



OBÉSITÉ et Troubles du Comportement Alimentaire

Dr Elise RIQUIN, Maître de conférences, Praticien Hospitalier en pédopsychiatrie, CHU Angers

Julie CAILLON, Psychologue PhD, CHU Nantes

Forum Régional Nutrition

Mardi 9 avril 2024. Nantes.

Dernière mise à jour le : 29/03/2024



TCA et obésité

Dr Elise RIQUIN

Maitre de conférences, Praticien Hospitalier en pédopsychiatrie, CHU Angers

Déclaration d'intérêts :

Absence de tout conflit d'intérêt



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 sociale**, 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 troubles du comportement alimentaire ?

- Anorexie mentale
 - Boulimie
 - Hyperphagie boulimique
 - et troubles non spécifiés
-
- Concernent plus de 600 000 adolescents et jeunes adultes en France
 - Affectent davantage les femmes que les hommes

Les TCA

- Des troubles chroniques et une prise en charge longue
- Evolution ?
 - Marquée par des rechutes dans 50 à 70% des cas.
- Un impact considérable
 - sur la santé physique et psychique des personnes atteintes
 - sur leur qualité de vie,
 - leur vie affective,
 - sociale
 - professionnelle
 - ainsi que celle de leur famille.


Des troubles graves...

- L'anorexie mentale : l'une des premières causes de mortalité prématurée chez les 15-24 ans
 - Responsable de 1% de décès par année
 - soit 6 à 12 fois plus que la population générale
- La boulimie : génère une surmortalité importante
 - 2 à 3 fois supérieure à celle de la population générale.
- L'hyperphagie boulimique également associée à une surmortalité.

Ce qui améliore les choses ?

- **La prise en charge spécialisée** réduit la mortalité
- **La précocité** de la prise en charge améliore le pronostic





Des signes qui doivent alerter

- Sur un comportement anorexique ou boulimique :
 - une perte de poids de 10% ou plus,
 - des variations brutales de poids et de comportement,
 - une aménorrhée,
 - une préoccupation excessive autour de l'image du corps, de l'alimentation et de la diététique,
 - une mauvaise estime de soi.

Et encore...

- Les vomissements
- Le suivi « à la lettre » de régimes avec une perte de poids significative
- Une activité physique intense



Attention

Toutes les personnes qui présentent un excès de poids/une obésité
ne souffrent pas de TCA

- Mais prévalence plus élevée de comportements alimentaires inadaptés chez ces adolescents par rapport à ceux qui ont un poids dans la norme (pilule pour maigrir, vomissements, laxatifs...)(Boutelle et al., 2002)
- La présence d'un TCA complique la prise en charge de l'excès de poids

Le défi ?

Cibler les deux problématiques

- Pour «prévenir» (ou «ne pas aggraver») les TCA dans les problèmes de poids
- Cibler des facteurs de risque modifiables qui sont **communs** aux deux problématiques

Quels sont les déterminants du poids ?

Facteurs génétiques

- Hérité, métabolisme de base, thermogénèse

Facteurs individuels

- Age, sexe, ethnicité, facteurs socio-culturels et socio-économiques

Habitudes de vie et comportements

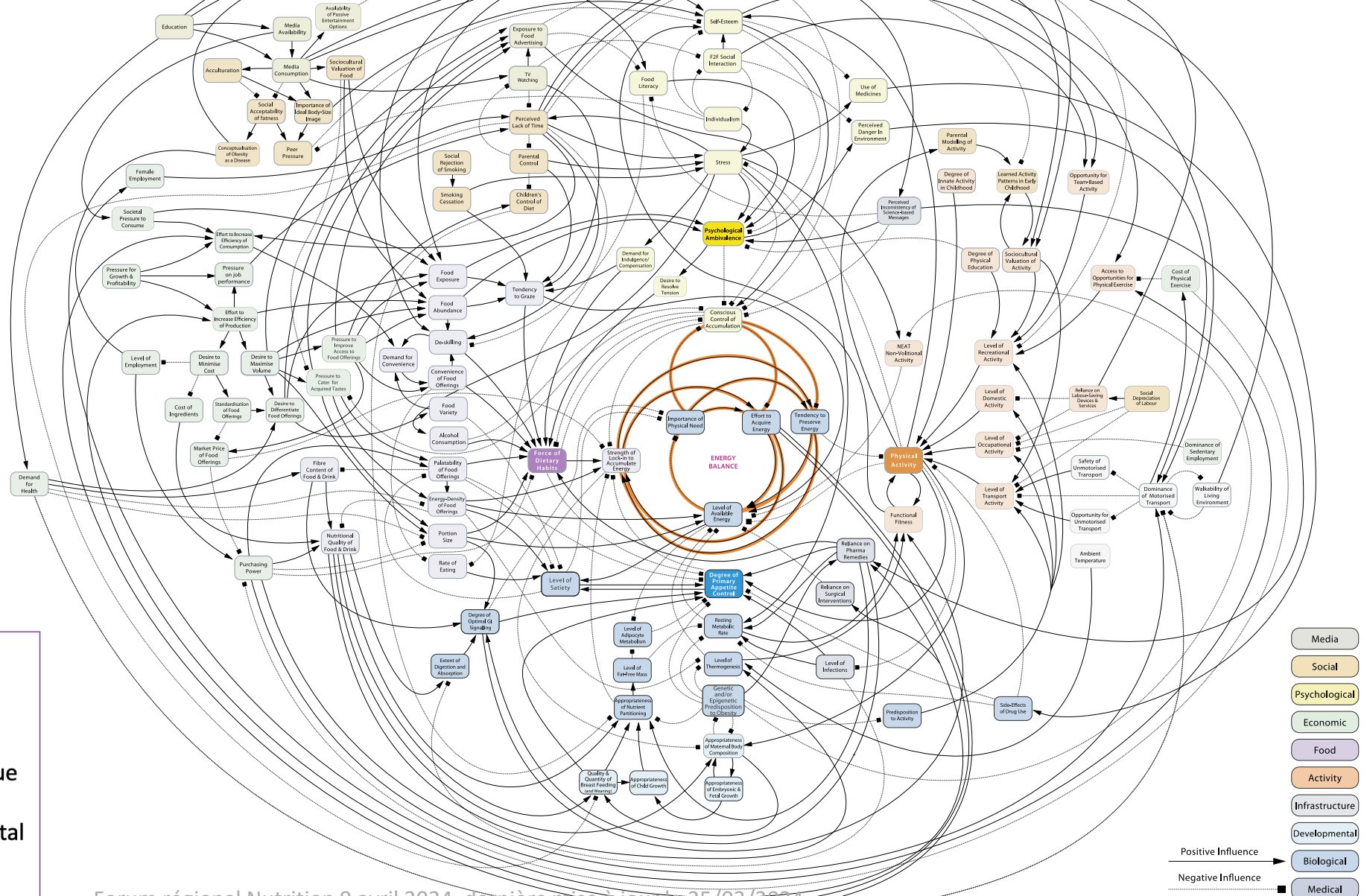
- Alimentation, exercice, sommeil, tabagisme

