

L'alimentation en pleine conscience pour le traitement du trouble d'accès hyperphagique

Stéphanie Desharnais-Dion, Dt.P., Caroline Cloutier, Dt.P., Marilou Côté, Ph. D. and Catherine Bégin, Ph. D.

Volume 19, Number 2, Fall 2021

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1084272ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1084272ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Ordre professionnel des diététistes du Québec

ISSN

2561-620X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Desharnais-Dion, S., Cloutier, C., Côté, M. & Bégin, C. (2021). L'alimentation en pleine conscience pour le traitement du trouble d'accès hyperphagique. *Nutrition Science en évolution*, 19(2), 44–48. <https://doi.org/10.7202/1084272ar>

Article abstract

Cet article discute du recours à l'alimentation en pleine conscience comme approche thérapeutique du trouble d'accès hyperphagique. Caractérisé par la consommation de grandes quantités de nourriture dans un court laps de temps, ce trouble des conduites alimentaires, le plus prévalent d'ailleurs, s'accompagne d'un sentiment de perte de contrôle sur la prise alimentaire et d'une détresse importante. Cette approche donne des résultats positifs en diminuant la fréquence des accès hyperphagiques (AH) et la quantité d'aliments consommés lors d'un AH. Elle intervient sur les trois principaux déclencheurs d'AH : la restriction alimentaire, la restriction cognitive et les envies de manger émotionnelles. La pratique quotidienne et soutenue de la méditation en pleine conscience est le plus important prédicteur des bienfaits. Elle favorise chez la personne qui la pratique la reconnaissance des signaux de la faim et de la satiété permettant ainsi de mieux réguler les apports énergétiques; elle lève les restrictions alimentaires favorisant la reconnaissance des préférences alimentaires et la satisfaction sensorielle; finalement, elle développe la conscience corporelle et l'aptitude à reconnaître les envies de manger émotionnelles qui permettra de diminuer progressivement l'alimentation émotionnelle. Puisque le champ d'exercices des diététistes-nutritionnistes n'englobe pas la modification du fonctionnement émotionnel du client ou de la cliente, une collaboration interprofessionnelle est grandement souhaitable.

L'ALIMENTATION EN PLEINE CONSCIENCE POUR LE TRAITEMENT DU TROUBLE D'ACCÈS HYPERPHAGIQUE

Stéphanie Desharnais-Dion, Dt.P., Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation, Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels, Université Laval.

Caroline Cloutier, Dt.P., Caroline Cloutier Nutritionniste, Québec.

Marilou Côté, Ph. D., Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation, Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels, Université Laval.

Catherine Bégin, Ph. D., Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation, Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels, Université Laval



Depuis quelques années, les approches non restrictives, comme l'alimentation en pleine conscience (APC) et l'alimentation intuitive, gagnent du terrain dans les interventions nutritionnelles. Cet article discute de l'utilisation de l'APC dans le traitement du trouble de l'accès

hyperphagique (TAH), un trouble des conduites alimentaires (TCA) touchant près de 2,8 % de la population générale (1). Ce trouble, moins connu de la population générale et des professionnels de la santé que l'anorexie et la boulimie, est le plus prévalent des TAH. C'est environ 2 %

des hommes et 3,5 % des femmes qui en seront touchés au cours de leur vie (1). Comme ce TCA est hautement associé à plusieurs maladies chroniques qui font couramment l'objet de consultations nutritionnelles, il est fort probable que nous aurons à intervenir auprès de cette clientèle au cours de notre carrière de diététiste-nutritionniste. Cet article vise à développer la capacité à reconnaître les manifestations du TAH et à décrire comment l'approche de l'APC peut favoriser le rétablissement.

Définitions et mise en contexte

Trouble d'accès hyperphagique. Le TAH est un trouble de santé mentale qui se manifeste par la survenue récurrente d'accès hyperphagique (AH) durant lesquels une grande quantité de nourriture est consommée en un laps de temps relativement court (généralement moins de deux heures) (2). Ces épisodes s'accompagnent d'un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire et d'une détresse importante. Les AH sont également associés à différentes caractéristiques, comme le fait de manger en solitaire, de manger beaucoup plus rapidement que la normale ou encore de manger en l'absence d'une sensation physique de faim au point d'en avoir très mal au ventre. Ce comportement alimentaire peut être associé à un sentiment de dégoût de soi ou de culpabilité. Contrairement à la boulimie, les AH ne sont pas associés au recours de comportements compensatoires visant la perte de poids, comme les

vomissements provoqués ou l'exercice physique excessif (2). D'ailleurs, près de la moitié des personnes souffrant de TAH présente également un surpoids ou de l'obésité (3). La double problématique du TAH et de l'obésité comporte des conséquences tant sur la santé physique que sur la santé mentale. Les manifestations du TAH peuvent présenter différents degrés de sévérité (p. ex., fréquence et intensité des épisodes) et le portrait clinique peut varier d'une personne à l'autre.

