

L'alimentation intuitive: qu'en est-il chez des personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires ?

Introduction

L'alimentation intuitive (AI) est une approche non restrictive qui privilégie l'écoute des signaux internes du corps pour guider l'acte de manger, sans règles externes ni focalisation sur le poids (1). Les bienfaits d'une alimentation plus intuitive ayant été démontrés dans la population générale, il semble légitime de s'interroger sur la possibilité à recourir à une telle approche auprès de personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires (TCA). Les TCA sont des conditions psychiatriques graves, caractérisées par une perturbation significative du comportement alimentaire, souvent accompagnées d'une détresse psychologique marquée et de préoccupations excessives concernant le poids, l'image corporelle et l'alimentation. Ils entraînent des répercussions physiques et psychologiques importantes, nuisant au fonctionnement quotidien de la personne. Parmi les principaux TCA, il y a entre autres l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Les comportements clés de ces troubles (restriction, comportements compensatoires, désinhibition, etc.) semblent à première vue difficilement conciliables avec l'approche intuitive. Pourtant, le fait d'avoir une alimentation plus intuitive n'indiquerait pas uniquement l'absence de symptômes de TCA, mais représenterait plutôt la présence de comportements alimentaires positifs et protecteurs, favorisant une relation saine avec la nourriture (2). Dès lors, une question importante émerge : l'alimentation intuitive a-t-elle sa place dans le traitement des TCA? Cet article explore les liens complexes entre TCA et alimentation intuitive, en s'appuyant sur la littérature scientifique, en abordant les obstacles cliniques observés et les convergences avec le traitement actuel.



Karine Fortin, Dt.P., M. Sc.

Affiliations

CIUSSS-de-la-Capitale-Nationale – Programme d'intervention en trouble des conduites alimentaires (PITCA) ; Centre d'expertise en poids, image, alimentation (CEPIA) – Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels (INAF)



Où se situe la recherche en termes d'alimentation intuitive et de TCA ?

Niveaux d'alimentation intuitive

La recherche sur les niveaux d'alimentation intuitive (AI) chez des populations cliniques souffrant de TCA demeure limitée. L'Intuitive Eating-Scale (IES), qui en est maintenant à sa troisième version (3), mesure les niveaux d'AI selon un score total, et selon 4 sous-échelles, reflétant les éléments clés de cette approche : se donner la permission inconditionnelle de manger, manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles, écouter ses signaux de faim et satiété et respecter la congruence corps-aliments. Cet outil permet d'explorer dans quelle mesure une personne adopte des comportements alimentaires flexibles et autorégulés. Sans surprise, les études menées jusqu'à présent indiquent que les personnes souffrant de TCA présentent des scores significativement plus faibles à l'IES lorsque comparés aux scores issus de la population générale (4, 5, 6). Ces différences semblent varier selon le diagnostic, en cohérence avec les comportements alimentaires caractéristiques de chaque trouble.

En 2022, l'étude de Babbot & al. (5) — qui évalue la structure factorielle de l'IES-2 auprès de personnes recherchant un traitement pour un TCA en clinique privée — suggère que le score total pourrait être moins utile chez cette population et que l'utilisation des sous-échelles individuellement refléterait plus adéquatement les différents aspects du comportement alimentaire. Les chercheurs ont comparé les différents diagnostics pour chaque sous-échelle. Les personnes souffrant d'anorexie mentale obtiennent un score total plus élevé à la sous-échelle *Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles* comparativement aux personnes atteintes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique (5). Ceci est cohérent avec la littérature actuelle qui démontre qu'en anorexie, l'alimentation émotionnelle est peu présente comparée aux autres diagnostics (4, 5). Les personnes souffrant d'anorexie mentale obtiennent des scores plus bas à *La permission inconditionnelle de manger*, ce qui reflète la forte restriction et le contrôle caractéristiques de cette problématique. De façon surprenante, elles présentent un score élevé à la sous-échelle *Respecter la congruence corps-aliments*, qui évalue la capacité à faire des choix alimentaires favorisant la santé. Ce résultat suggère qu'elles pourraient percevoir, à tort, leurs choix comme étant adéquats au maintien de la santé. Ce résultat pourrait ainsi refléter davantage une fausse conformité ou une perception biaisée des items de cette catégorie. En effet, il est bien établi que les personnes souffrant d'anorexie développent fréquemment une rigidité cognitive importante, les amenant à interpréter et appliquer les recommandations nutritionnelles de façon extrême, au point où celles-ci deviennent préjudiciables à leur santé.