Environnement

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/296290/obesity-map-full-hi-res.pdf

G.Egger et al.
Biomed Res Int.
2014

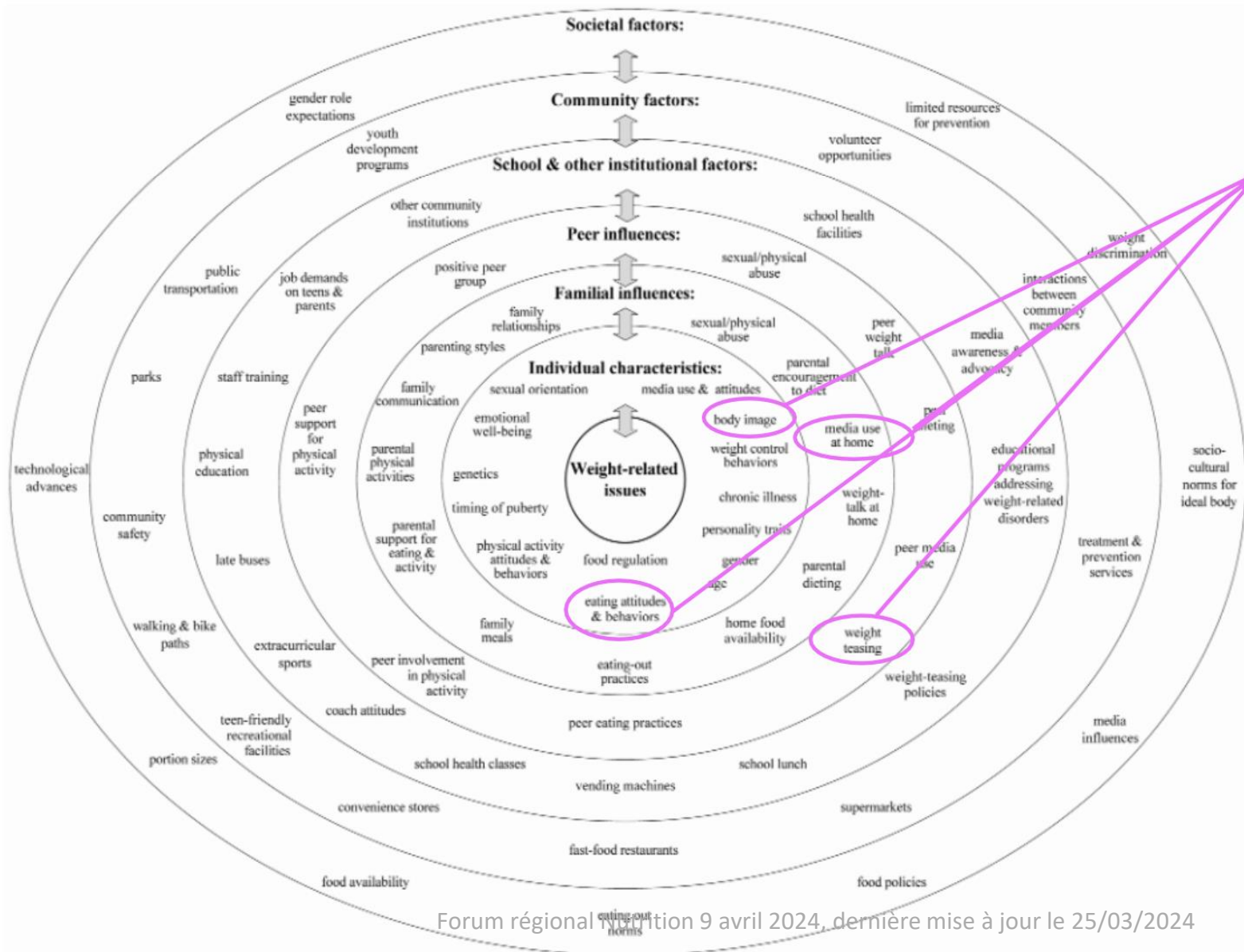
Obesity System Map



Media
Social
Psychologique
Alimentaire
Activité physique
Infrastructure
Développemental
Biologique
Médical

Facteurs psychosociaux et poids

Filière Nutrition et diét



Aussi facteurs de risque pour TCA:

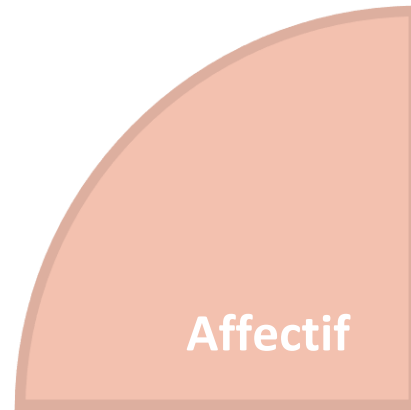
- Image corporelle
- Régimes
- Utilisation des médias
- Moqueries sur le poids

From Neumark, Sztainer D. "I'm Like, SO Fat!": Helping Your Teen Make Healthy Choices about Eating and Exercise in a Weight-Obsessed World Paperback – Illustrated, June 8, 2005

