



# L'anorexie et la boulimie

## Détecter pour aider

Par Annick Ducharme, HD

ÉLIGIBLE AU PRIX RACINE

### Testez vos connaissances ! Vrai ou Faux ?

Une grande majorité de personnes souffrant de boulimie ont un surplus de poids.  Vrai  Faux

Selon les études, moins de 5 % des personnes souffrant d'anorexie en mourront.  Vrai  Faux

L'anorexie touche majoritairement les filles, soit un pourcentage de plus de 90 %.  Vrai  Faux

L'un des symptômes conduisant au diagnostic d'anorexie est l'absence du cycle menstruel depuis quelques mois.  Vrai  Faux

Les personnes boulimiques ont souvent recours aux vomissements provoqués.  Vrai  Faux

Les personnes anorexiques n'utilisent pas le vomissement provoqué.  Vrai  Faux

**Pour trouver les réponses à ces questions, vous n'avez qu'à lire ce qui suit**

Les personnes sont toutes différentes les unes des autres et possèdent donc des caractéristiques distinctes. Certaines de ces particularités sont discutées tout naturellement avec votre patient, comme les troubles du diabète, la haute tension et même les dépressions. Malheureusement d'autres facettes de la santé de vos patients, aussi importantes soient-elles, sont taboues et méconnues, telles l'anorexie et la boulimie. Vous croyez que votre pratique ne compte pas de gens ayant des troubles alimentaires? Selon un rapport de National Eating Disorder Information Center, le Québec dénombre environ 75 000 personnes souffrant de cette maladie!

L'anorexie et la boulimie sont classifiées en tant que troubles psychiatriques, mais leurs répercussions atteignent directement plusieurs aspects physiques.

Pour pouvoir élaborer adéquatement un plan de traitement préventif et curatif suite au diagnostic du dentiste, il est primordial de connaître l'état de santé de notre patient et ce qui pourrait l'influencer. Il existe plusieurs pistes détectables à l'examen buccal pouvant nous permettre de s'interroger sur la possibilité que notre patient puisse faire partie des individus atteints de ces maladies.

Bien au-delà de l'aspect clinique, il est important de connaître cette terrible maladie si mal connue et mal jugée et de sympathiser avec les patients qui en souffrent. Le D<sup>r</sup> Guy Pomerleau déclare à cet effet: « **Comprendre, c'est déjà commencer à agir pour aider l'autre ou s'aider soi-même.** » **Source :** D<sup>r</sup> Guy Pomerleau. Démystifier les maladies mentales - Anorexie et boulimie- Comprendre pour agir- Gaëtan Morin éditeur \ avant-propos

### Historique

L'histoire de l'anorexie commence en 1689 avec le D<sup>r</sup> Richard Morton, pionnier dans la détection de cette pathologie. Il faudra attendre au XIX<sup>e</sup> siècle pour obtenir de la France, une plus grande description et un recensement des cas d'anorexie.

Malgré tout, ce n'est que vers 1950-1960 que la documentation relative à l'anorexie s'accroît puisqu'il y a une véritable explosion de ce comportement. Selon plusieurs études s'échelonnant des années 1950-60 aux années 1975-85, l'incidence de l'anorexie a triplé!

Pour sa part, la boulimie est reconnue beaucoup plus tard dans la littérature comme étant une maladie, soit plus précisément vers la fin des années 1970. La boulimie en tant que comportement est connue depuis les plus anciennes civilisations où les romains s'adonnaient volontairement à des orgies alimentaires dans des salles appelées *vomitorium*. Comme à cette époque cette attitude n'était pas identifiée comme étant un trouble mental, on la considérait uniquement comme un comportement.

### L'anorexie

« **Plus elles sont minces et perdent du poids, meilleure est leur estime d'elles-mêmes; elles déplacent ainsi sur leur corps leur insatisfaction personnelle.** »

# Dossier scientifique

## Les désordres alimentaires



**Source :** D<sup>r</sup> Guy Pomerleau. Démystifier les maladies mentales- Anorexie et boulimie- Comprendre pour agir- Gaëtan Morin éditeur \P.11

Cette petite phrase du D<sup>r</sup> Guy Pomerleau décrit vraiment bien l'anorexie et a facilité ma compréhension de cette maladie qui transpose sur la personne une exigence de résultats, de performance.

