie alimentaire, de la privation alimentaire (passant d'un épisode de purge par semaine à un épisode de purge en un mois), de l'insatisfaction corporelle, des pensées négatives associées à l'obésité et des symptômes anxio-dépressifs a été relevée à la suite de l'étude de (Lui, 2017).

La *Family based treatment* (FBT)

La *Family based treatment* est un traitement impliquant l'adolescente et sa famille. Elle inclut des séances individuelles ainsi que des rencontres familiales réalisées par un même intervenant. Les rencontres impliquant la jeune et sa famille ont lieu directement après celles entre l'intervenant et la patiente (Kanbur et Harrison, 2016).

Bien que ce traitement soit reconnu et utilisé chez les adolescentes souffrant d'un TCA, il est peu efficace lorsque la patiente présente un TUS en concomitance. L'explication de cette donnée repose sur les difficultés associées à l'implication des parents au suivi. En ce sens, le respect à la confidentialité de la jeune peut être ardu à cause des dangers associés à la consommation de celle-ci. Le thérapeute se verrait ainsi davantage dans l'obligation de briser de droit à la confidentialité de la patiente et ainsi nuire à l'alliance thérapeutique (Kanbur et Harrison, 2016).

L'*Acceptance and commitment therapy* (ACT)

L'*Acceptance and commitment therapy* est une modalité de la thérapie cognitive comportementale défendant l'idée que les émotions désagréables telles que la peur, la tristesse et l'anxiété font inévitablement partie de la vie humaine. Son but principal est donc de permettre le développement de compétences permettant aux individus de faire face à ses difficultés plutôt que de viser à la suppression de ses expériences négatives. La thérapie doit être administrée de manière flexible afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins des clients. La méthode la plus populaire est sous forme d'ateliers de groupe d'une durée de 4 à 6 heures chacun (Dindo *et al.*, 2017).

Le traitement semble prometteur pour le traitement des TUS selon les études. De plus, les résultats obtenus par l'expérimentation d'une thérapie basée sur les principes de l'*Acceptance and commitment therapy* chez un échantillon d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale sans TUS permettent de mettre en évidence ses bienfaits. Effectivement, c'est 48 % des participantes qui sont parvenues à une rémission complète et 31 % qui ont démontré une amélioration partielle à la fin du traitement. De plus, les parents des jeunes avaient une meilleure santé psychologique et acceptaient davantage la présence de l'anorexie mentale chez leur fille. Seulement 21 % des adolescentes n'ont démontré aucune amélioration (Kanbur et Harrison, 2016).

Le programme d'exposition modifié

Le traitement d'exposition modifié a été développé à partir d'un cadre de TCC. Il est également basé sur le traitement d'exposition pour les problèmes de consommation d'alcool développé par Heather *et al.*, (1993). Le traitement s'adresse à une clientèle de femmes ayant une boulimie et TUS d'alcool. Il vise, d'une part, la réduction de la consommation d'alcool par le contrôle de celle-ci plutôt que par l'abstinence complète (Dawe et Staiger, 1998). Cette orientation a été choisie par les auteurs de ce traitement puisque le contrôle est reconnu comme étant une notion commune au TCA et au TUS (Carter et Bulik, 1994 dans Dawe et Staiger, 1998 ; Heather, 1995 dans Dawe et Staiger, 1998). D'autre part, le programme vise le dialogue associé aux complexes corporels de l'image de soi ainsi que les idéaux de minceurs (Dawe et Staiger, 1998) puisque ces variables ont été démontrées comme étant importantes à aborder pour la diminution des symptômes de boulimie (Smith *et al.*, 1990 dans Dawe et Staiger, 1998).

D'une durée de 16 semaines, le programme est divisé en deux parties. Tout au long des deux parties, la personne doit tenir un journal quotidien afin d'y noter les crises de boulimie et les moments de consommation d'alcool. Au cours des deux premières semaines, la personne doit réduire sa consommation d'alcool et résister à l'envie de boire davantage. Pour y arriver, elle doit accomplir des devoirs en lien avec sa consommation et participer à cinq séances d'exposition *in vivo* à domicile. Les six autres semaines se font en clinique et visent à établir des discussions portant sur les stratégies à utiliser pour maintenir la diminution de la consommation. Le