Alimentation en pleine conscience. La pleine conscience consiste à porter son attention sur le moment présent en acceptant l'expérience telle qu'elle est, sans jugement ni attentes particulières quant au déroulement et au résultat de cette expérience (4). L'alimentation en pleine conscience (APC) désigne le fait de prendre conscience de ses sensations physiologiques, de ses pensées et de ses émotions **pendant** l'acte alimentaire. Une récente étude a tenté de dresser l'inventaire des critères la définissant. Peitz et ses collaborateurs (5) ont relevé sept grandes facettes de l'APC (tableau 1).

L'utilisation de la pleine conscience dans le domaine de la psychothérapie pour le traitement du TAH suscite un

intérêt grandissant depuis les dernières années. En effet, les approches thérapeutiques qui comprennent la pleine conscience montrent des résultats prometteurs auprès des personnes présentant un TAH (6). Elles faciliteraient également l'intégration de meilleures habitudes alimentaires et d'une pratique plus régulière d'activité physique (7). Du côté de l'APC, les études de Kristeller et collaborateurs (8, 9) suggèrent que lorsqu'elle est appliquée à la clientèle souffrant de TAH, elle pourrait diminuer la sévérité du comportement alimentaire, diminuer la fréquence des AH et la quantité d'aliments qui y est consommée. Le meilleur prédicteur de l'amélioration des comportements alimentaires serait le temps accordé aux méditations sur l'acte alimentaire, surtout lorsque ces méditations se poursuivent même lorsque l'intervention est terminée (8, 9). Il importe de préciser que peu d'études sur l'application de l'APC ont été réalisées à ce jour pour le traitement du TAH, ce qui ne permet pas d'évaluer son taux d'efficacité pour le moment.

L'intégration d'une pratique régulière de la pleine conscience, lors d'une méditation ou dans un contexte circonscrit à l'acte alimentaire, vise à permettre à la personne

de se connecter à la globalité de son expérience en vue de développer sa capacité à être pleinement consciente tout au long de l'acte alimentaire (10). Ceci permettrait de retrouver les sensations de faim et de satiété, d'être moins à la merci de comportements alimentaires problématiques tout en comprenant mieux le lien entre les émotions et les choix alimentaires (11). C'est ainsi qu'une personne souffrant du TAH pourra améliorer chacune des sept grandes facettes de l'APC.

En pratique

Pour accompagner les personnes aux prises avec un TAH vers le rétablissement au moyen de l'APC, les diététistes-nutritionnistes doivent se former à la pleine conscience et s'adonner quotidiennement à une pratique méditative. Une fois maîtrisé le concept de la pleine conscience, s'amorce ensuite le travail d'exploration des différents déclencheurs des AH, le volet central du traitement. Les principaux facteurs documentés comme déclencheurs des épisodes d'AH que nous abordons sont la restriction alimentaire, la restriction cognitive et les envies de manger émotionnelles (12).

Méditation en pleine conscience

La méditation en pleine conscience consiste à porter son attention intentionnellement et sans jugement sur l'expérience du moment présent. En s'investissant dans une pratique de pleine conscience, la conscience de la personne se réveille dans toutes les sphères de sa vie (10). Le rôle des diététistes-nutritionnistes sera d'initier le client ou la cliente à une expérience méditative en pleine conscience pendant les rencontres et de l'inviter à reproduire cette pratique quotidiennement à la maison. Cette expérience pourrait consister, entre autres, à porter attention à sa respiration en posture assise ou à porter attention

Tableau 1. Les sept facettes de l'alimentation en pleine conscience (5)

1. L'expérience alimentaire est acceptée telle qu'elle se présente et abordée avec une attitude de détachement.
2. Les cinq sens sont sollicités durant l'acte de manger.
3. Une attention est portée aux signaux de satiété.
4. Une attention est portée aux déclencheurs des envies de manger et aux motivations qui les sous-tendent.
5. La provenance des aliments et la façon dont ils ont été produits sont considérées, et une gratitude est ressentie à chaque étape du processus de production.
6. Un détachement des déclencheurs et des envies de manger et des motivations favorise le désamorçage de leur emprise.
7. Une attention et de l'importance sont accordées à l'expérience de manger.