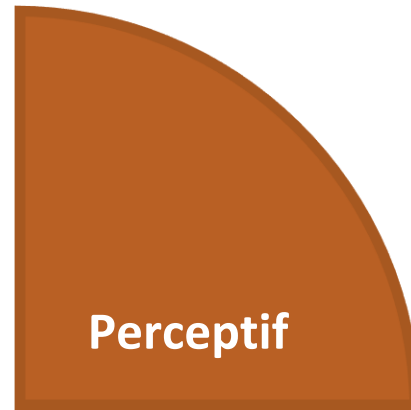
Les 4 composantes de l'image corporelle



Comment je me sens par rapport à mon corps

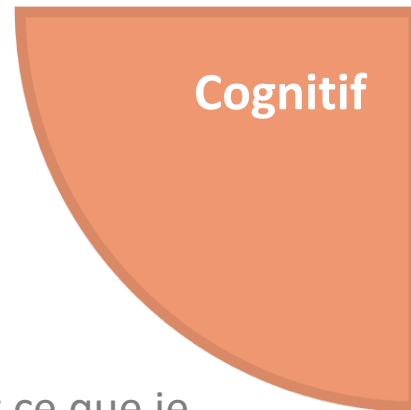


Affectif

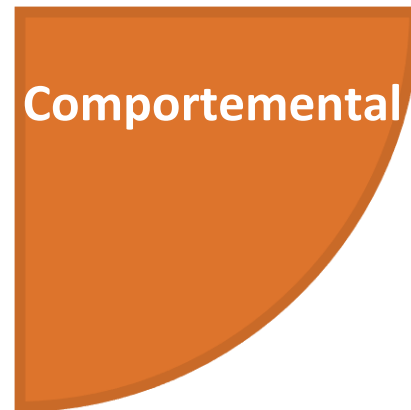


Perceptif

Comment je vois mon corps

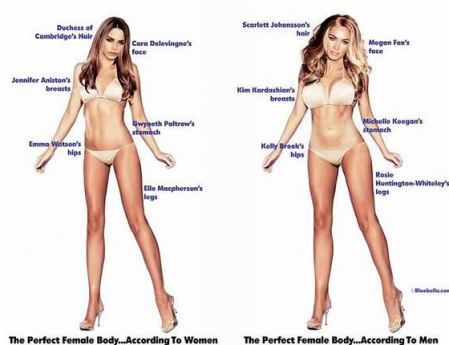
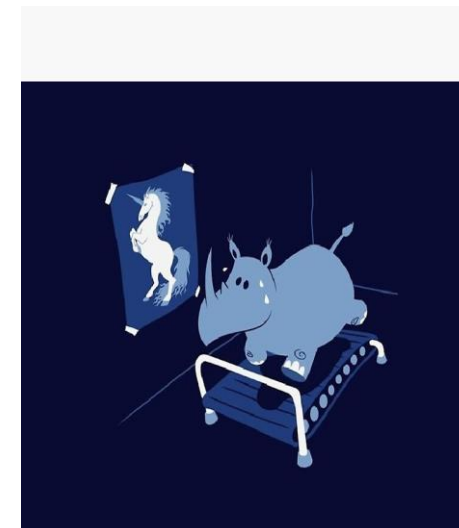


Cognitif



Comportemental

Comment j'agis en relation avec mon corps



Qu'est ce que je pense de mon corps

L'image corporelle

- Si décalage : insatisfaction corporelle
- Comment se construit l'image corporelle ?
 - **Des influences multiples**
 - Prédispositions chez l'individu, tempérament, comparaison sociale, expériences de vie
 - Entourage plus ou moins protecteur (discours avec ses amis, sa famille, club de sport, école, milieu médical)
 - Société actuelle d'images et de consommation, il faut être mince, musclé et jeune, modèles irréalistes dans les médias



La société ?



Der Völler, « Le glouton », 1804,
Georg Emanuel Opitz (1775–1841)

Historique

- Jusqu'au Moyen Age, être gros = prestige, puissance, pouvoir puis la gloutonnerie est condamnée.
- L'esthétique apparait avec les cours médiévales.
- A la Renaissance, dénonciation de la mollesse, la paresse et l'inefficacité du « gros ».
- Au 18^{ème} siècle : médicalisation de l'obésité, déviance par rapport à la norme.
- Au 20^{ème} siècle : « Le martyr du gros », H. Béraud.
- Aujourd'hui :

**Etre obèse : autant une question de droit
que de santé**



Le fat acceptance

- Le Body Positive : une tendance, un mouvement ?
- **Fat Acceptance : promeut l'acceptation des personnes dites « grosses » dans la société**
 - Lutte contre la grossophobie
 - Met en avant la diversité et l'acceptation de toutes les grandes tailles
- Né dans les années 70 aux USA, mouvement arrive fin des années 80 en France

Le fat shaming



"SHAMING" SWEATSHIRT



Le « fat shaming »

- Commence très tôt !
- Dès 3 ans, les enfants considèrent leurs camarades en surpoids comme étant : « méchants, stupides, moches, malheureux, paresseux, et ayant peu d'amis »
- De 4 à 11 ans, les enfants décrivent les sujets souffrant d'obésité comme « moches, égoïstes, paresseux, stupides, malhonnêtes, isolés socialement »

Les attitudes négatives s'aggravent avec l'âge !

- Pas seulement les camarades, mais aussi les enseignants, les parents, et parfois le monde médical...



Brylinsky JA, Moore JC. The identification of body build stereotypes in young children. J Res Pers 1994; 28: 170–181

Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. Int J Obesity 1995; 19: 562–569.



Un impact sur l'IC...?

Des idées reçues...?