thérapeute doit également passer en revue les devoirs faits précédemment par le client. L'utilisateur doit participer à sept rencontres avec le thérapeute au cours de ces six semaines. La deuxième partie du programme est axée sur les crises de boulimie. Elle débute à la 9^e semaine du programme et se termine à la fin de celui-ci, soit à la 16^e semaine. Cette partie a pour but de réduire les crises boulimiques tout en maintenant la réduction de la consommation d'alcool faite lors de la première partie. À cette étape du traitement, les idéaux de minceur véhiculés par la société, les conséquences d'une trop grande consommation de nourriture et d'alcool sont des enjeux durant les séances thérapeutiques. De plus, les participantes doivent vivre huit séances d'exposition *in vivo* en laboratoire et onze à domicile au cours de cette deuxième phase de traitement. La patiente et le thérapeute doivent aussi manger ensemble un repas sain et équilibré à quatre reprises. À la fin de chaque repas, le professionnel questionne la personne sur son expérience (anxiété ressentie et *craving* ressentis) (Dawe et Staiger, 1998).

L'étude de cas menée par Dawe et Staiger (1998) démontre que le programme d'exposition modifié permet une réduction significative de la consommation d'alcool passant de 131 consommations par semaine à 29 par semaine à la fin du programme. Les résultats démontrent également une absence de compulsions alimentaires et de purge huit mois après la fin du traitement.

Le programme de traitement des TCA en clinique externe des services d'urgence pour enfant et adolescents

Ce programme est un traitement en clinique externe pour les jeunes, tous genres confondus, âgés de 18 ans et moins ayant un TCA. Bien que celui-ci soit structuré, il a été conçu pour permettre des ajustements selon les besoins des participants. Ces derniers sont pris en charge par une équipe d'intervention multidisciplinaire pour qu'un bilan médical, une évaluation psychiatrique, une consultation diététique, une thérapie cognitive comportementale en individuel ainsi qu'une thérapie familiale soient offerts durant le programme (Kirkpatrick *et al.*, 2019). Plus précisément, les professionnels médicaux visent le rétablissement du poids et la santé générale tandis que le diététicien s'occupe de l'apprentissage des saines habitudes alimentaires pour ainsi

assurer le développement adéquat des jeunes. La thérapie cognitive comportementale individuelle est quant à elle utilisée pour travailler les distorsions cognitives, les schémas de pensées rigides et la régulation émotionnelle par l'utilisation de la *Dialectical Behavior Therapy* et la remédiation cognitive. Étant également axée sur l'amélioration du soutien parental des jeunes et l'amélioration de leur relation avec la nourriture, une thérapie familiale complète est offerte aux participants (Kirkpatrick *et al.*, 2019).

Selon l'étude de Kirkpatrick *et al.*, (2019), les adolescentes présentant un TCA et un TUS en concomitance bénéficieraient tout autant du programme de traitement des TCA en clinique externe des services d'urgence pour enfant et adolescents que celles ayant un TCA sans TUS. Toutefois, la présence de TUS semble réduire l'efficacité de celui-ci. De plus, les jeunes souffrant de la double problématique seraient plus susceptibles d'abandonner ce type traitement (Kirkpatrick *et al.*, 2019).

Le *Women's recovery group*

Le *Women's recovery group* est une thérapie de groupe manualisée utilisant l'approche cognitive comportementale ainsi que du contenu spécifique au genre féminin. La particularité de ce traitement est qu'il a été utilisé auprès d'un groupe de résidentes d'un centre de thérapie de jour pour les TCA (*McLean Klarman Eating Disorders Center*). Les femmes ciblées devaient présenter un TUS en concomitance à des troubles psychiatriques incluant le TCA. Ce groupe, habituellement d'une durée de 12 séances de 90 minutes, a aussi été offert à 14 séances de 60 minutes, deux fois par semaine. L'animation est faite par trois thérapeutes du centre. Ceux-ci doivent détenir une formation de niveau maîtrise ainsi que plus de deux ans d'expérience en animation de groupe (Sugarman *et al.*, 2020).

L'ajout du *Women's recovery group* au traitement des TCA a été démontré comme efficace pour la réduction de la consommation et la prévention des rechutes de TUS chez les femmes. Les auteurs affirment que lorsqu'offert en contexte de traitement des TCA, le *Women's*

recovery group est efficace pour les adultes de sexe féminin présentant la double problématique (Sugarman *et al.*, 2020).

Cependant, bien que les auteurs se montrent optimistes face au *Women's recovery group*, les participantes ont quant à elles manifesté qu'elles aimeraient que le programme inclue un module spécifique à la concomitance des TUS et des TCA tels que : « Arriver à gérer le TCA et le TUS ; Quelles sont les similitudes et les différences ? » (Sugarman *et al.*, 2020). De plus, il semble pertinent que de futures études longitudinales soient faites. En effet, comme les participantes étaient dans un centre de thérapie, donc, dans un environnement contrôlé lors de la collecte de données par les auteurs, le contexte pourrait avoir été favorable dans l'évitement de la rechute (Sugarman *et al.*, 2020).