Dans la même étude, les personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique présentaient les scores les plus faibles aux sous-échelles *Manger pour des raisons physiques* et *Écouter ses signaux de faim et de satiété*, comparativement aux autres diagnostics. Il a déjà été suggéré que ces personnes éprouvent davantage de difficultés à différencier les états internes — tels que la faim, la satiété et les émotions — et qu'elles sont plus susceptibles d'adopter une alimentation émotionnelle (7).

De nombreux questionnements subsistent concernant la validité discriminante de l'IES dans une population clinique. Dans ce contexte, les résultats doivent toujours être interprétés avec prudence, et chaque échelle analysée individuellement en considérant le diagnostic (5). Il a été suggéré que cet outil pourrait être utile pour mesurer le développement de comportements alimentaires adaptatifs pendant le traitement (2, 5).

L'intervention avec une approche intuitive

À ce jour, peu d'études ont évalué l'efficacité d'intégrer les concepts de l'AI dans le traitement clinique des TCA. Quelques-unes, effectuées auprès d'une population souffrant d'hyperphagie boulimique, auraient associé l'acquisition de meilleures capacités à être intuitif à une diminution de la fréquence des accès hyperphagiques chez les participants (8, 9).

Une méta-analyse récente (10) a synthétisé les résultats de neuf études ayant utilisé des interventions inspirées des dix principes de l'AI dans divers contextes, incluant des participants avec des comportements alimentaires problématiques, dont certains avec un diagnostic de TCA. L'ensemble des études a montré une amélioration significative des scores d'AI, ainsi que des effets positifs sur l'image corporelle, la qualité de vie, les symptômes psychologiques et alimentaires. Toutefois, les auteurs soulignent une grande variabilité méthodologique entre les études, ce qui limite la généralisation des résultats, en particulier dans les contextes cliniques.

Une étude pilote (11), menée auprès de 120 femmes hospitalisées pour un TCA, a intégré à leur traitement habituel un enseignement structuré des principes de l'AI, offert par séquences. Les patientes pouvaient les appliquer de façon adaptée, seulement une fois les objectifs principaux du traitement atteints. Des gains significatifs dans leur capacité à être intuitives ont été observés dans toutes les catégories diagnostiques, avec des gains particulièrement marqués chez les personnes souffrant de boulimie. Cette amélioration a été également associée à d'autres indicateurs positifs de rétablissement. Il est important de noter que le devis corrélationnel de cette étude ne permet pas de démontrer que l'inclusion des principes de l'AI dans le traitement réduit les symptômes et les comportements liés au TCA. Or, ces résultats appuient l'idée qu'une intégration progressive et adaptée de l'AI pourrait possiblement devenir un outil complémentaire au traitement actuel, dans un cadre thérapeutique bien structuré.

Les défis concernant l'AI chez des personnes souffrant de TCA

D'un point de vue clinique, plusieurs raisons fondées expliquent les inquiétudes suscitées par l'utilisation de l'AI dans un contexte de traitement d'un TCA. Plusieurs facteurs peuvent nuire à la possibilité de développer la capacité à être plus intuitif. En voici quelques-uns :

Conscience interoceptive abaissée

Celle-ci fait référence à la perception subjective des signaux qui sont originaires du corps. Ces signaux sont principalement la faim, la satiété et les différents états émotionnels. Il a été suggéré que les personnes souffrant de TCA auraient d'importants déficits dans la reconnaissance et le traitement de ces états (12).

Dénutrition

Les personnes souffrant de TCA, particulièrement celles souffrant d'anorexie, sont souvent dans un état de dénutrition, qui altère la perception des signaux corporels. La réhabilitation nutritionnelle nécessaire pour le corriger et retrouver un poids plus sécuritaire nécessite fréquemment un plan strict de réalimentation. De surcroît, chez les personnes gravement dénutries, les besoins nutritionnels en réalimentation sont fréquemment accrus, signifiant qu'en phase aiguë de traitement, elles auront besoin d'apports augmentés pour se réalimenter.