- L'IC aiderait à se « prendre en main »
- « Quand on veut on peut »

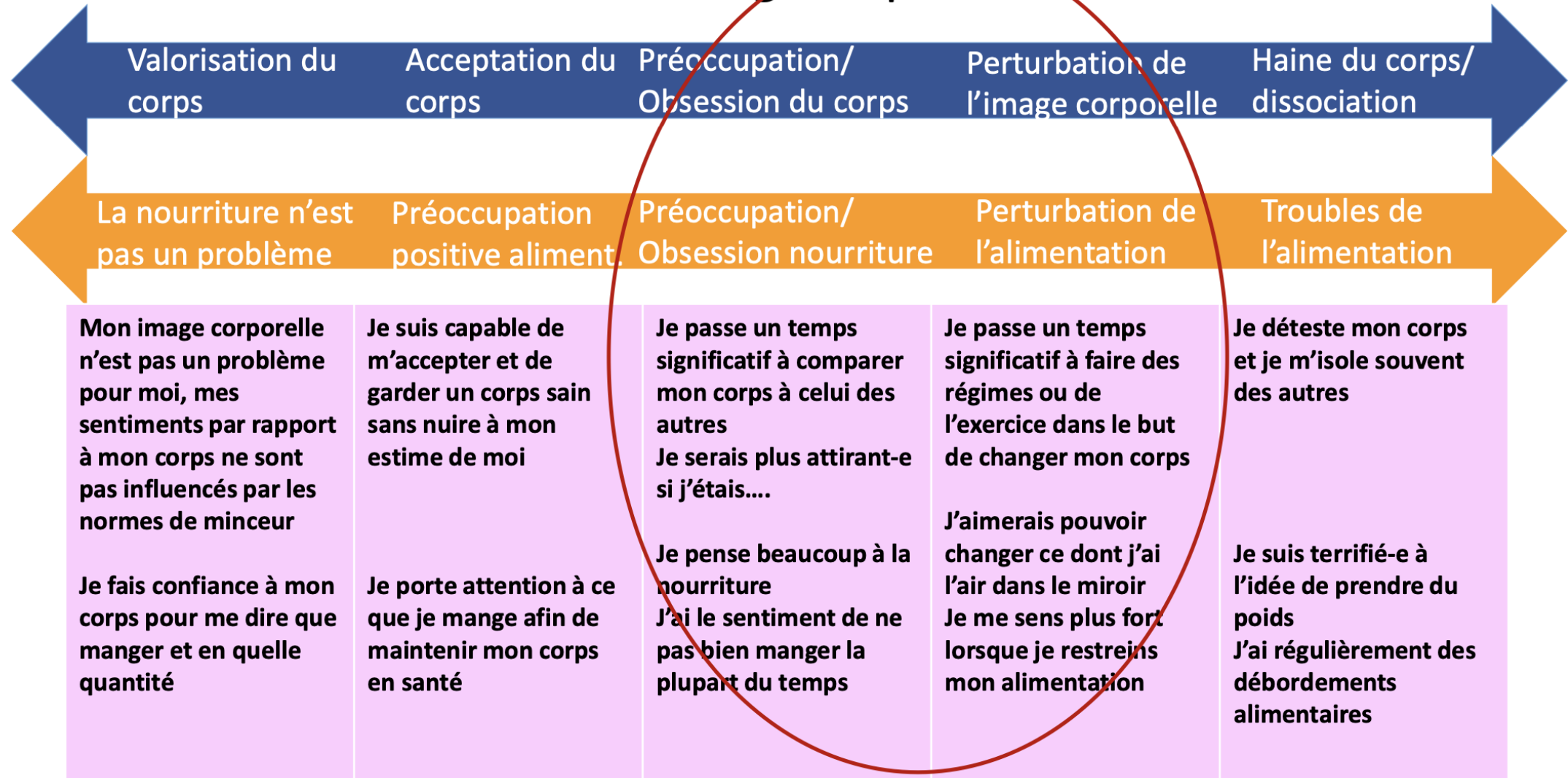
Tenant de penser que l'**insatisfaction** pourrait être utilisée par le sujet obèse comme une **motivation** à la perte de poids.

- Il existe une **relation en U inversé** entre l'insatisfaction corporelle et la motivation à perdre du poids :
 - un sujet en surpoids avec une image du corps satisfaisante ne sera pas motivé à modifier ses comportements, de même que le sujet très insatisfait de son corps.

L'insatisfaction doit être modérée pour être stimulante

Continuum

Problèmes alimentaires et image corporelle





Rappels diagnostics

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 N
 - 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 Q 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 cpts compensatoires inappropriés** comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'AM

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

Boulimie et hyperphagie

Sévérité des troubles basée sur la fréquence des épisodes :

- trouble léger : 1-3 épisodes par semaine ;
 - modéré : 4-7 épisodes par semaine ;
 - sévère : 8-13 épisodes par semaine ;
 - extrêmement sévère : 14 épisodes ou plus par semaine.
-
- “Épisodes”
 - Boulimie = comportements compensatoires
 - et hyperphagie = crises hyperphagiques

Boulimie et hyperphagie

- **Indicateur de perte de contrôle**
 - = incapacité à se retenir ou arrêter de manger après avoir commencé
- Une même crise hyperphagique peut se produire dans 2 lieux différents (restaurant et domicile par ex)
- Différences : **comportement compensatoire +++**, +/- IMC
- Hyperphagiques font des **régimes** suites aux accès **CONTRAIREMENT** boulimie : régime avant les accès
- Taux de **rémission spontanée** meilleure dans hyperphagie que la boulimie et l'anorexie
- Réponse au traitement meilleur dans l'hyperphagie que dans la boulimie
- Comorbidités fréquentes

Hyperphagie

- Crise dans l'hyperphagie fait souvent suite à un affect négatif (anxiolytique)
- Différence avec obésité seule (le plus fréquemment sans hyperphagie)
 - = retentissement fonctionnel important, détresse ++, comorbidité psy supérieure



Des outils pour aider au repérage

ADO-BED questionnaire

1. T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger? (oui/non)
2. Dans cette situation là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter?
3. Dans ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim : (oui/non)
 - a) As-tu besoin d'être seul, de t'isoler pour manger?
 - b) As-tu l'impression d'être ailleurs, inconscient (e), comme si tu mangeais en étant dans la lune?
 - c) Manges-tu parce que tu te sens mal, triste, en colère ou que tu t'ennuies?
 - d) As-tu l'impression de trop manger ou de manger plus que les autres?
 - e) As-tu des regrets, te sens-tu honteux après avoir mangé?
4. Combien de fois as-tu ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim?
5. Depuis combien de temps as-tu ces moments là?
6. Après ces moments là, t'arrive t'il de faire quelque chose pour éliminer ce que tu viens de manger?