Cette maladie se traduit par une perte de poids considérable suite à un régime alimentaire excessivement strict et souvent même à la privation totale de nourriture. Habituellement, les personnes en souffrant ont le désir intense d'être minces et développent une phobie de l'embonpoint : de telle sorte que leur poids chute rapidement sous la normale. De nombreux problèmes en résultent, dont l'aménorrhée (absence de menstruation). Leur vision déformée d'elles-mêmes les conduit à espérer sans cesse une perte de poids supplémentaire et exige toujours plus d'elles-mêmes.

Les experts l'affirment à plusieurs reprises : les personnes souffrant d'anorexie sont généralement perfectionnistes. Par exemple, les gens qui évoluent dans un domaine nécessitant une grande discipline, un rendement hautement compétitif comme la danse professionnelle, sont à plus haut risque. Selon certaines études (Morgan et Mayberry 1983\ Herzog et coll. 1985), d'autres groupes sont aussi à risque. On mentionne les professionnelles de la santé, comme nous hygiénistes dentaires, mais particulièrement les diététistes et les étudiantes en médecine. Même si certains groupes sont plus susceptibles de devenir anorexiques, il n'en demeure pas moins que toute personne, de toutes les classes sociales peut éventuellement éprouver des comportements de désordre alimentaire, puisque la société est de plus en plus axée vers la minceur. Plus de 90 % des personnes atteintes d'un désordre alimentaire sont des jeunes filles et des femmes et le petit pourcentage restant représente les hommes et les garçons (réponse -3- vrai). Comme le démontre une étude récente, 66 % des jeunes filles de 12 à 17 ans sont insatisfaites de leur poids et désirent être plus minces. (Collectif Action Alternative en obésité, 1999.)

Pour le diagnostic et les statistiques des troubles mentaux, les professionnels de la santé utilisent un manuel appelé **DSM-IV**. Ce manuel contient toutes les caractéristiques des troubles mentaux existant ainsi que leurs particularités.

Pour l'anorexie, appelée plus spécifiquement dans ce manuel **Anorexie mentale**, 4 critères symptomatiques sont requis pour établir un diagnostic d'anorexie mentale.

Refus de maintenir le poids corporel au-dessus ou au niveau d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (p. ex., maintien du poids à moins de 85 % du poids conforme aux normes.)

- A. Peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, même si de faible poids.

---

- B. Trouble de la perception du poids ou de la silhouette ou négation de la sévérité de la perte de poids ou influence excessive du poids ou de la silhouette sur l'évaluation de soi.

---

- C. Absence de règles pour au moins trois cycles menstruels consécutifs. (réponse -4- vrai)

Spécifier le type :

- Type restrictif;

Type avec crise de boulimie/vomissement ou prise de purgatif (réponse -6- faux).

**Source :** American Psychiatric Association (1994), DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996.

Comme stipulé, pour qu'un diagnostic soit établi, il faut que les quatre critères mentionnés ci-haut soient présents. Sinon il s'agit d'anorexie atypique (non spécifiée), laquelle constitue un problème de comportement alimentaire. Toutefois, sur un plan scientifique il ne s'agit pas d'anorexie. Il n'en demeure pas moins que même les troubles atypiques sont des signes de détresse psychologique et de souffrance intense. Ils réduisent de façon significative le fonctionnement intégral. Il faut savoir aussi que ce type de trouble alimentaire est souvent précurseur de l'anorexie diagnostiquée.

Heureusement, depuis quelques années les études estiment que le pourcentage de la population diagnostiquée anorexique demeure stable, soit environ de 1 à 2 % des jeunes femmes et des adolescentes des sociétés industrialisées. En contrepartie, la version atypique de l'anorexie fait bondir ce pourcentage à plus de 10 %! Dans le même ordre d'idées, d'autres études concluent que certains groupes considérés à risques, comme la danse professionnelle hautement compétitive (Garner et Garfinkel 1980), atteignent un pourcentage de 7,6 % de diagnostics d'anorexie.

Le parcours de la plupart des anorexiques est généralement semblable. Il débute souvent à l'adolescence, soit majoritairement entre 14 et 18 ans (10 à 20 % des cas avant 12 ans ou après 25 ans). Les personnes concernées commencent habituellement par suivre une diète, puisqu'elles n'aiment pas leur apparence physique. Elles ne se sentent pas bien dans leur peau et ne se trouvent pas désirables. Lorsque après une perte de poids les gens les complimentent sur leur apparence, elles en éprouvent une satisfaction personnelle et ont l'impression d'obtenir le contrôle sur une facette de leur vie.