Le protocole de traitement du TCA lors d'hospitalisation pour un TUS

Le protocole de traitement du TCA lors d'une hospitalisation pour un TUS est une intervention intégrée lors du traitement du TUS en contexte hospitalier. Celui-ci doit être prodigué par une équipe qualifiée composée d'un intervenant spécialisé en TUS, d'un psychiatre, d'infirmiers et d'un psychothérapeute. Supervisé par des infirmiers, le traitement débute par une semaine de sevrage de la substance associée au TUS. Lorsque le sevrage est terminé, le patient doit suivre le plan de traitement des TCA intégré au traitement des TUS et donc, participer à toutes les activités et rencontres prévues chaque jour. Le patient en traitement pourrait se voir exiger de participer à des séances de thérapie individuelle et de groupe avec un psychothérapeute, à des activités thérapeutiques de groupe, à un groupe d'alcooliques anonymes, au groupe de partage axé sur le vécu personnel ainsi qu'au groupe de préparation à l'approche des 12 étapes. (Marcus et Katz, 1990).

En ce qui concerne la partie axée sur le TCA, le protocole de traitement inclut un examen médical physique complet, un suivi avec un nutritionniste pour établir un plan de prise ou de perte de poids, une surveillance pendant et deux heures après chaque repas pour éviter les comportements compensatoires inappropriés, de la thérapie de groupe, individuelle et familiale

ainsi que de la psychoéducation pour aider les patients à comprendre leurs troubles et leurs patrons comportementaux associés. La prescription d'antidépresseur tricyclique (ipramine et desipramine) fait aussi partie du traitement axé sur le TCA. Finalement, un plan de sortie portant sur les deux troubles est prévu pour assurer la continuité des services en externe (Marcus et Katz, 1990).

Selon l'opinion des auteurs, l'intégration du protocole de traitement du TCA au traitement des TUS en contexte d'hospitalisation permet la réhabilitation de la majorité des patients (Marcus et Katz, 1990).

Le programme *Healthy steps to freedom* (HSF)

Le *Healthy steps to freedom* est un programme de thérapie de groupe pour les femmes axé sur les TCA. Ce traitement est offert en centre de réadaptation pour consommatrice de drogue et d'alcool. Celui-ci est donc utilisé en complémentarité aux traitements pour les TUS en contexte de centre de réadaptation en dépendance. Il est composé de leçons hebdomadaires d'une durée de 90 minutes pendant 12 semaines. Le groupe doit être composé de 6 à 15 femmes. Des thèmes sur la santé générale des participantes tels que l'image de soi, l'estime de soi, l'importance de l'activité physique et les bases de la nutrition y sont abordés. Des thèmes portant sur le TCA tels que les comportements alimentaires inadéquats et les distorsions cognitives associées à l'image de soi des participantes y sont aussi abordés. Des discussions de groupe, des devoirs et des activités d'apprentissage sont utilisés comme moyen d'intervention pour favoriser les apprentissages (Lindsay *et al.*, 2012).

Dans un protocole pré- post sans groupe de comparaison, la participation au *Healthy steps to freedom* a permis une diminution des symptômes liés au TCA chez les femmes présentant un TUS en comorbidité. Plus précisément, les auteurs relèvent une prise de poids significative et une augmentation de l'indice de masse corporelle chez les patientes entre l'arrêt de la consommation de substances psychoactives et la fin du programme, une amélioration significative des saines habitudes de vie, une amélioration significative des connaissances en matière de santé et de

nutrition en plus d'une augmentation significative de l'idéal de poids chez les femmes passant de 137 livres à 143 livres. Également, il semble que le traitement des TCA ait eu un impact positif sur le TUS des participantes. En effet, les résultats démontrent une diminution significative de la peur des femmes de subir une rechute à la fin du programme à cause de la prise de poids associée à l'hébergement en centre de thérapie. De plus, une diminution significative de l'intention de consommer des drogues dans le but de perdre du poids à la fin du programme a été relevée chez les participantes (Lindsay *et al.*, 2012).

Discussion et conclusion

Cette recherche visait à faire l'état des meilleures pratiques auprès des adolescentes présentant un TCA et un TUS en concomitance. Les intervenants œuvrant auprès de cette population pourraient alors être mieux outillés et, par le fait même, assurer une prise en charge plus adéquate de ces jeunes. Le but ultime était donc d'améliorer l'efficacité de l'intervention auprès de ces jeunes femmes et espérer ainsi avoir un impact positif sur leur trajectoire développementale.

