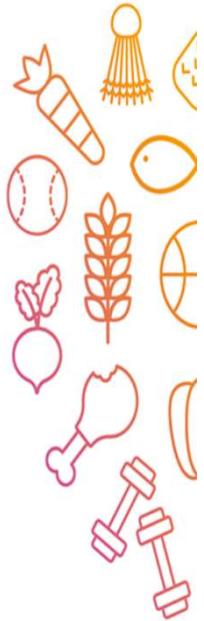


# Webinaire « TCA et obésité pédiatrique : un enjeu pour le futur adulte »

## Partenaires du webinaire



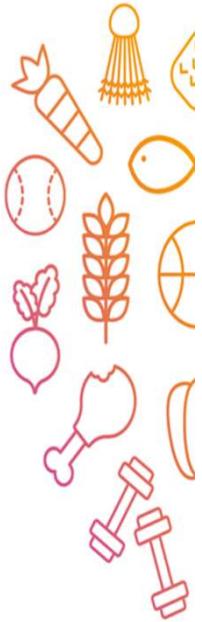
26 avril 2022

1

# La SRAE Nutrition

---

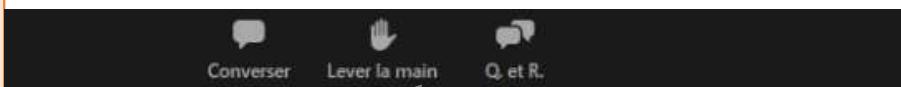
- Une association collégiale loi 1901, créée en janvier 2016.
- Financée par l'ARS (ministère de la santé), la DRAJES (ministère de l'éducation et des sports), l'ADEME (ministère de la transition écologique).
- Mission : animer et accompagner le réseau des acteurs de la nutrition en Pays de la Loire => + de 1000 adhérents en 2022
- 3 champs d'intervention :
  - Promotion de la santé en nutrition (alimentation et activité physique)
  - Surpoids/obésité
  - Dénutrition
- 1 équipe de 11 salariés basée à Nantes.
- Nous retrouver :
  - [www.sraenutrition.fr](http://www.sraenutrition.fr)
  - Sur Twitter @SRAEnutrition et LinkedIn



# Pour le bon déroulé du webinaire



Pendant le webinaire,  
votre micro et votre  
caméra sont coupés pour  
améliorer la qualité de la  
visio.



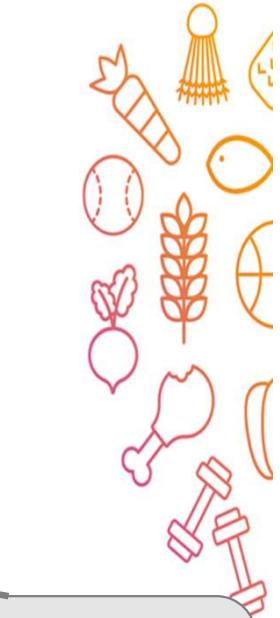
Nous vous invitons à utiliser le  
chat pour poser vos  
questions.  
**ATTENTION :** Sélectionner  
« Tous les conférenciers et  
participants »

Pendant le webinaire  
vous pouvez lever la  
main pour utiliser votre  
micro



Pour information, le  
webinaire sera enregistré  
et le replay sera disponible  
sur le site internet de la  
SRAE Nutrition

Un temps de questions est  
prévu après les interventions



# **Obésité pédiatrique et troubles du comportement alimentaire : « un enjeu pour le futur adulte”**

Dr Elise Riquin, MCU pédopsychiatrie

Mylène PIRON, Diététicienne

26 avril 2022

# Les enjeux:

- **Prévenir l'apparition d'un TCA dans la vie future d'adulte de l'enfant et l'adolescent souffrant d'obésité**
- **Prendre en charge le TCA chez l'enfant et l'adolescent en situation d'obésité**
- **Quelques exemples concrets pour commencer:**

# Cas cliniques:

- Thomas, 17 ans: anorexie avec un IMC à 30.