46 à chacune des parties du corps (p. ex., balayage corporel) (10). À mesure que la personne se familiarisera avec cette première forme de méditation, nous pourrions l'inviter à appliquer la pleine conscience à des expériences alimentaires diverses. Initialement, les pratiques seront d'une durée de 10 minutes pour progresser jusqu'à 20 minutes (8). Tout au long du suivi, il importe de rappeler au client ou à la cliente que la pleine conscience nécessite un entraînement quotidien et l'adoption d'une attitude bienveillante envers soi dénuée de jugement.

Restriction alimentaire

La restriction alimentaire, aussi appelée restriction calorique ou physique, consiste à réduire volontairement ses apports caloriques ou à éliminer un groupe d'aliments dans le but de perdre du poids (14). Ce type de restriction risque de se traduire par un apport énergétique ou nutritionnel insuffisant. Il est bien documenté que la restriction alimentaire, associée à l'effet yoyo (l'alternance des prises et des pertes de poids occasionnées par les régimes amaigrissants) (15) néfaste à la santé, peut contribuer au développement d'un TCA, comme le TAH (16).

La restriction alimentaire, fréquemment associée au tableau clinique du TAH, survient avant ou après les accès hyperphagiques. Une personne peut alors sauter des repas, ne pas s'alimenter suffisamment pendant la journée ou encore éliminer des catégories d'aliments. L'APC invite à être à l'écoute de ses besoins physiologiques et hédoniques pour mieux réguler ses apports alimentaires (17). Le rôle des diététistes-nutritionnistes consiste dans un premier temps à encadrer l'alimentation du client ou de la cliente. Au fur et à mesure que la personne reprend contact avec ses besoins, elle pourra jouir d'une plus grande latitude pour suivre le rythme naturel du corps. Cette démarche

nécessite plusieurs essais et erreurs pour réapprivoiser les signaux de la faim et de satiété. Plus la personne sera à l'écoute de ces signaux, plus ses apports alimentaires seront régulés de façon intuitive et plus elle prendra conscience des motivations à manger, ce qui pourrait diminuer le risque d'AH (13).

Lorsqu'une personne évite régulièrement des aliments qu'elle aime parce que jugés malsains, la réintégration alimentaire s'impose. En effet, en se privant de certains aliments, l'on se prive de la satisfaction sensorielle. Cette privation peut induire des AH en augmentant le désir de consommer ces aliments (18). Les diététistes-nutritionnistes peuvent accompagner la personne à éprouver à nouveau un sentiment de satisfaction aux repas en l'invitant à multiplier progressivement les occasions de manger les aliments aimés. D'ailleurs, en se basant sur son expérience clinique, Zermati rapporte que le fait de manger l'aliment aimé sans jugement, consciemment et avec plaisir favorise à long terme l'extinction du désir de le manger (13).

Restriction cognitive

La restriction cognitive se définit comme une intention de contrôler son alimentation dans le but de maintenir ou de perdre du poids (19). Elle est associée à des préoccupations importantes à l'égard de l'alimentation et du poids (20). La restriction cognitive est souvent associée à la pensée dichotomique de type « tout ou rien ». Lorsque l'intention de contrôler l'alimentation ne se concrétise pas, une personne aux prises avec des restrictions cognitives peut avoir l'impression d'avoir tout gâché et ressentir un échec. Une telle pensée peut mener à une désinhibition du comportement alimentaire et donc à un AH (16). Aussi, la restriction cognitive serait l'un des principaux déclencheurs des envies de manger (21) et un important

facteur de maintien du TAH (20). Il est donc primordial d'examiner la présence de restrictions cognitives chez les personnes vivant avec un TAH. Plusieurs d'entre elles croient ne pas en avoir. En effet, les restrictions cognitives sont souvent bien ancrées puisqu'elles sont associées à de fausses croyances qui découlent généralement d'anciennes règles de régimes amaigrissants, de mythes alimentaires véhiculés socialement ou de connaissances nutritionnelles mal assimilées. Pour découvrir cette forme de restriction et les fausses croyances qui y sont associées, les diététistes-nutritionnistes peuvent guider la personne à prendre conscience de la culpabilité qui survient après la consommation de certains aliments. Notre rôle consistera alors à partager nos connaissances nutritionnelles sur le sujet en vue d'aider la personne à poser un regard critique sur l'ensemble des informations nutritionnelles auxquelles elle est exposée et à remplacer progressivement les croyances obsolètes tout en respectant ses besoins et ses préférences alimentaires (22).