- Haut risque de TCA (80%) si:
 - Oui au moins à une des deux premières questions
 - T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger?
 - Dans cette situation là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter? (perte de contrôle)
 - Oui à au moins 6 des questions suivantes

Dépistage via l'ADO BEDS

- A passer à tous les patients en situation d'obésité
- En auto-questionnaire, puis reprendre les questions avec le patient pour
- Ouvrir un dialogue sur le sujet «émotions-alimentation» (à l'origine de la perte de contrôle++)

- Attitude du soignant:
 - Ouverte, non jugeant et empathique
 - Permettre au patient d'exprimer ses difficultés
 - Discuter le rôle des émotions dans la prise alimentaire
 - Mettre des mots sur la «perte de contrôle alimentaire» (un syndrome et non la paresse..)



Et si on bascule de l'autre côté ?

Anorexie mentale

- **A - Restriction des apports énergétiques** par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique.
- **B- Peur intense de prendre du poids** ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids alors que le poids 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 **déni** de la gravité de la maigreur actuelle ;

- Certains adolescents peuvent ne pas reconnaître leur peur de prendre du poids
- Certains également peuvent reconnaître être mince mais continuent d'être préoccupé par certaines parties de leur corps, particulièrement le ventre, les fesses, les cuisses ou ne reconnaissent pas la gravité médicale de leur état
- Interrogatoire des parents +++
- Regarder les habitudes alimentaires :
 - calcul calories, préparation des repas, sélection et tri des aliments