## Histoire:

IMC à 36,5 en septembre 2019 , souffre d'Obésité depuis quelques années, pas de réelle prise en charge car Thomas ne souhaitait pas se faire suivre . Il souffre d'insultes depuis plusieurs années, mal être de plus en plus important avec l'adolescence.

En novembre 2019, il a un IMC à 30 car il a perdu 20 kg en 2 mois avec un changement de comportement alimentaire:

Il commence par vomir après chaque repas après chaque repas puis il passe en aphagie complète.

Concernant l'entourage, seule la maman s'inquiète, elle en parle au médecin traitant qui trouve que c'est une excellente chose qu'il perde enfin du poids ; étant inquiète , elle se dirige ensuite vers les urgences du CHU.

Lorsque que je le rencontre, on commence à travail pour réintroduire 1 puis 2 repas/jour , au cours des entretiens, il commence à élaborer et à repérer ses pensées automatiques.

Le suivi diététique est interrompu par un effondrement thymique avec prise en charge pedo psychiatrique.

# Cas cliniques:

Amelia, 23 ans: anorexie avec IMC à 16

Histoire:

surpoids à l'âge de 11 ans, suivi avec un pédiatre mal vécu par la patiente , avec dans ses souvenirs ce qui s'apparente à restriction cognitive induite +++ de toute la famille la concernant .

Ensuite, mal être empirant après la puberté, elle me dit que vers 14 ans, elle change son comportement alimentaire : saut de repas++ ; elle perd donc du poids.

Satisfaction de la patiente et de sa famille .

Puis à l'âge de 19 ans, phase hyperphagie avec prise de poids +++ avec IMC à 33 ( poids max).

Puis depuis 1 année, elle rentre à nouveau dans une période restrictive avec anorexie mentale restrictive, perd du poids pour arriver à un IMC à 16.

# Cas cliniques:

- Marie, 34 ans : IMC à 45
- Patiente qui au début du suivi prend du poids en continu depuis plusieurs années.
- Elle décrit une alimentation « saine » avec des savoirs faire en terme de cuisine et de choix des aliments, avec des crises d'Hyperphagies chroniques.

## Histoire:

Patiante en surpoids dans l'enfance, Prise en charge diététique imposée par la famille avec notion de restriction, mais surtout la patiente se souvient avoir eu très faim, et s'être sentie frustrée.

Elle a alors commencée à grignoter en cachette.

D'abord pour combler sa faim, ensuite la charge mentale est arrivée avec stratégies à mettre en place pour manger en cachette avec un passage progressif à des compulsions sur aliments « interdits. »

Au bout d'un an de suivi( en addictologie, prise en charge multidisciplinaire ) , la patiente n'a pas repris de poids, elle a même perdue 1 kg,

Elle a toujours une alimentation saine mais n'a plus de compulsions.

Elle a pour projet de soin de maintenir son poids avec un mode de vie sain , elle vient de se remettre au yoga avec plaisir.

Elle reste obèse mais sa qualité de vie est bien meilleure et son poids s'est stabilisé.

# Cas cliniques:

- Laurie, 25 ans : boulimie avec IMC à 29

Histoire: léger surpoids à la puberté , suivi ressenti comme imposé , mal être avec discrimination et brimades dans la famille et à l'école .

La question du poids de Laurie était source de conflit dans la famille , car la maman a une restriction cognitive importante, maigreur valorisée ++ par la maman.

Patiente qui a commencé le cercle infernal des boulimies en fin de collège avec au départ de grignotages en cachette puis ensuite compulsions avec culpabilité et restriction type jeune après une crise hyperphagique.

Préoccupations corporelles et alimentaires qui se sont encore majorés au lycée avec début des vomissements.