## Les désordres alimentaires

Le volet alimentaire occupe une place de plus en plus importante dans leur quotidien et devient bientôt leur préoccupation première. L'exercice physique tient également une place majeure et excessive dans la vie de ces personnes (surtout compensatoire s'il y a ingestion de nourriture). L'isolement social est de plus en plus marqué parce qu'elles ne se sentent pas à la hauteur, elles craignent les jugements négatifs d'autrui et ont de plus en plus honte de leurs comportements. Les personnes anorexiques ont souvent des petites habitudes bien caractéristiques à la maladie. Elles coupent leur nourriture en très petits morceaux, préparent des repas pour les autres ou incitent les autres à manger ce qu'elles n'osent s'offrir et ne partagent que rarement des repas avec d'autres convives. Lorsqu'elles s'offrent un repas, elles se sentent automatiquement coupables et adoptent des comportements compensatoires, comme l'exercice excessif, la prise de laxatif ou la provocation de vomissements.

La perte sévère de poids est le résultat d'abstinence alimentaire, mais il est important de comprendre que même si la personne se prive de s'alimenter, elle ressent continuellement la faim puisque son centre de satiété fonctionne normalement. Imaginez un instant quelle place peut prendre ce combat au fil des jours !!!

Sur le plan émotionnel, la personne anorexique ressent un grand vide. Elle devient irritable et s'isole socialement : ce qui entraîne souvent un état dépressif.

### La boulimie

La boulimie se distingue particulièrement par des variations de poids et par des cycles répétitifs d'orgie alimentaire suivie d'un désir intense d'éliminer rapidement la nourriture ingérée. Par crise de boulimie on désigne :

- ✓ L'absorption, en une période de temps limitée (par exemple : en moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en un laps de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
- ✓ Le sentiment d'une perte de contrôle du comportement alimentaire pendant la crise (par exemple : l'impression de ne pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on ingère).

\*Pour être considérée comme crise de boulimie, ces deux critères doivent être présents simultanément.

**Source :** D<sup>r</sup> Guy Pomerleau. Démystifier les maladies mentales -Anorexie et boulimie- Comprendre pour agir- Gaëtan Morin éditeur P.14

Pendant la crise de boulimie, la personne ressent un malaise physique et psychologique lors de l'absorption de la nourriture. Plus la crise progresse

et plus les malaises s'intensifient : ballonnement, douleur vive au niveau de l'estomac, etc...mais la crise ne prendra fin que lorsque la douleur deviendra insupportable ou lorsqu'il n'y a plus de nourriture de disponible. Ensuite viendra le dégoût d'elle-même et le besoin de comportements compensatoires pour se soulager ; ce qui représente une façon de se punir de son manque de contrôle. Selon les données que le D<sup>r</sup> Pomerleau rapporte dans son livre, une crise de boulimie peut coûter à la personne ou à son entourage entre 20 et 30 \$. Il n'est donc pas rare de voir des jeunes gens voler pour assumer le fardeau financier que cela comporte quand les crises surviennent plusieurs fois par semaine. On répertorie même des cas où la fréquence est de deux fois par jour !

Contrairement à la pensée populaire, une personne souffrant de boulimie n'a pas nécessairement un surplus de poids ou n'est pas obligatoirement obèse. Effectivement, la majorité des boulimiques ont un IMC (indice de masse corporelle) considéré normal (Réponse-1- faux).

Selon le **DSM-IV** il doit y avoir cinq critères diagnostiques pour établir formellement la boulimie. Si un critère est manquant, il s'agit de boulimie non spécifiée ou atypique.

A. Épisodes récurrents d'hyperphagie :  
(1) absorption d'une quantité importante de nourriture en peu de temps;  
sentiment de perte de contrôle.

B. Comportements compensatoires pour prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, abus de laxatifs, exercices excessifs, ... (réponse -5- vrai).

Les épisodes d'hyperphagie et les comportements compensatoires surviennent en moyenne au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

Évaluation de soi indûment influencée par le poids et la silhouette.

Ne survient pas exclusivement dans le cours de l'anorexie mentale.

Spécifier le type :

- Type avec vomissement ou prise de purgatifs;
- Type sans vomissement ni prise de purgatif.

Source : American Psychiatric Association (1994), DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996.