Un premier constat à la suite de la recension systématique des écrits situe la *Dialectical Behavior Therapy* comme une bonne option pour le traitement de la cooccurrence TCA et TUS. Ayant été démontré efficace pour le traitement des TCA seuls et des TUS seuls (Corey, 2008 dans Courbasson *et al.*, 2012 ; Grilo *et al.*, 2002), la thérapie s'adresse aussi à des enjeux prédisposant les deux problématiques (Grilo *et al.*, 2002 dans Courbasson *et al.*, 2012). En effet, la diminution de l'impulsivité, l'amélioration de la régulation émotionnelle et le développement des stratégies de *coping* sont ciblés. Cela permet d'appuyer l'hypothèse que la *Dialectical Behavior Therapy* semble être à ce jour l'un des meilleurs traitements de la comorbidité. Cependant, bien que la thérapie ait été démontrée efficace par un essai contrôlé randomisé conduit auprès d'une population de 25 femmes d'âge adulte, aucun n'a été mené auprès d'adolescentes. Ce modèle prometteur devra ainsi être davantage étudié.

Le second constat de ce travail est que l'autre option de traitement de la comorbidité semble être la thérapie cognitive comportementale intégrative. En effet, les auteurs émettent l'hypothèse que le traitement semble avoir un potentiel d'efficacité si, d'une part, les caractéristiques communes des traitements de thérapie cognitive comportementale ayant été démontrées efficaces pour les deux troubles individuellement sont utilisées. En ce sens, l'auto-observation de ses mécanismes comportementaux, l'identification des situations présentant un risque élevé de perte de contrôle ainsi que l'enseignement d'habiletés d'adaptation et de gestion des émotions devraient ainsi être inclus dans la thérapie cognitive comportementale intégrée (Conason et Sher, 2006 ; Sysko et Hildebrandt, 2009). D'autre part, les auteurs soutiennent leur

hypothèse d'efficacité de ce type de thérapie par l'idée que le traitement des mécanismes de maintien associés aux deux troubles tels que l'impulsivité, la motivation aux changements, les difficultés dans les relations interpersonnelles et la sensibilité aux récompenses permettrait l'amélioration de la condition des patients (Sysko et Hildebrandt, 2009). De plus, le fait que ce type de traitement présente des objectifs similaires avec la *Dialectical Behavior Therapy* tels que l'augmentation de la tolérance à la détresse et l'amélioration des relations interpersonnelles des participants appuie sa pertinence. Les auteurs ajoutent qu'il semble que le TUS devrait constituer la cible première de la thérapie cognitive comportementale intégrée pour que celle-ci soit efficace pour le TCA (Sysko et Hildebrandt, 2009). Toutefois tous ne pensent pas cela (Woodside et Staab, 2006 dans Carbaugh et Sias, 2010). Comme aucune donnée d'efficacité de ce modèle auprès des adolescentes ou des femmes n'est disponible, de futures recherches sont nécessaires.

Un troisième constat provenant de la présente recension est que, bien que n'ayant pas fait l'objet d'études, des recommandations conceptuellement pertinentes pour les professionnels œuvrant auprès des jeunes présentant un TCA et un TUS sont suggérées. En ce sens, l'approche holistique, caractérisée par sa vision de l'individu comme étant un tout plutôt que de façon compartimentée, a été qualifiée de « la plus grande force des traitements concomitants » par Carbaugh et Sias (2010). Les auteurs justifient cette affirmation par le fait que l'utilisation de cette approche permet aux intervenants d'établir un portrait global de la personne aidée et ainsi, définir des objectifs de traitement visant à atténuer les facteurs liés aux deux troubles (Carbaugh et Sias, 2010). Ensuite, les adolescentes avec une anorexie mentale auraient identifié que les impacts négatifs sur la santé de la consommation serait le facteur le plus important dans le choix de ne pas consommer d'alcool et de drogues (Stock *et al.*, 2002 dans Kirkpatrick *et al.*, 2019). Cette donnée porte à croire qu'il serait pertinent d'inclure dans les traitements un volet éducatif abordant les impacts des TCA et des TUS sur la santé des jeunes. Également, les études descriptives de cette clientèle ont démontré que l'une des motivations présentes chez les individus qui adopteront des comportements alimentaires inappropriés ou une consommation d'alcool excessive sont souvent motivés par l'évitement d'émotions négatives (Ferriter et Ray, 2011 dans Lui, 2017). La motivation de la personne à adopter des comportements associés au

TUS et à la boulimie ou à l'accès hyperphagique serait ainsi influencée par l'appréhension des effets de diminutions du stress grâce à la consommation (Ferriter et Ray, 2011 dans Lui, 2017 ; Fischer et Smith, 2008 dans Lui, 2017). Ces données permettent de mettre en lumière la pertinence de mettre en place des stratégies d'intervention visant à gérer les stressseurs autrement que par des stratégies d'évitement. Cela semble cohérent avec les cibles d'intervention de la *Dialectical Behavior Therapy* ainsi que de la thérapie cognitive comportementale intégrative.