Depuis 4, 5 ans, la patiente alterne les phases d'hyperphagies( qui se majorent) sur un mode tentative de perte de poids avec alimentation hypocalorique et les phases avec alimentation spontanée mais vomissements après chaque repas.

# Les TCA , c'est quoi exactement?

# Manger



- L'alimentation ne peut être rationalisée en termes de comptage simple de calories.
- **L'obésité n'existe pas dans la nature.** Seuls les animaux au contact de l'homme, développent des surpoids et des obésités
- L'acte alimentaire est générateur de symbolisme
  - **Recommandations religieuses** concernant l'alimentation (carême, ramadan, éviction de certaines viandes)
  - **Principe d'incorporation** : pensée magique liée à l'acte alimentaire. Lorsque nous ingérons un aliment, nous incorporons certaines de ces caractéristiques symboliques (la pureté du lait, la force de la viande...)
  - **Générateur de vie sociétale**, de couvertures de besoins psychologiques et sociologiques (on partage un « repas de famille », on « invite des amis à dîner », on se ressert « par gourmandise », on « craque pour du chocolat »)

# Les accès hyperphagiques (BED)

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie), répondant aux deux caractéristiques suivantes
  - Absorption, en une période de temps limitée (moins de 2 heures) d'une Q de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
  - Sentiment d'une perte de contrôle sur le cpt alimentaire pendant la crise
- B. Les accès hyperphagiques asso à au moins 3 caractéristiques
  - Manger beaucoup plus **rapidement** que la normale
  - Manger jusqu'à éprouver une **sensation pénible de distension abdominale**
  - Manger de grandes quantités de nourriture **en l'absence d'une sensation physique de faim**
  - Manger **seul** parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
  - Se sentir **dégouté de soi même, déprimé ou très coupable** après avoir mangé
- C. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marqué
- D. Ils surviennent au moins une fois par semaine pendant 3 mois
- E. Ils ne sont **pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés** comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'AM
- Sévérité :
  - Léger : 1-3 accès par semaine
  - Moyen : 4-7 accès par semaine
  - Grave : 8-13 par semaine
  - Extrême : sup ou égal à 14 par semaine

# La Boulimie

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments; jeûne; exercice physique excessif
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

## Degrés de sévérité :

- Léger : Une moyenne de 1 à 3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Modéré : Une moyenne de 4 à 7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Sévère : Une moyenne de 8 à 13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Extrême : Une moyenne de 14 épisodes ou plus de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

# L'anorexie

- A. Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique
- B Peur intense devenir allant à que le poids de prendre du poids ou de grosse, ou comportements persistants l'encontre de la prise de poids, alors est significativement bas
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle

**2 sous-types :**

- Anorexie mentale restrictive.
- Anorexie mentale boulimique avec purge.
- Type Restrictif : pendant les trois derniers mois
- Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou à des comportements purgatifs.

**Degrés de sévérité :**

- Chez les adultes, la sévérité minimum est basé sur l'indice de masse corporel (IMC) réel et chez les enfants et les adolescents sur le percentile d'IMC.
- Léger : IMC > ou = 17 kg/m<sup>2</sup>
- Modéré : IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Sévère : IMC : 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Extrême : IMC < 17 kg/m<sup>2</sup>

# Continuum

## Problèmes alimentaires et image corporelle

h e d s

Haute école de santé  
Genève  
Flôme Nutrition et diététique

Valorisation du corps

Acceptation du corps

Préoccupation/  
Obsession du corps

Perturbation de  
l'image corporelle

Haine du corps/  
dissociation

La nourriture n'est pas un problème

Préoccupation positive aliment.

Préoccupation/  
Obsession nourriture

Perturbation de l'alimentation

Troubles de l'alimentation

Mon image corporelle n'est pas un problème pour moi, mes sentiments par rapport à mon corps ne sont pas influencés par les normes de minceur

Je fais confiance à mon corps pour me dire que manger et en quelle quantité

Je suis capable de m'accepter et de garder un corps sain sans nuire à mon estime de moi

Je porte attention à ce que je mange afin de maintenir mon corps en santé

Je passe un temps significatif à comparer mon corps à celui des autres  
Je serais plus attrant-e si j'étais....