# Dossier scientifique

## Les désordres alimentaires



Après une crise, la personne boulimique va ressentir le besoin intense d'éliminer les aliments non désirés. Pour y parvenir, différents moyens sont utilisés selon le type de boulimie, dont le vomissement et la prise de laxatif. Malheureusement pour le boulimique, tous ces moyens sont stériles. Les calories étant absorbées par le petit intestin, l'utilisation de laxatif ne peut être efficace puisqu'il agit au niveau du gros intestin. Les diurétiques ne font qu'éliminer l'eau momentanément. Enfin, le vomissement élimine les nutriments, mais très peu de calories. En conclusion beaucoup de stress pour le corps : de nombreux problèmes possibles pour des gestes très peu efficaces.

Tout comme les anorexiques, ce sont des gens qui suite au cycle régime-orgie-élimination, vont se sentir diminués, honteux et ressentiront une très faible estime d'eux-mêmes.

Les personnes boulimiques ont souvent des caractéristiques communes. Elles sont, dans bien des cas, des personnes impulsives. Contrairement aux anorexiques, il n'est pas rare de voir des boulimiques abuser également de drogue et d'alcool. Elles sont aussi, dans bien des cas, des personnes qui sont excessives dans leur vie sexuelle.

Enfin ces deux problématiques sont à la fois jumelles et opposées. Le Dr Pomerleau le résume bien avec cette citation :

« Bien que l'anorexie et la boulimie soient décrites comme distinctes, elles n'en sont pas moins très proches l'une de l'autre, car elles ont en commun une préoccupation centrale pour la nourriture. De l'anorexie à la boulimie il existe un continuum. La frontière n'est pas toujours franche entre les deux et il n'est pas rare de voir une jeune femme anorexique devenir boulimique ainsi que des personnes boulimiques devenir anorexiques. »

**Source :** Dr Guy Pomerleau. Démystifier les maladies mentales -Anorexie et boulimie- Comprendre pour agir- Gaëtan Morin éditeur P.5

### Répercussions physiques

Plusieurs répercussions physiques sont ressenties lorsque l'on souffre de problèmes d'ordre alimentaire. J'ai vraiment réalisé la gravité de ces problématiques et j'ai été estomaquée d'apprendre qu'entre 10 et 20 % des personnes diagnostiquées anorexiques ou boulimiques décèderont des suites de complications de leurs maladies après une évolution de 20 ans (incluant les suicides)!!! (réponse -2- faux) Selon ANEB Québec, les troubles de l'alimentation représentent la principale cause de décès attribuable aux troubles psychiatriques chez les adolescents (suicides et arythmie cardiaque).

En effet, plusieurs fonctions vitales sont directement affectées par les désordres alimentaires, telles les fonctions cardiaques, digestives et rénales. L'aspect de la peau et des cheveux est aussi très révélateur et peut nous

donner des indices supplémentaires à la détection de l'anorexie ou de la boulimie.

Voici une liste sommaire des problèmes principalement retrouvés :

PROBLÈMES	CAUSES PRINCIPALES
Présence de lanugo (duvet sur la peau).	Dénutrition.
Perte de cheveux et peau crevassée.	Déshydratation + perte de graisse sous-cutanée.
Baisse de la tension artérielle (Hypotension).	Dénutrition et diminution des liquides corporels.
Baisse de la température du corps.	Dénutrition et diminution des liquides corporels.
Ulcération du dos de la main.	Frottement des dents lors du vomissement provoqué.
Ralentissement de la circulation sanguine.	Dénutrition et diminution des liquides corporels.
Ralentissement du rythme cardiaque ou arythmie cardiaque.	Dénutrition et/ou insuffisance de potassium due aux purges.
Test de formule sanguine anormale.	Dénutrition.
Insuffisance rénale.	Purge, Abus de diurétiques Densité urinaire très basse.
Aménorrhée (absence des menstruations).	Dénutrition.
Dilatation gastrique	Hyperphagie.
Déchirure oesophagienne.	Vomissement provoqué.
Baisse de la densité osseuse (pouvant aller jusqu'à l'ostéoporose ou l'ostéopénie).	Dénutrition, vomissement.

Voici maintenant quelques problèmes qui pourraient être décelés lors de votre examen buccodentaire :



## Les désordres alimentaires

### Érosion de l'émail des dents

Les personnes souffrant de boulimie ou d'anorexie ont recours, plusieurs fois par semaine, aux vomissements provoqués comme comportement compensatoire. Malheureusement, le processus de digestion étant déjà commencé, l'estomac libère donc un acide gastrique qui se trouve en contact direct avec l'émail des dents lors de la purge. Toutes les dents sont sujettes à cette problématique, mais spécialement les antérieures, inférieures et supérieures dans la portion linguale. Évidemment, s'il y a une exposition du ciment ou de la dentine de la dent (ex : Préparation en vue d'une couronne, abrasion, abfraction...), le processus d'érosion se fera beaucoup plus rapidement, ces dernières étant beaucoup moins calcifiées.