Symptômes digestifs

Le système digestif est fortement affecté par la dénutrition et les différents symptômes du TCA (restriction, pertes de contrôle, comportements compensatoires, etc.). Des problèmes sont fréquemment soulevés : une gastroparésie marquée, du reflux, de la constipation ou de la diarrhée, des ballonnements, etc. La normalisation des apports et des comportements est nécessaire au rétablissement de la santé digestive, permettant au corps d'envoyer des signaux fiables.

Règles rigides

Le désir de contrôler le poids et la forme corporelle, combiné à une forte tendance à la pensée dichotomique, pousse ces personnes à adopter de nombreuses règles alimentaires, contraignantes et restrictives (13), contribuant au maintien de la rigidité cognitive. D'une part, les règles peuvent amener l'alimentation à être très limitée en termes de quantité et de variété, favorisant la dénutrition et l'obsession constante avec la nourriture et le poids. D'autre part, elles peuvent créer un sentiment important de privation, augmentant la vulnérabilité aux crises alimentaires.

Alimentation chaotique

Il n'est pas rare que les personnes souffrant de TCA aient un horaire d'alimentation irrégulier ou non adapté pour répondre aux besoins nutritionnels. Particulièrement chez les personnes prises dans un cycle de restriction-désinhibition, elles peuvent avoir tendance à attendre d'être affamées avant de se permettre de manger, et manger ensuite jusqu'à se sentir inconfortablement pleines, pour encore se restreindre par la suite. Les comportements compensatoires peuvent également contribuer à cette instabilité. Manger suffisamment de façon régulière et satisfaisante est non négociable chez les personnes souffrant de TCA, peu importe le diagnostic.



Le traitement nutritionnel d'un TCA et l'alimentation intuitive sont-ils compatibles ?

La réhabilitation nutritionnelle en cours de traitement est essentielle, souvent nécessaire pour que les interventions psychologiques et psychiatriques soient plus efficaces (14). Les objectifs nutritionnels spécifiques du traitement varient selon le diagnostic. Chez les personnes souffrant d'anorexie, la priorité est généralement donnée à la stabilisation médicale, la correction de la dénutrition et à la restauration du poids. Dans les cas de boulimie et d'hyperphagie boulimique, les cibles incluent l'établissement d'un rythme alimentaire régulier, l'arrêt des comportements compensatoires (boulimie seulement) et la réintroduction d'aliments interdits ou associés aux crises, entre autres. C'est bien sûr un aperçu non exhaustif des objectifs thérapeutiques.

L'AI n'a pas été conçue comme un traitement ni validée empiriquement; elle ne peut en aucun cas remplacer les approches thérapeutiques actuelles en TCA ni permettre à elle seule l'atteinte de ces objectifs. De plus, si certains principes sont appliqués de façon littérale ou au mauvais moment, particulièrement lors de la réhabilitation nutritionnelle, ils peuvent entrer en contradiction avec les priorités cliniques et entraîner des effets négatifs (1). Malgré tout, il ressort de l'expérience clinique que plusieurs éléments clés de l'AI sont déjà présents de façon implicite dans le traitement. La section suivante aborde chacun des principes de l'AI et illustre la manière dont ceux-ci sont déjà omniprésents dans les interventions. Ce ne sont pas pour autant des recommandations; l'objectif est de mettre en lumière certains parallèles conceptuels pouvant être établis entre la pratique actuelle des nutritionnistes et les principes de l'AI.