Je pense beaucoup à la nourriture  
J'ai le sentiment de ne pas bien manger la plupart du temps

Je passe un temps significatif à faire des régimes ou de l'exercice dans le but de changer mon corps

J'aimerais pouvoir changer ce dont j'ai l'air dans le miroir  
Je me sens plus fort lorsque je restreins mon alimentation

Je déteste mon corps et je m'isole souvent des autres

Je suis terrifié-e à l'idée de prendre du poids  
J'ai régulièrement des débordements alimentaires

# Le TCA le + fréquent chez le patient obèse: l'hyperphagie boulimique

- Corrélation positive entre la sévérité de l'HB et le degré d'obésité
- Patients avec une HB
  - début d'obésité plus précoce,
  - régimes plus jeunes, s'inquiètent à propos de leur poids plus tôt,
  - plus grandes fluctuations de poids dans leur passé
  - passent plus de temps en tant qu'adulte à chercher à maigrir.
  - davantage de symptômes dépressifs
  - plus grande probabilité d'abandonner ou d'échouer dans les programmes de perte de poids.
- Ceci implique au niveau clinique que la symptomatologie dépressive pourrait rendre les patients plus vulnérables à une rechute après traitement.
- Donc important de traiter l'HB dans la prise en charge de la personne obèse,

## **Evolution de la prise pondérale du patient : parfois un révélateur des mécanismes à l'origine de son obésité.**

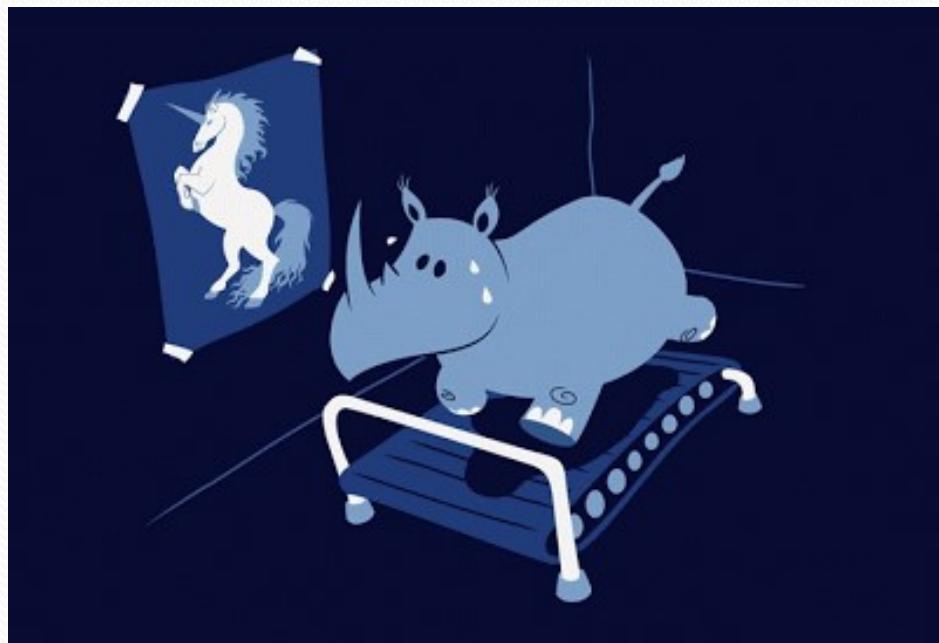
- Régulière
- A partir d'un moment précis : en faveur de modifications de l'hygiène de vie (réduction d'activité physique et/ou changements alimentaires), apparition d'un TCA ?
- En yoyo : probables TCA

- Dans l'absolu, un diagnostic difficile
- Beaucoup de gêne à aborder ce qui se passe **vraiment** lors de la prise alimentaire

# La prise en charge thérapeutique

Elle doit être pluri professionnelle

# Le projet de soins: des objectifs réalistes



- **La pensée : perdre du poids généralement rapidement.**
  - Faire un régime sévère pendant une période déterminée afin de voir des résultats concrets
  - A la fin du régime, manger à nouveau comme avant sans reprendre de poids.
- Or la perte de poids ne peut pas être rapide (1-3 kg par mois au maximum), car imposer un régime restrictif est le meilleur moyen d'entraîner des TCA!