Comme l'APC prône le plaisir de manger, la prise en charge de la restriction cognitive passe par la réintégration des aliments jugés malsains ou interdits et par l'expression des craintes de la personne aux prises avec un TAH quant aux effets possibles de l'introduction de ces aliments sur son poids. Il convient de rappeler à cette personne que les envies de manger sont naturellement provoquées par un besoin physiologique ou hédonique (13). Bien que le fait de manger par plaisir soit inhérent aux principes de l'APC, il importe de nuancer qu'il ne s'agit pas de manger tout et n'importe quand. En insistant sur la façon de répondre à l'envie de manger, c'est-à-dire en toute conscience, avec sérénité et plaisir, il sera possible de s'en remettre aux repères internes, autrement dit aux signaux de faim,

MESSAGES CLÉS

- L'alimentation en pleine conscience, de pair à une pratique quotidienne de méditation en pleine conscience, s'avère utile dans le traitement du trouble d'accès hyperphagique.
- Les accès hyperphagiques sont déclenchés par trois principaux facteurs : la restriction alimentaire, la restriction cognitive et les émotions négatives.
- Les interventions basées sur l'approche de l'alimentation en pleine conscience encouragent à reconnaître et à respecter les signaux de la faim et de la satiété pour réguler les apports alimentaires et à mieux comprendre l'apparition des envies de manger.

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

- Rossy, L. *The Mindfulness-Based Eating Solution: Proven Strategies to End Overeating, Satisfy Your Hunger, and Savor Your Life*. Oakland (CA): New Harbinger Publications, Inc. ; 2016.
- Zermati J-P. *Osez manger : libérez-vous du contrôle*. Paris (FR) : Odile Jacob ; 2019.

de satiété et à la satisfaction sensorielle, pour guider l'acte alimentaire. Ainsi, une envie de manger, qui auparavant pouvait déclencher un AH, apparaîtra comme tout à fait normale, diminuant ainsi le risque de perdre le contrôle sur le comportement alimentaire.

Envies de manger émotionnelles

Les envies de manger émotionnelles sont définies comme l'utilisation de la nourriture dans le but d'apaiser ou d'anesthésier une émotion en l'absence de faim physiologique (12). D'abord, précisons que le fait de manger en réponse à des émotions est une stratégie de régulation normale (23). Elle peut toutefois devenir problématique et nuire au bien-être psychologique et physique si elle se manifeste sous forme d'AH. L'APC diminuerait le recours à l'alimentation émotionnelle. Par l'entremise des exercices de méditation, la personne en vient à porter davantage attention à son monde intérieur (pensées, besoins, émotions, etc.) (24). Bien que cette introspection puisse réduire les AH, l'effet contraire peut également être observé. L'inconfort

suscité par la prise de conscience des émotions négatives peut déclencher un AH. La pratique quotidienne et constante de la méditation renforce la capacité des personnes aux prises avec un TAH à accepter les émotions telles qu'elles se présentent, sans jugements ni attentes, ce qui aura pour effet de diminuer progressivement le recours à l'alimentation en guise d'apaisement (25). Le rôle des diététistes-nutritionnistes sera alors d'offrir à ces personnes une écoute, un soutien empathique et un accompagnement pour prendre pleinement conscience des envies de manger émotionnelles (26) ; l'objectif n'est pas de traiter l'émotion, mais d'amener ces personnes à comprendre les répercussions de ces envies de manger émotionnelles sur l'état nutritionnel en vue de maintenir ou de rétablir la santé (27). Toutefois, le champ d'exercices des diététistes-nutritionnistes ne comprend pas la prise en charge des aspects affectifs. Une prise en charge psychosociale est recommandée parallèlement au suivi nutritionnel. Une collaboration interprofessionnelle est grandement souhaitable pour le traitement du — TAH.