Un quatrième constat issu de la recherche est la divergence d'opinions quant à l'ordre de traitement des deux troubles. Effectivement, certains auteurs affirment que les TCA et les TUS devraient être traités ensemble lorsque la sévérité des deux troubles est comparable en raison de la conceptualisation similaire des deux problèmes de santé mentale. En effets, tous deux peuvent être vus comme des symptômes d'une prédisposition à la dépendance selon Varner (1999) dans (Carbaugh et Sias, 2010). Pour d'autres, c'est le TCA qui devrait être traité en premier lieu, car les impacts de la dénutrition sur les pensées et les émotions de la personne présentant ce trouble sont d'une gravité supérieure au TUS. De plus, ces impacts pourraient mener l'individu à éprouver des difficultés à suivre un traitement qui aurait pour première cible la consommation de substances (Woodside et Staab, 2006 dans Carbaugh et Sias, 2010). Inversement, certains croient plutôt que les individus ayant la double problématique devraient tout d'abord recevoir un traitement pour les TUS, puis recevoir un traitement pour le TCA (Sysko et Hildebrandt, 2009). Malgré la divergence d'opinions présente entre les auteurs, il semble que l'ordre dans lequel l'un ou l'autre des deux troubles devrait être traité doit être déterminé en fonction de l'unicité des individus et de la sévérité des deux troubles (Varner, 1999 dans Carbaugh et Sias, 2010). Cette dernière idée est d'autant plus pertinente, car elle respecte le postulat de l'approche holistique telle que suggérée ci-dessus.

Malgré la pertinence des résultats présentés ci-dessus, le manque flagrant d'études portant sur le sujet de cet essai, et ce, même lorsque la population cible est élargie, demeure. Ce constat est très inquiétant considérant la complexité de traitement et les effets néfastes qu'entraîne la présence de la comorbidité chez les jeunes. De plus, bien que certains des traitements relevés

précédemment semblent prometteurs, la généralisation des résultats est peu réaliste. De ce fait, l'efficacité du Programme d'exposition modifié et de l'*Intensive outpatient program* repose sur deux études cas. Il est également impossible de savoir si les progrès réalisés par la participante à l'*Intensive outpatient program* sont attribuables au programme, au traitement pharmacologique débuté au même moment ou à la combinaison de ces deux facteurs. Les résultats pour la *Integrative cognitive - affective therapy* sont aussi difficilement généralisable à la population cible à cause de la méthode subjective de collecte de données utilisée et des caractéristiques personnelles du seul cas étudié (femme âgée de 35 ans ayant un diagnostic de bipolarité). Ces résultats sont donc embryonnaires.

À la lumière des résultats obtenus, il semble urgent de poursuivre les recherches portant sur les meilleures pratiques à appliquer auprès d'une clientèle d'adolescente présentant un TCA et un TUS en comorbidité. Les futures études auraient avantage à examiner les effets des différents traitements sur cette population et à explorer l'ordre de traitement des troubles. Néanmoins, le présent travail a permis de relever que la *Dialectical Behavior Therapy* et la thérapie cognitive comportementale intégrative sont des traitements qui semblent prometteurs. Certaines pistes d'intervention pertinentes comme l'intégration de l'approche holistique, la prévention des effets néfastes de la consommation de substances chez les jeunes et l'amélioration des stratégies de gestion du stress ont aussi pu être relevées.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Masson.
- Boy, C. et Schmitt, L. (2010). *Personnalités addictives*. https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/personnalites_addictives.pdf
- Burton, E., Stice, E., Bearman, S. K., et Rohde, P. (2007). Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: a randomized trial. *The International journal of eating disorders*, 40(1), 27-36. <https://doi.org/10.1002/eat.20292>
- 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>
- Centre for addiction and mental health. (2017). *What is Dialectical Behaviour Therapy (DBT) ?*. <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-illness-and-addiction-index/dialectical-behaviour-therapy#:~:text=Dialectical%20means%20%22the%20existence%20of,into%20four%20s,tages%20of%20treatment>
- Claudat, K., Brown, T. A., Anderson, L., Bongiorno, G., Berner, L. A., Reilly, E., Luo, T., Orloff, N., et Kaye, W. H. (2020). Correlates of co-occurring eating disorders and substance use disorders: A case for dialectical behavior therapy. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 28(2), 142-156. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1740913>
- Conason, A. H., et Sher, L. (2006). Alcohol use in adolescents with eating disorders. *International journal of adolescent medicine and health*, 18(1), 31-36. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2006.18.1.31>
- Courbasson, C., 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>
- Dindo, L., Van Liew, J. R., et Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics : The Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 14(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Dawe, S., et Staiger, P. (1998). Case report: Treatment of a woman with alcohol and binge eating problems. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29(3), 249-260. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(98\)00012-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(98)00012-3)