# Motiver au changement

- Les patients ont envie de perdre du poids.
- La mise en place de petits changements progressifs évalués ponctuellement avec le soignant va augmenter les chances de modification à long terme.
- Les attentes (patient et soignant) doivent être réalistes, = réalisables par le patient.
  - Une perte de poids entre 5 à 10% suffit déjà à réduire les risques et les comorbidités associés à l'obésité.

- Les compulsions et les grignotages : souvent une réponse à une frustration, à des restrictions et à des régimes trop sévères.
- Les jeûnes prolongés lors de régimes restrictifs entraînent beaucoup d'hypoglycémie et donc des crises d'hyperphagie.
- Quand le patient envisage une modification de son comportement, il doit s'imaginer que ce sera pour le long terme.

**Dans ces conditions, quels changements sont possibles ?**

- Est-ce qu'on peut déceler dans l'environnement du patient des facteurs de résistance
  - des conditions de vie (habitudes familiales, stress professionnel, etc.)
  - un événement de vie particulier (divorce, deuil, etc.) qui risquent de poser problème tôt ou tard ?

## **Est-ce le bon moment pour entamer un changement ?**

- Evaluation des motivations cruciale
- Dépend de nombreux facteurs à investiguer lors d'une anamnèse complète.
  - Rechercher les soutiens potentiels permet de prévenir les rechutes.
  - Rechercher les raisons des échecs précédents pour ne pas les reproduire, et surtout des succès réalisés pour augmenter la confiance du patient en sa capacité de réussir.

# Entretien semi-structuré

- La faim, l'appétit, la satiété : trois notions souvent confondues par le patient.
- Rechercher d'éventuelles restrictions alimentaires, grignotages, compulsions, crises de boulimie, night eating syndrome ;
- Les réactions alimentaires et leurs déclencheurs :
  - Afin d'investiguer le lien entre les affects négatifs (contrariétés) ou positifs (bonne nouvelle) et d'éventuelles compulsions et de rechercher les autres déclencheurs possibles ;
- Les comportements compensatoires
  - Vomissements ou utilisation de diurétiques, laxatifs, qui permettraient de poser un diagnostic de boulimie.
- Traitements antérieurs qu'a suivis le patient
- Poids désiré.
  - rarement réaliste, ainsi que les attentes d'un résultat rapide, est révélateur du décalage qui existe entre les attentes des patients et des soignants.

# Poser vos questions, et reposer vos questions...

- Le repas, le déroulé du repas, la préparation des plats
- Où ?
  - A table, dans le canapé ? Parfois dans la chambre
- Comment ?
  - Chacun son plat, un plat commun ?
- Quoi ?
  - Des plats préparés, oui mais lesquels ?
- Avec qui ?
  - Seul, en famille, les enfants seulement
  - Avec la télé...

# Structurer les repas



- Les personnes qui veulent perdre du poids ont tendance à la «**restriction cognitive**»
  - = multiples croyances sur ce qu'il est bon de faire ou de manger pour perdre du poids ou ne pas en prendre.
- Ces croyances poussent la personne à se fier préférentiellement à des règles externes plutôt qu'à ses sensations internes pour gérer son alimentation.
- La personne obèse qui fait de la restriction cognitive devra apprendre à manger de tout, mais pas tout le temps, et à se fier à ses sensations de faim et de satiété.
  - On fixe des intervalles réguliers entre les repas et les collations pour que le temps entre les repas ne soit pas trop important. Les moments où l'on mange ne devraient être consacrés qu'à ça.
  - Il est recommandé de manger assis, lentement, en se concentrant sur ses sensations, sans rien faire d'autre.
  - On évite de finir les restes, on apprend à jeter si garder est impossible. Le moment des courses est également important : on planifie ses courses (si possible après le repas), on achète moins et on gère les aliments «à risque».