- 1. Rejeter la culture des diètes.** Aider les patients à comprendre les effets néfastes de la restriction alimentaire et l'influence des normes sociales liés au poids dans le développement de leur TCA fait déjà partie intégrante du traitement.
- 2. Honorer sa faim.** Pendant le traitement, ce principe peut être compris comme le fait de combler ses besoins nutritionnels, même sans faim perçue. Une structure alimentaire encadrée, tant à propos des quantités que de l'horaire, permet de contrer la règle consistant à attendre un état de faim intense pour s'autoriser à manger.
- 3. Faire la paix avec les aliments.** L'identification et la réintroduction progressive des aliments interdits ou anxiogènes par l'intermédiaire de l'exposition sont centrales au processus de rétablissement.
- 4. Cesser de catégoriser les aliments en « bons » ou « mauvais ».** L'éducation nutritionnelle vise à déconstruire la catégorisation des aliments afin de favoriser une plus grande flexibilité alimentaire. Des discussions sur l'aspect moral et le jugement associé à l'acte de manger sont courantes pendant le traitement.
- 5. Découvrir le plaisir de manger.** Une déconnexion du plaisir alimentaire est fréquente chez la personne souffrant de TCA, car le plaisir est souvent associé à la peur de perdre le contrôle ou de trop manger. Une fois les apports stabilisés et les principaux symptômes résolus, il devient possible de se reconnecter graduellement au plaisir et redécouvrir les préférences alimentaires.
- 6. Vivre ses émotions avec bienveillance.** Un volet important du traitement actuel consiste à aider les patients à identifier et gérer leurs émotions sans recourir aux comportements alimentaires, en apprenant à mieux comprendre et répondre à leurs besoins sous-jacents.

- 7. Considérer la sensation de rassasiement (satiété).** Pendant le traitement, le respect de la satiété est déconseillé chez les personnes souffrant d'anorexie. Toutefois, l'apprentissage progressif d'une satiété confortable, dans un cadre alimentaire régulier et structuré, peut être abordé progressivement chez les personnes avec pertes de contrôle.
- 8. Respecter son corps.** Pendant le traitement, nourrir son corps de façon adéquate et constante est la meilleure façon de le respecter. Une fois les symptômes diminués et la santé rétablie, ce principe implique de traiter son corps avec respect, indépendamment du poids ou de l'image.
- 9. Bouger son corps et en observer les bienfaits.** Pendant le traitement, notamment chez les personnes souffrant d'anorexie, l'arrêt temporaire de l'activité physique peut être nécessaire. Une fois la santé rétablie, une réintégration progressive axée sur le plaisir, le bien-être et le respect du corps peut être envisagée, si désirée.
- 10. Honorer sa santé et ses papilles gustatives.** Apprendre à faire des choix alimentaires équilibrés, sans restriction, en tenant compte de ses goûts et de son bien-être global, constitue un objectif à long terme et s'inscrit déjà dans les phases plus avancées du traitement.

En somme, les fondements de l'alimentation intuitive semblent déjà partiellement intégrés aux interventions nutritionnelles, même s'ils ne sont pas explicitement nommés. Si des discussions plus directes sur les différentes sphères de l'AI ont lieu, cela se déroule dans les étapes finales du traitement, après la réhabilitation nutritionnelle et une fois les symptômes résolus.

Conclusion

Chez une personne souffrant de TCA, le contrôle du poids, de la silhouette, et du comportement alimentaire devient la référence pour évaluer la santé, la valeur et le bien-être global (5). La relation à l'alimentation est profondément perturbée, souvent façonnée par le contrôle, la peur et la rigidité. L'AI, en tant que philosophie, pourrait soutenir le développement d'une relation plus souple et bienveillante à l'alimentation et au corps. Bien qu'elle ne constitue pas un traitement en soi, elle a le potentiel d'enrichir la démarche thérapeutique, notamment lorsque les symptômes aigus sont moins présents.

Diminuer les comportements problématiques ne suffit pas toujours à rétablir une alimentation normale et flexible: certains patients, même après une réduction des symptômes, demeurent incertains quant à la façon de s'alimenter. L'AI peut ainsi constituer un cadre utile pour mieux écouter les repères internes et soutenir des comportements alimentaires plus adaptés. Une approche flexible et individualisée est nécessaire, ainsi qu'une bonne sensibilité clinique, afin de déterminer selon le profil et le moment du traitement, quels principes peuvent être abordés, et comment. Tenir compte des symptômes prédominants — restriction ou désinhibition — pourrait également guider l'intégration ciblée de certains principes.