- Grilo, C. M., Sinha, R., et O'Malley, S. S. (2002). Eating Disorders and Alcohol Use Disorders. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 151-160.
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 : Résultats de la deuxième édition*.
<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-2-ladaptation-sociale-et-la-sante-mentale-des-jeunes.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Les troubles liés aux substances psychoactives : surveillance de la mortalité*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3240>
- Kanbur, N., et Harrison, A. (2016). Co-occurrence of Substance Use and Eating Disorders: An Approach to the Adolescent Patient in the Context of Family Centered Care. A Literature Review. *Substance use & misuse*, 51(7), 853-860.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1155614>
- Kirkpatrick, R., Booij, L., Vance, A., Marshall, B., Kanellos-Sutton, M., Marchand, P., et Khalid-Khan, S. (2019). Eating disorders and substance use in adolescents: How substance users differ from nonsubstance users in an outpatient eating disorders treatment clinic. *The International journal of eating disorders*, 52(2), 175-182.
<https://doi.org/10.1002/eat.23017>
- 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>
- Lui, P. P. (2017). Incorporating meta-emotions in integrative cognitive-affective therapy to treat comorbid bulimia nervosa and substance use disorders in a Latina American. *Clinical Case Studies*, 16(4), 328-345. <https://doi.org/10.1177/1534650117698038>
- Marcus, R. N., et Katz, J. L. (1990). Inpatient care of the substance-abusing patient with a concomitant eating disorder. *Hospital & community psychiatry*, 41(1), 59-63.
<https://doi.org/10.1176/ps.41.1.59>
- Office québécois de la langue française. (2021). *Pharmacothérapie*.
<https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8385141/pharmacotherapie>
- Rengade, C-E. et Fanget, F. (2011). *Vivre mieux avec son impulsivité*. Odile Jacob.
- Santé Canada. (2008). *L'utilisation des opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees->

[sante/rapports-publications/substances-controlees-precenseurs-chimiques/utilisation-opioides-traitement-dependance-opioides.html#a3](https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/04/miniguidsoutien.pdf)

Savard, P. et Lussier Valade, M. (2019). *La thérapie de soutien un mini-guide de pratique*. <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/04/miniguidsoutien.pdf>

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>

Sysko, R., et Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 17(2), 89-100. <https://doi.org/10.1002/erv.906>

Weibel, S., Lalanne, L., Riegert, M., et Bertschy, G. (2015). Efficacy of high-dose baclofen for alcohol use disorder and comorbid bulimia: A case report. *Journal of dual diagnosis*, 11(3-4), 203-204. <https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1104483>

World Health Organization. (2023). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>

Appendice A

Tableau résumé des articles utilisés

Tableau 2.