# Modélisation de la boulimie

[d'après Fairburn]





## Repérer les déclencheurs des grignotages ou des crises alimentaires

- Les déclencheurs peuvent être multiples et leur identification prend du temps.
- Aliments « interdits »
- Choisir un ou plusieurs déclencheurs dans une liste quand il a eu une crise alimentaire, puis de compléter cette liste au fur et à mesure avec ses propres déclencheurs.
- La désorganisation de l'alimentation et les aliments «interdits» peuvent déclencher des crises qui seront dues à la faim et à l'envie.
- Les compulsions peuvent également être dues à l'habitude (compulsions de fin de journée), ou à des émotions, généralement négatives, mais parfois aussi positives.
- La prise de conscience du rôle des émotions comme déclencheurs de certaines crises alimentaires doit se faire progressivement par le patient.
  - La nourriture joue à court terme un rôle anesthésiant sur les émotions.
  - On peut aider le patient à identifier clairement et à exprimer ce qui a provoqué ses compulsions par une analyse en détail de situations précises.
- Recherche de solution pour éviter de « succomber à la tentation ».

**Tableau 4.** Liste de déclencheurs de compulsions alimentaires (à compléter par le patient)

Déclencheurs alimentaires	Déclencheurs émotionnels
La faim Voir quelqu'un manger Les aliments interdits La préparation d'un repas Sentir des aliments	Le stress La solitude L'inactivité/ l'ennui Le sentiment d'impuissance Un conflit