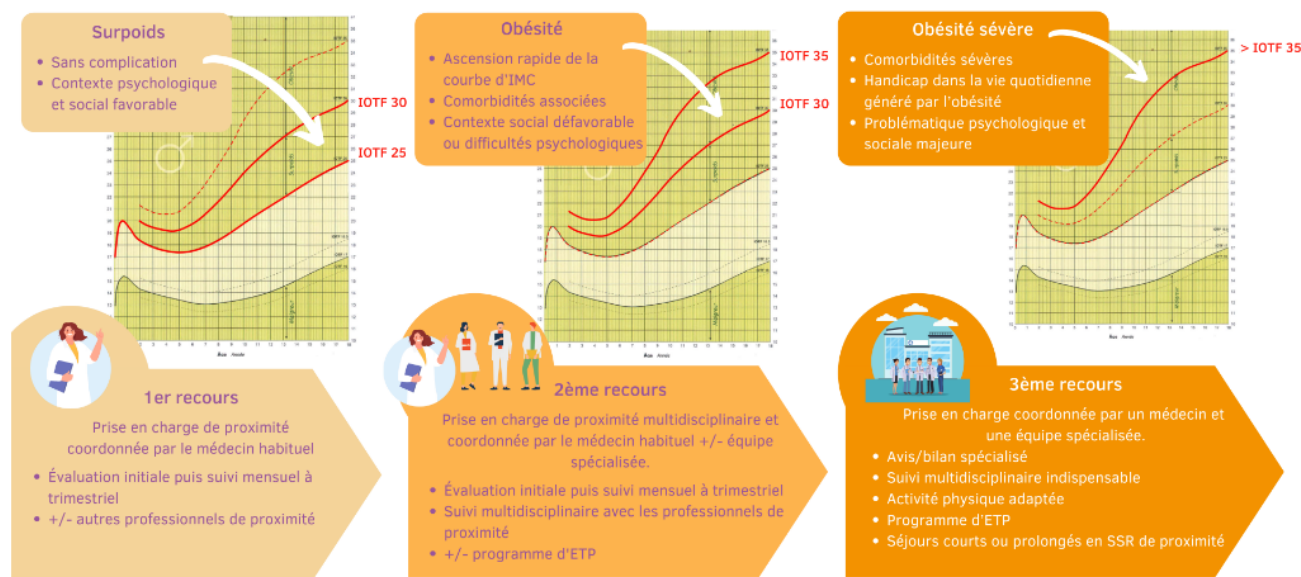
Pour conclure

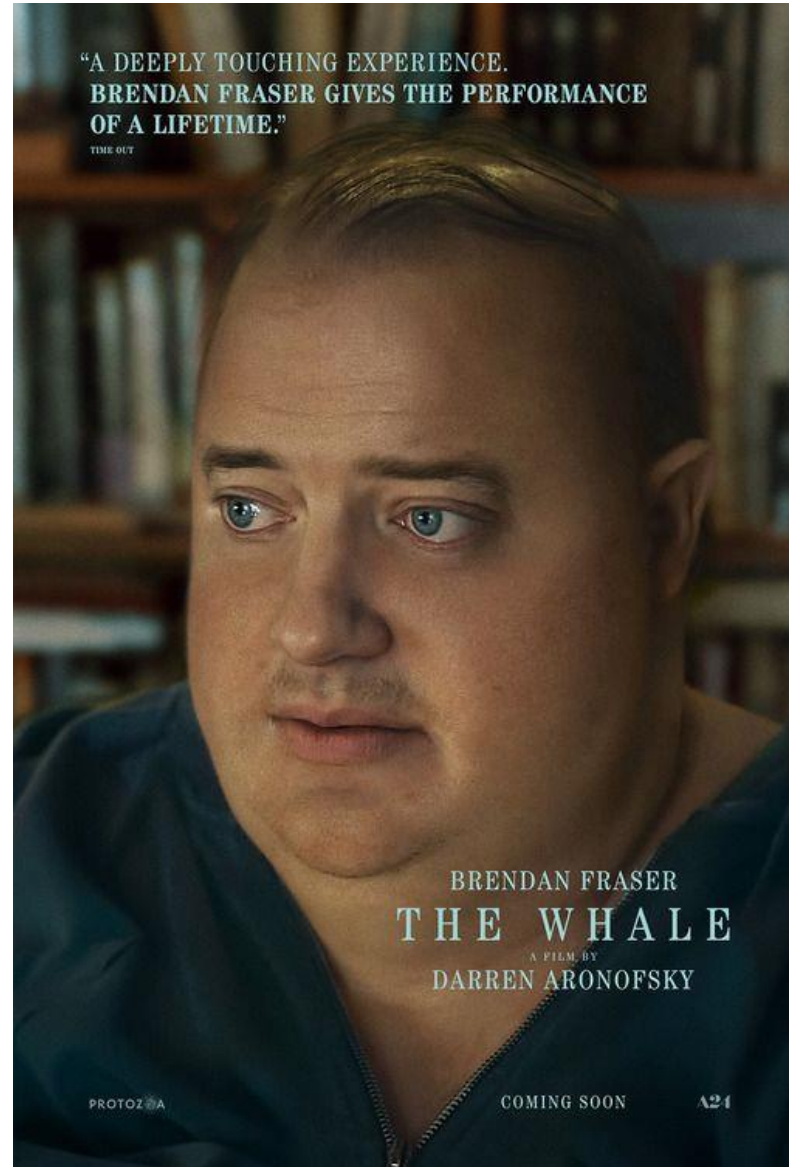
Déterminer le type de prise en charge

PARCOURS DE PRISE EN CHARGE POUR LES ENFANTS OU ADOLESCENTS EN SURPOIDS OU OBÈSES EN PAYS DE LA LOIRE

Ce schéma, conçu à partir des recommandations HAS, est un outil de prise en charge et d'orientation des enfants et adolescents en situation de surpoids ou obésité, à l'usage des professionnels de santé.

Parcours de prise en charge de l'enfant et adolescent en surpoids ou obèse





"A DEEPLY TOUCHING EXPERIENCE.
BRENDAN FRASER GIVES THE PERFORMANCE
OF A LIFETIME."
TIME OUT

BRENDAN FRASER
THE WHALE
A FILM BY
DARREN ARONOFSKY

PROTOZ®A

COMING SOON

A24

Merci de votre attention !



Contact :

Riquin Elise

Elise.riquin@chu-angers.fr

0241354442

CHU Angers

Obésité et TCA : prise en charge thérapeutique

Julie CAILLON

Psychologue PhD, CHU Nantes

Déclaration d'intérêts :

Absence de tout conflit d'intérêt

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

- Approche intégrative +++
- Prise en charge pluridisciplinaire: collaboration étroite médecin/psy/spécialistes nutrition
- Prise en charge individualisée en fonction des objectifs du patient
- Repérer et prendre en charge les troubles associés
- Association travail motivationnel + TCC



PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

1. Analyse motivationnelle et fonctionnelle
2. Définition d'un objectif de traitement
3. Mise en œuvre du traitement et évaluation des résultats



PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

1. Analyse motivationnelle et fonctionnelle
2. Définition d'un objectif de traitement
3. Mise en œuvre du traitement et évaluation des résultats



CONDITIONS DE LA RENCONTRE



Avantages à continuer	Inconvénients à continuer
Plaisir apaiser les émotions négatives Oublier les problèmes (bulle) Doudou Facilité, zéro contrainte	Risque de mort Plus d'interactions sociales Mauvaise estime de soi Culpabilité Etre tout le temps essoufflé
Avantages à arrêter	Inconvénients à arrêter
Se sentir mieux Accroissement de l'espérance de vie Retrouver une vie sociale Plaire Plus d'ennuis au travail par rapport à la santé	Rachat de vêtement Peau qui pendouille Faire attention à tout Stress de la balance Peur de déplacer la dépendance sur autre chose



EVALUATION

Autant d'outils qu'il existe de problèmes...

- Entretiens structurés, échelle et auto-questionnaire :
- Troubles psychiatriques associés : épisode dépressif caractérisé, ...
- Symptômes : anxiété, ...
- Traits / dimension de personnalité : impulsivité, ...
- Pensées automatiques : obsessions, pensées liées au jeu, ...
- ...

- Grille d'auto-observation : pour faire prendre conscience du problème (et des changements futurs)



Date : 26/02/2024					
Petit Déjeuner		Déjeuner		Dîner	
Heure : 8h30 Lieu : au travail Avec qui : seule		Heure : 13h00 Lieu : Travail Avec qui : seule		Heure : 18h30 Lieu : Maison Avec qui : <u>Ellie</u> et Romain	
Quantité (environ) :	Aliments	Quantité (environ)	Aliments	Quantité (environ)	Aliments
1 tasse	café	1 assiette 1	Salade, carotte, poulet, maïs, sauce César Compote à boire	1 bol 3 tranches 1 compote 1 crêpe	Salade de quinoa et jambon + Gratin d'aubergine Pain et fromage Pomme et marron + crêpe avec une cuillère de sirop d'érable
Remarques		Remarques		Remarques	
Niveau de faim avant le repas : 2 / 10 Niveau de satiété après le repas : 10 / 10 (ai-je encore faim après ?) NON Temps consacré au repas : 15 minutes		Niveau de faim avant le repas : 10 / 10 Niveau de satiété après le repas : 7 / 10 (ai-je encore faim après ?) Temps consacré au repas : 10 minutes		Niveau de faim avant le repas : 10 / 10 Niveau de satiété après le repas : 10 / 10 (ai-je encore faim après ?) NON Temps consacré au repas : 15 minutes	
Collation Matin		Collation Après-midi		Collation Soir	
Heure : Lieu : Avec qui :		Heure : 15h Lieu : Travail Avec qui : Seule		Heure : Lieu : Avec qui :	
Quantité (environ)	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments
		1 carré	Chocolat noir		
		1 Tasse	Café		



Prises alimentaires en dehors des repas / Envies irrépessibles de manger					
Heure :		Heure :		Heure :	
Lieu :		Lieu :		Lieu :	
Avec qui :		Avec qui :		Avec qui :	
Quantité (environ)	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments

Prises alimentaires en dehors des repas / Envies irrépessibles de manger					
Heure :		Heure :		Heure :	
Lieu :		Lieu :		Lieu :	
Avec qui :		Avec qui :		Avec qui :	
Quantité (environ)	Aliments	Quantité	Aliments	Quantité	Aliments



PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

1. Analyse motivationnelle et fonctionnelle
2. **Définition d'un objectif de traitement**
3. Mise en œuvre du traitement et évaluation des résultats



OBJECTIFS GENERAUX

- Perte de poids durable
- Amélioration de la qualité de vie
- Amélioration des comorbidités somatiques (hypertension, diabète...) et psychiatriques (BED, AA, trouble anxio-dépressif...)