Charting the data

Auteur/année/pays	Type d'étude ¹	Méthode (Nombre de participants/âge/pays/contexte)	Type de TCA/TUS	Description de l'intervention	Résultats
1. Burton, Stice, Bearman et Paul, (2007), États-Unis	EGH	<ul style="list-style-type: none"> • N=145 • 14 à 23 ans, É-U • Étudiantes présentant des symptômes dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool et drogues 	Thérapie cognitive comportementale (TCC) <i>Depression prevention intervention</i> , 4 séances en groupe une fois par semaine.	Diminution significative des symptômes de boulimie, mais non significative pour le TUS.
2. Carbaugh et Shari, (2010), États-Unis	RC	<ul style="list-style-type: none"> • N=1 • 20 ans, É-U • Étudiante ayant été référée au Intensive Outpatient Program (IOP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool et cocaïne 	Le programme de traitement externe intensif est basé sur la thérapie cognitive comportementale en plus d'utiliser des éléments de la <i>Dialectical Behavior Therapy</i> , des rencontres familiales et un traitement pharmacologique au besoin.	Diminution des épisodes de crises boulimiques et des purges, diminution de la consommation de substances
3. Conason et Sher, (2006), États-Unis	Revue de littérature narrative	N.A.	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool 	Thérapie cognitive comportementale intégrative (TCC-I) permet le traitement de la boulimie et les TUS en simultané et qui permet de cibler des objectifs pertinents pour chacun des troubles. Le traitement pharmacologique comprend les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.	La thérapie cognitive comportementale intégrative semble être une option « viable » pour le traitement de la concomitance TCA et TUS-alcool. La naltrexone permet une diminution de la consommation, du risque de rechute et favorise le maintien de l'abstinence ainsi qu'une diminution significative de l'étendue des crises boulimiques des personnes de poids « normal » présentant une boulimie.
4. Courbasson, Nishikawa et	EGH	<ul style="list-style-type: none"> • N=25 • 32,5 ans en moyenne, É-U 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie, boulimie et hyperphagie 	Programme d'intervention d'un an ayant un volet de groupe et individuel. Le	La <i>Dialectical Behavior Therapy</i> a été démontrée efficace. Une diminution significative de la sévérité et de l'utilisation de substances en plus

Auteur/année/pays	Type d'étude ¹	Méthode (Nombre de participants/âge/ pays/contexte)	Type de TCA/TUS	Description de l'intervention	Résultats
Dixon, (2012), États-Unis		<ul style="list-style-type: none"> • Patientes référées en clinique spécialisée en toxicomanie et en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes substances excluant la nicotine 	groupe expérimental a reçu la <i>Dialectical Behavior Therapy</i> tandis que le groupe contrôle a reçu le traitement habituellement offert par la clinique.	d'une diminution significative des épisodes de frénésie alimentaire, des tendances boulimiques, des restrictions alimentaires et augmentation significative des attitudes et comportements alimentaires positifs ont été relevé au sein du groupe expérimental.
5. Dawe et Straiger, (1998), Australie	RC	<ul style="list-style-type: none"> • N=1 • 32 ans, Australie • Patiente recevant un traitement en clinique externe 	<ul style="list-style-type: none"> • TCA de type subclinique (crises de suralimentation avec purge) • Alcool 	Utilisation d'un programme basé sur l'exposition et la thérapie cognitive comportementale	Diminution significative de la consommation d'alcool et une absence de frénésie alimentaire et de purge
6. Grilo, Sinha et O'Malley, (2002), États-Unis	RLN	N.A	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie, Boulimie et hyperphagie • Alcool 	Traitement pharmacologique, la thérapie cognitive comportementale, la <i>Dialectical Behavior Therapy</i>	Les auteurs qualifient les traitements psychologiques comme étant un point de départ raisonnable pour la poursuite des recherches. Le traitement pharmacologique de fluoxétine diminue la consommation d'alcool lors de dépression en plus de diminuer les symptômes boulimiques.
7. Kanbur et Harrison, (2016), Angleterre	RLN	N.A	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie, Anorexie • Non spécifié 	Psychothérapie de soutien individuelle, <i>Acceptance and commitment therapy</i> et <i>Family base treatment</i>	La psychothérapie individuelle de soutien présente des résultats acceptables chez les adolescentes présentant un TCA et un TUS en concomitance. L' <i>acceptance and commitment therapy</i> est efficace pour le traitement de l'anorexie seule et du TUS seul chez les adolescentes. Le <i>family base treatment</i> est efficace chez les adolescentes ayant un TCA mais peu efficace lorsqu'il y a une concomitance avec un TUS.