### Hypertrophie des glandes parotides (mâchoire d'écureuil)

Pour palier à l'acidité créée à la suite de vomissement, le corps aura comme réaction de produire une quantité importante de salive. Travaillant davantage que leur physiologie le leur permet, les glandes salivaires se muteront en devenant hypertrophiques pour répondre à la demande. Quelquefois, l'examen visuel nous permet de déceler ce problème, mais le toucher est sans aucun doute la meilleure solution, d'autant plus que la palpation doit faire partie d'un bon examen sommaire pour nous permettre de détecter des structures anormales pouvant être préjudiciables à notre patient.

### Dermatite périlinguale

Toujours occasionner par le vomissement répétitif, la dermatite périlinguale se traduit par l'inflammation des muqueuses du plancher de la bouche, pouvant même par endroits être ulcérées. Cet endroit de la bouche est constitué de muqueuses très minces et fragiles aux agressions physiques et chimiques comme l'acide gastrique.

### Augmentation du risque et du degré de parodontite

Une personne souffrant de trouble alimentaire s'échelonne sur plus de trois ans, augmente de façon significative sa prévalence à la perte de sa densité osseuse. L'aménorrhée persistante et une masse corporelle très basse sont des facteurs précurseurs de cette situation. L'anorexie et la boulimie ne sont pas les causes de la parodontite, mais un facteur aggravant et même initiateur étant donné que les désordres alimentaires surviennent habituellement à un âge où le processus de perte osseuse n'est pas commencé. Une personne ayant souffert de troubles alimentaires arrive difficilement à retrouver la densité osseuse même après une reprise de poids et doit avoir quelque fois recours à un médicament d'ordonnance comme l'alendromate (FOSAMAX), un régulateur du métabolisme osseux. Il va sans dire que la résorption osseuse chez ces individus se fait beaucoup plus rapidement que chez quelqu'un n'ayant pas de problème de densité osseuse.

### Augmentation du facteur de cariogénéité

Le processus de la carie est connu de tous : un milieu acide favorise le développement des lésions carieuses. Une personne ayant recours à des vomissements fréquents peut donc produire une salive dont le Ph salivaire favorise l'évolution de la carie. Un autre facteur aggravant est partiellement explicable par le fait que pendant les crises de boulimie, une grande quantité des aliments ingérés possède une haute teneur en sucre : élément essentiel à la triade de la carie.

### L'approche

Il y a plusieurs choses à prendre en considération lors de l'approche d'une personne souffrant de trouble alimentaire. Toutefois, il est primordial de se souvenir que comprendre est le premier pas à franchir pour venir en aide. Il est nécessaire de démystifier l'anorexie et la boulimie. Il faut cesser de juger et faire preuve d'empathie.

La majorité des malades se tourneront un jour ou l'autre vers quelqu'un pour chercher de l'aide ou simplement de l'écoute. Cette personne peut s'avérer être vous et il est important que vous sachiez guider efficacement l'anorexique ou le boulimique vers une ressource appropriée. Cette requête du client risque d'être son ultime recherche d'aide. Cependant, il ne faut pas jouer au thérapeute. Ces maladies sont complexes et nécessitent une aide spécialisée. Vous trouverez une liste très sommaire, mais utile, des ressources disponibles, plus bas. Contrairement à l'idée habituellement véhiculée, la nourriture n'a rien à voir avec le problème. Il faut donc éviter d'inciter la personne à manger puisque la nourriture est le résultat et non la cause du problème. Il ne faut pas non plus forcer une confession du comportement suspecté. Cette attitude risquerait de provoquer une fermeture complète de la personne et pourrait augmenter son obsession pour son image corporelle.

Si vous êtes inquiet pour la santé de votre patient ou d'une autre personne de votre entourage en matière de conduite alimentaire, il faut tout simplement manifester vos sentiments, vos observations, sans jugement de valeur ou opinion personnelle.