OBJECTIFS INDIVIDUALISES

- Objectif mesurable et réaliste
- Différence entre poids et comportement alimentaire
- Attention à la restriction cognitive! ++



PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

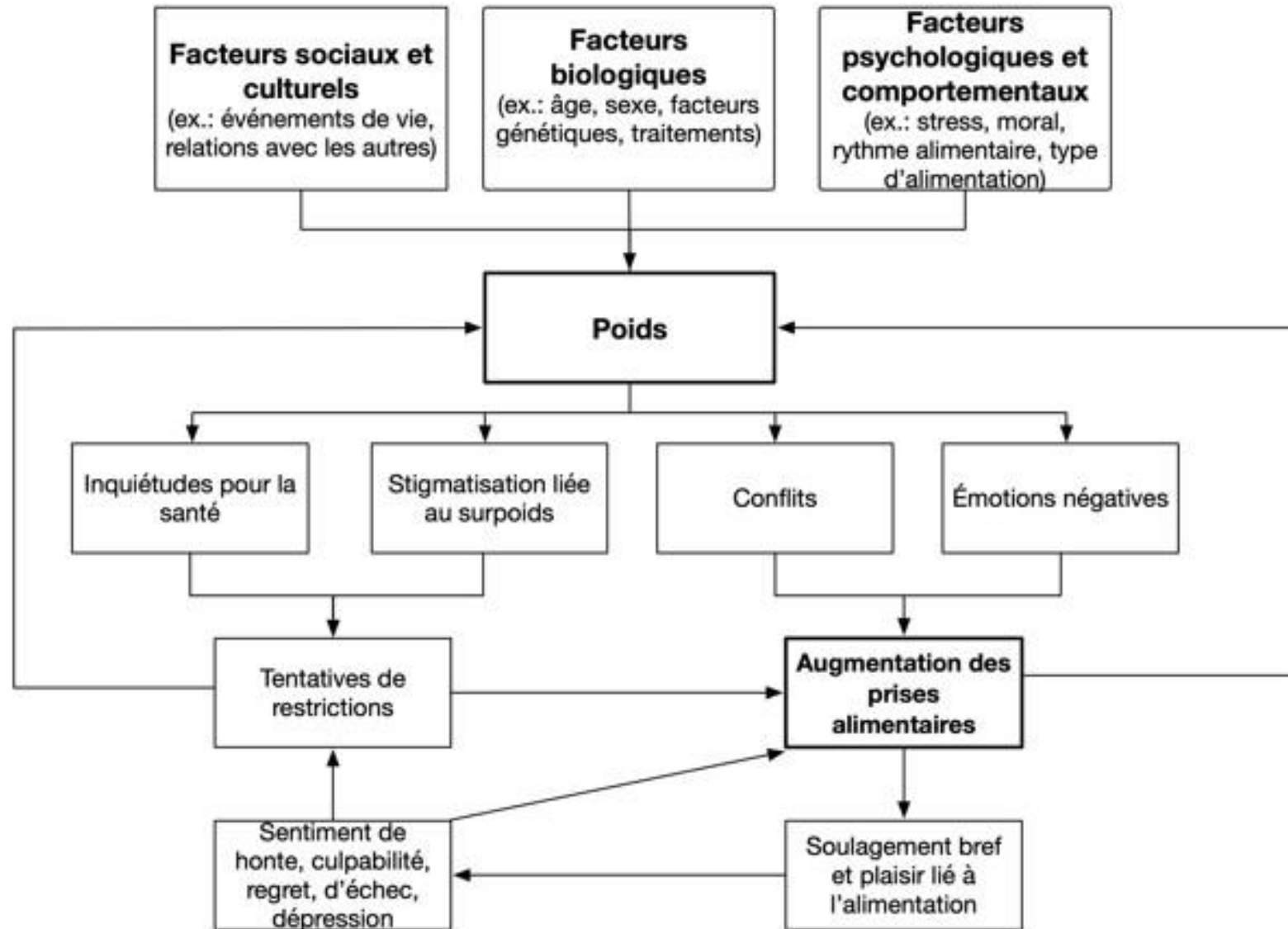
1. Analyse motivationnelle et fonctionnelle
2. Définition d'un objectif de traitement
3. Mise en œuvre du traitement et évaluation des résultats