Conclusion

En somme, l'APC est une approche qui favorise le rétablissement du TAH. S'alimenter en pleine conscience requiert une pratique quotidienne et constante de la pleine conscience pour ressentir les bienfaits. L'on recommande aux diététistes-nutritionnistes qui souhaiteraient intégrer l'APC à leur pratique de suivre une formation et de pratiquer régulièrement la méditation. Comme le TAH est un trouble de santé mentale complexe, une collaboration interprofessionnelle est fortement indiquée. Enfin, il semble que l'APC puisse être efficace non seulement dans le traitement des AH, mais également dans le traitement de l'obésité et du surpoids pour améliorer la santé physique et psychologique (28). Ces résultats sont prometteurs même si d'autres études sont nécessaires pour l'affirmer. ■

Références

Les hyperliens insérés dans les références ci-dessous exigent parfois que vous deviez les « copier-coller » dans la barre de recherche de votre navigateur.

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348–58.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DAPA, editor. 2013.
3. Montano CB, Rasgon NL, Herman BK. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgrad Med*. 2016;128(1):115–23.
4. Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta. 2009. 512 p.
5. Peitz D, Schulze J, Warschburger P. Getting a deeper understanding of mindfulness in the context of eating behavior: Development and validation of the Mindful Eating Inventory. *Appetite*. 2021;159:1–15.
6. Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med*. 2015;38(2):348–62.
7. Ruffault A, Carette C, Lurbe i Puerto K, Juge N, Beauchet A, Benoliel JJ, et al. Randomized controlled trial of a 12-month computerized mindfulness-based intervention for obese patients with binge eating disorder: The MindOb study protocol. *Contemp Clin Trials*. 2016;49:126–33.

8. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eat Disord.* 2011;19(1):49–61.
9. Kristeller J, Wolever RQ, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness (N Y).* 2014;5(3):282–97.
10. Rossy L. *The Mindfulness-Based Eating Solution: Proven Strategies to End Overeating, Satisfy Your Hunger, and Savor Your Life.* New Harbin. 2016. 224 p.
11. Mathieu J. What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *J Am Diet Assoc.* 2009;109(12):1982–7.
12. Van Strien T, Frijters JER, Bergers JER, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord.* 1986;5(2):295–315.
13. Zermati J-P. Osez manger: libérez-vous du contrôle. Odile Jacob. 2020. 203 p.
14. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Pers.* 1975 Dec;43(4):647–60.
15. Kroke A, Liese AD, Schulz M, Bergmann MM, Klipstein-Grobusch K, Hoffmann K, et al. Recent weight changes and weight cycling as predictors of subsequent two year weight change in a middle-aged cohort. *Int J Obes.* 2002;26(3):403–9.
16. Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite.* 2012;58(3):847–51.
17. Berthoud HR, Münzberg H, Morrison CD. Blaming the Brain for Obesity: Integration of Hedonic and Homeostatic Mechanisms. *Gastroenterology.* 2017;152(7):1728–38.
18. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and Hedonic Signals Interact in the Regulation of Food Intake. *J Nutr.* 2009;139(3):629–32.
19. Herman CP, Polivy J. Anxiety, Restraint, and Eating Behavior. *J Abnorm psych.* 1975;84(6):666–72.
20. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* Guilford P. 2008. 324 p.
21. Brewer JA, Ruf A, Beccia AL, Essien GI, Finn LM, van Lutterveld R, et al. Can mindfulness address maladaptive eating behaviors? Why traditional diet plans fail and how new mechanistic insights may lead to novel interventions. *Front Psychol.* 2018;9:1–11.
22. Apfeldorfer, G., & Zermati, J. P. (2009). Traitement de la restriction cognitive: Est-ce si simple? *Obesite,* 4(2), 91–96.
23. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DTD. Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull.* 2010 Jun;36(6):792–804.
24. Kristeller JL, Hallett CB. An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *J Health Psychol.* 1999;4(3):357–63.
25. Yu J, Song P, Zhang Y, Wei Z. Effects of Mindfulness-Based Intervention on the Treatment of Problematic Eating Behaviors: A Systematic Review. *J Altern Complement Med.* 2020;26(8):666–79.
26. Collaboration interprofessionnelle. L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. [En ligne]. 2018. Disponible sur: https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2018/05/OPQ-TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf
27. Ordre professionnel des diététistes du Québec. Secteurs d'activités [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 22]. Available from: <https://opdq.org/qui-sommes-nous/secteurs-dactivites/>
28. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obes Rev.* 2017;18(1):51–67.

Choucroute que c'est bon !

La famille Tapp vous invite à célébrer ses 26 ans avec une nouvelle image !

Osez les lactofermentations et bénéficiez de leur haute teneur en enzymes, vitamines et minéraux.

Visitez notre site pour des idées recettes : produitstapp.com