Davantage d'études, y compris randomisées, sont nécessaires afin de déterminer si ces éléments doivent être abordés explicitement au cours du traitement, ou s'ils peuvent continuer d'agir en toile de fond, comme c'est actuellement souvent le cas. De manière encourageante, l'étude de Thompson (2020) (15) a montré que des personnes pleinement rétablies d'un TCA ne se distinguaient pas de la population générale en matière d'alimentation intuitive. Cela suggère que l'approche actuelle des diététistes-nutritionnistes, même sans viser directement les dix principes de l'AI, peut déjà ouvrir la voie à une relation plus intuitive avec l'alimentation.

Bibliographie

1. Tribole, E., & Resch, E. *Intuitive Eating, 4th Edition : A Revolutionary AntiDiet Approach. St. Martin's Essentials*, 2020. ISBN 97812502.
2. Tylka, T. L., & Wilcox, J. A. (2006). Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 474-485. doi:10.1037/0022-0167.53.4.474
3. Tylka TL, Maiano C, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J, Burnette CB, Todd J, Swami V. (2024). The Intuitive Eating Scale-3: Development and psychometric evaluation. *Appetite*, 199. doi: 10.1016/j.appet.2024.107407. Epub 2024 May 9. PMID: 38729580.
4. van Dyck, Z., Herbert, B. M., Happ, C., Kleveman, G. V., & Voegelé, C. (2016). German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. *Appetite*, 105, 798-807.
5. Babbott KM, Mitchison D, Basten C, Thornton C, Hay P, Byrne S, Goldstein M, Heruc G, van der Werf B, Considine NS, Roberts M. Intuitive Eating Scale-2: psychometric properties and clinical norms among individuals seeking treatment for an eating disorder in private practice. (2022). *Eat Weight Disord*, 27(5):1821-1833. doi: 10.1007/s40519-021-01326-x. Epub 2021 Nov 19. Erratum in: *Eat Weight Disord*. 2022 Aug;27(6):2271-2272. doi: 10.1007/s40519-021-01345-8. PMID: 34797555.
6. Fortin, Karine. (2018). L'alimentation intuitive : qu'en est-il chez une population recherchant un traitement spécialisé pour un trouble du comportement alimentaire ? [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus UL.
7. Meule A, Richard A, Schnepfer R, Reichenberger J, Georgii C, Naab S, Voderholzer U, Bleichert J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord*, 25, 1-17. doi: 10.1080/10640266.2019.1642036. Epub ahead of print. PMID: 31345125.
8. Smitham, D. A. (2011). Evaluating an intuitive eating program for binge eating disorder: A benchmarking study. *Dissertation Abstracts International*, 72, 1807.
9. Kristeller, J., Wolever, R.Q. & Sheets, V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness* 5, 282-297 (2014). <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>
10. Babbott KM, Cavadino A, Brenton-Peters J, Considine NS, Roberts M. Outcomes of intuitive eating interventions: a systematic review and meta-analysis. *Eat Disord*. 2023 Jan-Feb;31(1):33-63. doi: 10.1080/10640266.2022.2030124. Epub 2022 Apr 9. PMID: 35400300.
11. Richards, P. S., Crowton, S., Berrett, M. E., Smith, M. H., & Passmore, K. (2017). Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. *Eat Disord*, 25(2), 99-113. doi:10.1080/10640266.2017.1279907
12. Jenkinson PM, Taylor L, Laws KR. (2018). Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *J Psychosom Res*, 110, 38-45. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.04.005. Epub 2018 Apr 19. PMID: 29764604.
13. Amanda Joelle Brown, Kortney M. Parman, Deirdre A. Rudat, Linda W. Craighead. 2012. Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, 13(4), 347-353. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.011>.
14. Academy for Eating Disorders Nutrition Working Group. (2020). *Guidebook for nutrition treatment of eating disorders* [Manual]. Academy for Eating Disorders. https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/Publications/Slider/FINAL_AED_Purple_Nutrition_Book.pdf
15. Koller, K. A., Thompson, K. A., Miller, A. J., Walsh, E. C., & Bardone-Cone, A. M. (2020). Body appreciation and intuitive eating in eating disorder recovery. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1261-1269. <https://doi.org/10.1002/eat.23238>