### Conclusion

Comme nous formons tous ensemble la société d'aujourd'hui, il serait important que chacun prenne quelques secondes pour s'interroger sur son attitude face à l'apparence physique et au poids plus particulièrement. Que notre perception de la minceur évolue. Qu'elle ne représente pas uniquement la réussite, la beauté, l'opulence, la notoriété et la santé. Que notre perception du surplus de poids, si minime soit-il évolue également. Qu'il ne représente pas uniquement la paresse, la gourmandise, la fainéantise et la laideur! Nous imposons à chaque année à 60 % des femmes

# Dossier scientifique



## Les désordres alimentaires

au Canada de suivre un régime amaigrissant. Nous insufflons à près de 45 % des jeunes filles de 11 à 15 ans le désir de perdre du poids. Nous incitons aussi 50 % des jeunes filles ayant un poids normal à suivre des régimes amaigrissants. Continuer de promouvoir le culte de la minceur, c'est risquer de transmettre ces idéaux de beauté erronés aux générations futures et de perpétuer ces terribles maladies. 🦋

### Remerciements

Merci à Mme Laila Ahmed Khalifa pour ses précieuses informations et son accueil chaleureux.

Merci à Mme Josée Champagne pour sa relecture du texte.

### Annexe des ressources disponibles (sommaire)

Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie (ANEB Québec)- Pointe-Claire <a href="http://www.anebquebec.com">www.anebquebec.com</a>	514-630-0907 1-800-630-0907
Clinique des troubles alimentaires BACA - Montréal <a href="http://www.cliniquebaca.com">www.cliniquebaca.com</a>	514-522-9023
Centre Hospitalier de l'université Laval Clinique des troubles de l'alimentation (PITCA)- Québec <a href="http://www.pitca.com">www.pitca.com</a>	418-650-0092
Eki-Lib santé Côte-Nord - Sept-Îles	418-968-3960 1-877-968-8881
Groupe Anorexie et Boulimie Outaouais (GABO) - Gatineau	Pagette:613-760-6769
Groupe d'entraide La lanterne - Trois-Rivières <a href="http://www.fmed.ulaval.ca/anorexie">www.fmed.ulaval.ca/anorexie</a>	819-693-2841
Hôpital Douglas - Unité des troubles de l'alimentation - Verdun <a href="http://www.douglas.qc.ca">www.douglas.qc.ca</a>	514-761-6131 (poste 2895)
Hôpital Sainte-Justine Clinique de médecine de l'adolescence - Montréal	514-345-4722
Le collectif action alternative en obésité (CAAO) - Montréal <a href="http://www.cao.qc.ca">www.cao.qc.ca</a>	514-270-3779

### Références (Bibliographie et Médiagraphie)

DR GUY POMERLEAU et collaboratrices « *Démystifier les maladies mentales Anorexie et Boulimie. Comprendre pour agir* » Gaëtan Morin Éditeur ltée, 2001.

ANEB QUÉBEC auteure Laila Ahmed Khalifa « *Ressources pour les troubles alimentaires au Québec* ».

ANEB QUÉBEC « *Introduction aux problèmes concernant l'alimentation et le poids* ».

ANEB QUÉBEC « *Comment venir en aide à une amie ou un être cher* » 2004.

ANEB QUÉBEC « *Les troubles alimentaires* ».

KATHERINE A.HALMI Prisme numéro 32 « *Clinique de l'anorexie et de la boulimie : Ce que la recherche nous permet d'affirmer* » 2000.

ANEB QUÉBEC « *Image, Volume 10, Numéro 2* » Hiver 2004.

DANIELLE BOURQUE « *À dix kilos du bonheur; l'obsession de la minceur, ses causes, ses effets, s'en sortir* » Édition de L'Homme, 1991.

[www.boulimie.com](http://www.boulimie.com)

[www.anorexie-boulimie.com](http://www.anorexie-boulimie.com)

### Sources

Sohlberg et Norring 1989  
Herpetz-Dahlmann et collaborateurs 1996  
Halmi 1991  
Fichter et Quadflieg 1997  
Ratté, Pomerleau et Lapointe 1989  
Crisp, Palmer et Kulucy 1976  
Szmukler 1985  
Jones et coll. 1980  
Lucas et coll. 1985  
Willi et Grossman 1983  
Morgan et Mayberry 1983  
Herzog et coll. 1985  
Garfinkel et coll. 1995  
Health and Welfare Canada 1992  
Réseau Québécois d'action pour la santé des femmes 2001  
Institut nationale de la nutrition 1993  
National Eating Disorder Information center 1999