Auteur/année/pays	Type d'étude ¹	Méthode (Nombre de participants/âge/ pays/contexte)	Type de TCA/TUS	Description de l'intervention	Résultats
8. Kirkpatrick, Booi, Vance, Marshall, Kanellos-Sutton, Marchand et Khalid-Kan, (2019), Canada	EG	<ul style="list-style-type: none"> • N=295 • 15 ans en moyenne, Canada • Patients d'une clinique externe du programme de traitement ambulatoire des TCA pour enfants et adolescents. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie et boulimie • Alcool, marijuana, tabac, méthamphétamine et opioïde 	Le programme de traitement des TCA en clinique externe des services d'urgence de traitement structuré implique des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et des diététiciens. Utilisation de la thérapie cognitive comportementale, du <i>Family base treatment</i> , de la <i>Dialectical Behavior Therapy</i> et la remédiation cognitive	Même efficacité que chez les jeunes présentant seulement un TCA sans TUS
9. Lindsay, Warren, Velasquez et Lu, (2012), États-Unis	E	<ul style="list-style-type: none"> • N=124, Nevada • 18 à 64 ans • Centre de traitement pour TUS 	<ul style="list-style-type: none"> • TCA subclinique • Tout type, mais particulièrement les stimulants 	Programme <i>Healthy Steps to Freedom</i> , 12 leçons hebdomadaires de 90 minutes	Diminution des symptômes TCA, de l'intention de consommer une substance et de la peur de rechute de substance. Augmentation du poids, de l'indice de masse corporelle, de l'idéal de poids perçu, des saines habitudes et des connaissances en nutrition.
10. Lui, (2017), États-Unis	RC	<ul style="list-style-type: none"> • N=1 • 35 ans, É-U • Programme ambulatoire intensif 	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool et cocaïne 	Utilisation du programme <i>Integrative cognitive - affective therapy</i> avec l'ajout de la méta-émotion.	Diminution des épisodes de frénésie alimentaire, de la privation alimentaire, de l'insatisfaction corporelle, des pensées négatives associées à l'obésité, de la consommation d'alcool et de cocaïne, des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que le maintien d'un poids stable et une meilleure évaluation de soi.
11. Marcus et Katz, (1990), États-Unis	RLN	<ul style="list-style-type: none"> • N=1 • 24 ans, É-U • Traitement des SUD en unité hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool 	Établissement d'un protocole d'intervention du TCA intégré au programme de traitement des TUS en soins hospitaliers	Les auteurs croient que le traitement des deux problématiques pourrait être plus efficace si le protocole d'intervention du TCA est intégré au

Auteur/année/pays	Type d'étude ¹	Méthode (Nombre de participants/âge/ pays/contexte)	Type de TCA/TUS	Description de l'intervention	Résultats
12. Sugarman, Meyer, Reilly, Rauch et Greenfield, (2020), États-Unis	EGH	<ul style="list-style-type: none"> • 24 femmes • 18 à 27 ans, nd • Centre de traitement des TCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie, boulimie et hyperphagie • Alcool, drogue et stimulants prescrits 	<i>Women's Recovery Group</i> : utilise la thérapie cognitive comportementale de groupe et du contenu spécifique au genre	<p>programme de traitement des TUS en soins hospitaliers</p> <p>Diminution de la consommation, efficace pour la prévention des rechutes.</p>
13. Sysko et Hildebrandt, (2009), Angleterre	RLN	NA	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool et drogue 	<i>Dialectical Behavior Therapy</i> , les traitements pharmacologiques, la thérapie cognitive comportementale intégrative et la thérapie cognitive comportementale	<p><i>La Dialectical Behavior Therapy</i> semble efficace chez les femmes présentant le double problématique. Le traitement pharmacologique d'inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) et la thérapie cognitive comportementale sont efficaces chez les femmes souffrant d'un TUS seul et un TCA seul. La thérapie cognitive comportementale est toutefois déconseillée pour les personnes souffrant des deux troubles. Le traitement par naltrexone ne s'est quant à lui pas montré plus efficace qu'un placebo chez les individus présentant les deux problématiques en concomitance. Le manque d'études ne permet pas d'établir une relation significative entre la thérapie cognitive comportementale intégrative et l'amélioration des deux problématiques.</p>
14. Weibel, Lalanne, Riegert et	RC	<ul style="list-style-type: none"> • 1 femme • 40 ans, France 	<ul style="list-style-type: none"> • Boulimie • Alcool 	Traitement pharmacologique au baclofen à forte dose (150 mg par jour)	Prometteur pour l'alcool, mais inefficace pour les crises de suralimentation.

Auteur/année/pays	Type d'étude ¹	Méthode (Nombre de participants/âge/ pays/contexte)	Type de TCA/TUS	Description de l'intervention	Résultats
Bertschy, (2015), France		<ul style="list-style-type: none"> Traitement de la toxicomanie en centre hospitalier 			

¹ RLS = Revue de la littérature systématique ; RLN = Revue de la littérature non systématique ; Description du modèle thérapeutique (D) ; Étude d'efficacité avec groupe de comparaison avec distribution au hasard (EGH) ; Étude d'efficacité avec groupe de comparaison sans distribution au hasard (EG) ; Étude d'efficacité sans groupe de comparaison (E) ; Méta-analyse (M) ; Protocole qualitatif (PQ) ; Protocole à cas unique (PU) ; Rapport de cas (RC)