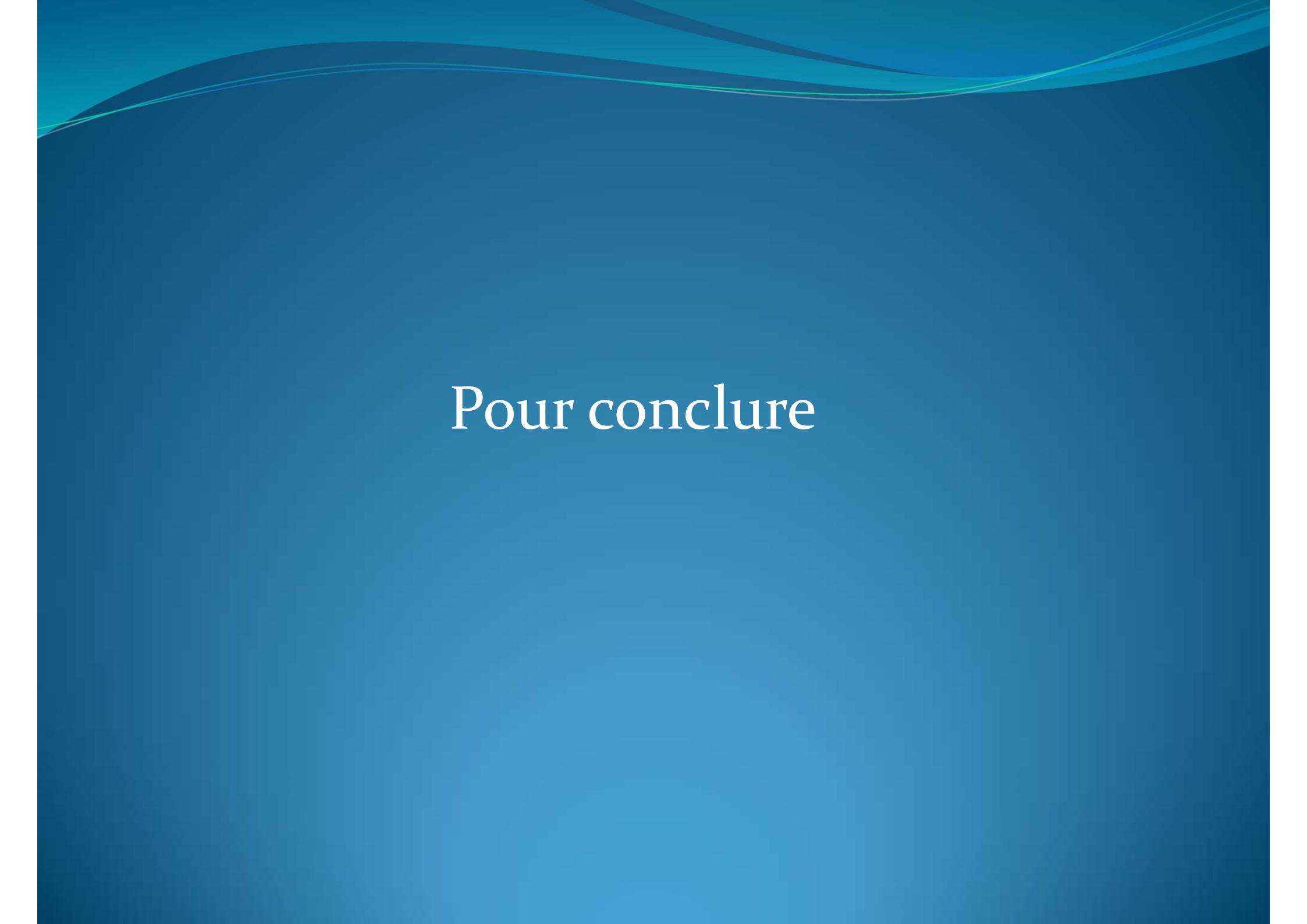
**En lien direct avec l'alimentation**

La préparation des repas	La présence d'aliments disponibles à la maison
La vue des aliments	Manger à des heures inhabituelles
La faim	Les courses
L'habitude	Les périodes de fêtes
Les repas	La publicité
Les odeurs de nourriture	Sauter des repas
Les aliments interdits	Le manque de variété des repas

**En lien direct avec les émotions**

Un sentiment d'inutilité	Les vexations
Un sentiment d'impuissance	Le sentiment d'échec et de ne rien valoir
L'inactivité	L'excitation, les émotions trop fortes de plaisir
La solitude	Le fait de ne pas avoir assez maigri
La fatigue	L'obsession du poids
Une activité ennuyeuse	Le manque affectif
Le stress	Le sentiment d'être incompris
La colère	

**Tableau 1:** Facteurs déclencheurs des crises alimentaires.



Pour conclure

## Reformuler les buts :

- Ne pas se focaliser sur la **perte pondérale** en terme de chiffres sur la balance !  
**Amélioration de la qualité de vie**
- Question de la **perte**, douloureuse chez la personne obèse. Perte pondérale (qui échoue) mais également perte affective, réelle
  - Attention au vocabulaire, se libérer de ces signifiants centrés autour de ce qu'on a en moins, de ce qu'on perd
- **Capacité à faire face** (coping), à gérer les émotions et les situations conflictuelles
- Expression corporelle et émotionnelle
- **Implication familiale** et parentale nécessaire
- Evoquer la question de la volonté ! Et former et informer les familles !

- **Points de vigilance lors de la prise en charge diététique:**

- vécu du patient, est-ce le bon moment?
- éviter d'interdire, prévention +++ de la restriction cognitive
- Climat familial
- obsession , tension, pensées trop présentes en ce qui concerne alimentation
- Aborder la notion de satisfaction, explorer le retentissement sur les grignotages, les frustrations....



Merci de votre attention