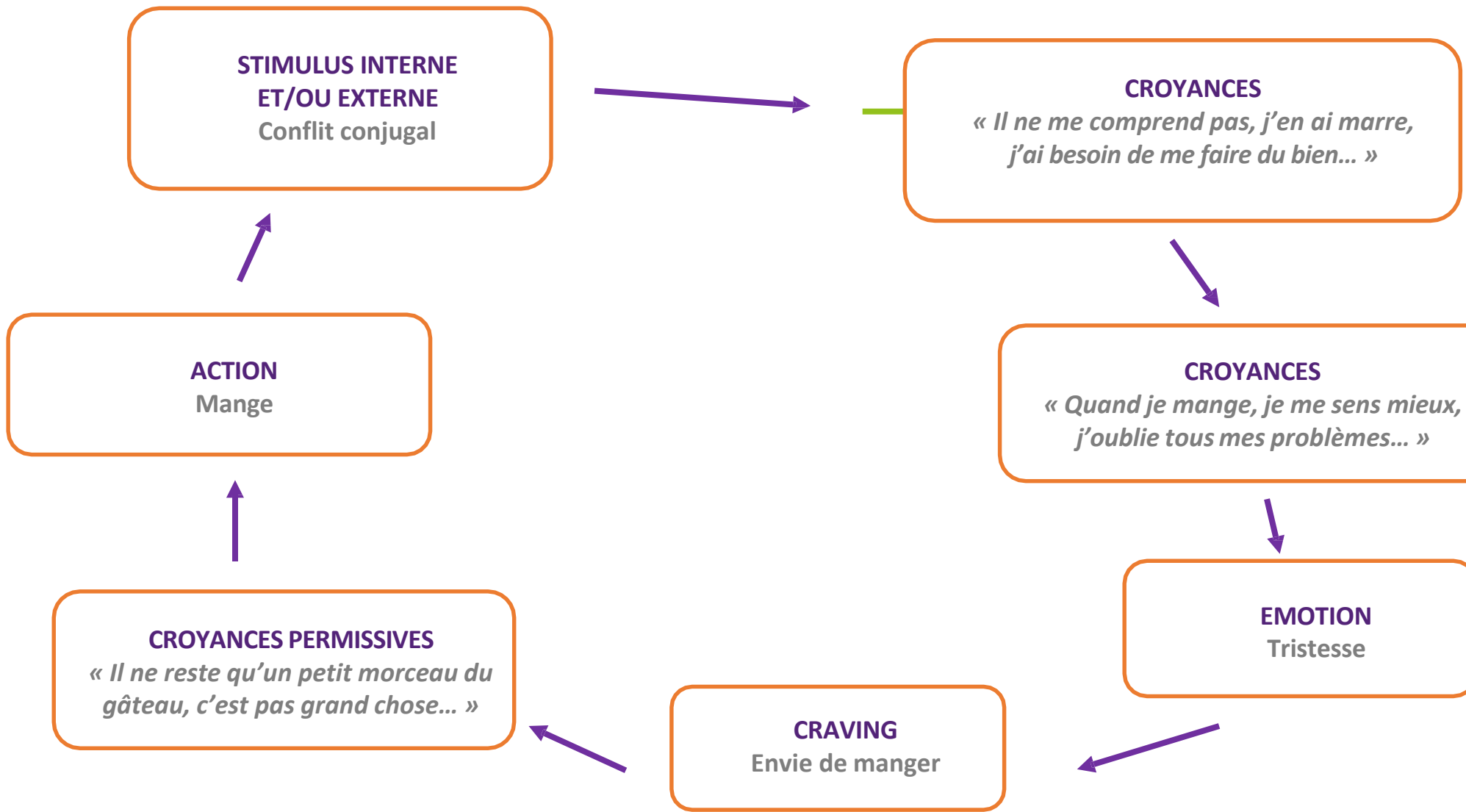


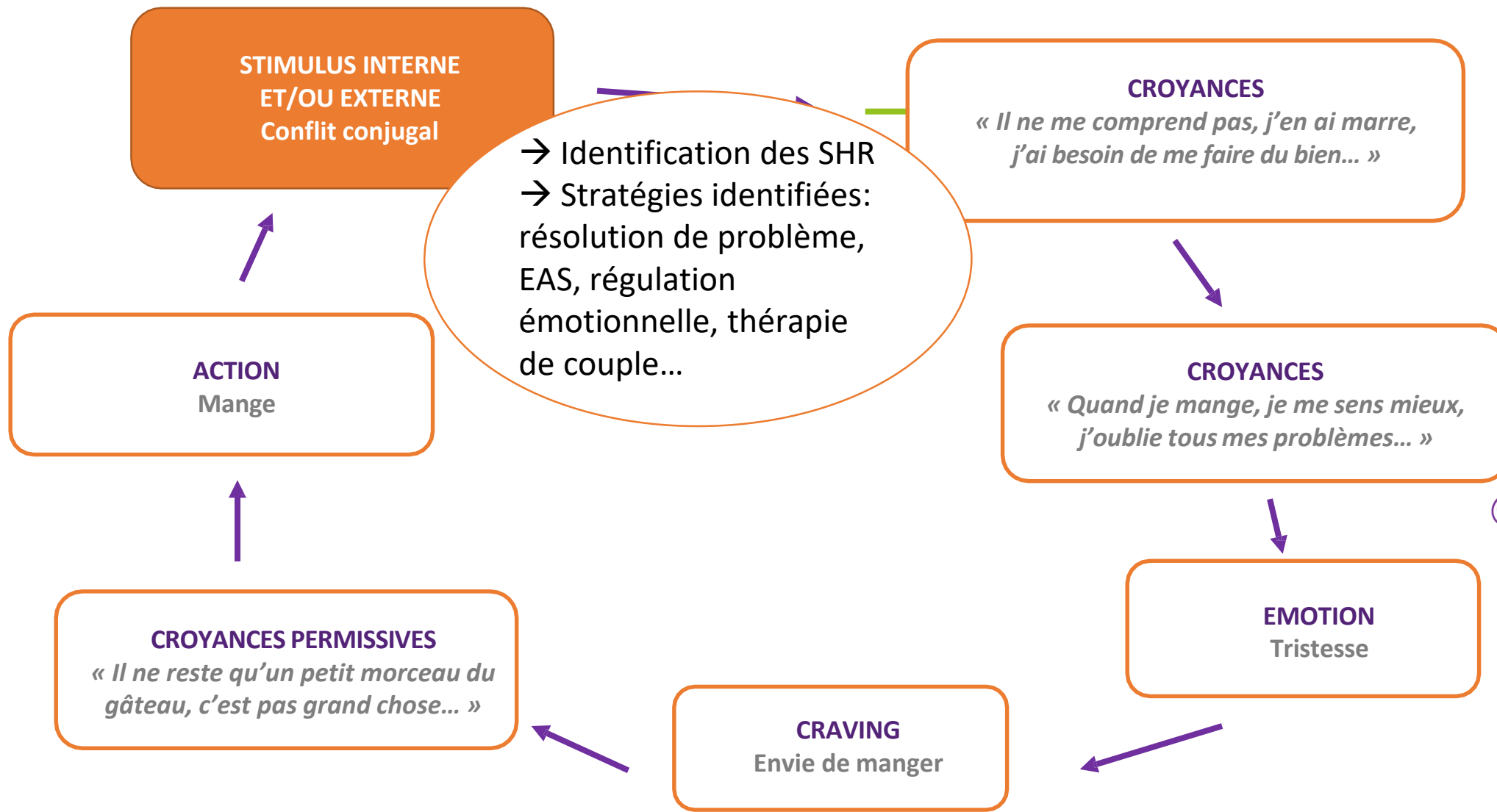
PSYCHOEDUCATION

- Pourquoi ?
 - Il est important de comprendre pour coopérer
 - Les choses vécues prennent ainsi du sens
 - Les demandes du thérapeute paraissent ainsi fondées
 - Cela rassure le patient
 - Cela augmente l'observance thérapeutique









SITUATIONS A RISQUE

- Les émotions positives (plaisir, excitation, etc.)
- Les émotions négatives (tristesse, angoisse, etc.)
- Lutter contre la solitude et/ou l'ennui
- Echapper temporairement de la réalité, perdre la notion du temps...
- Accessibilité
- Interactions sociales: conflits, fortes sollicitations...
- Fatigue

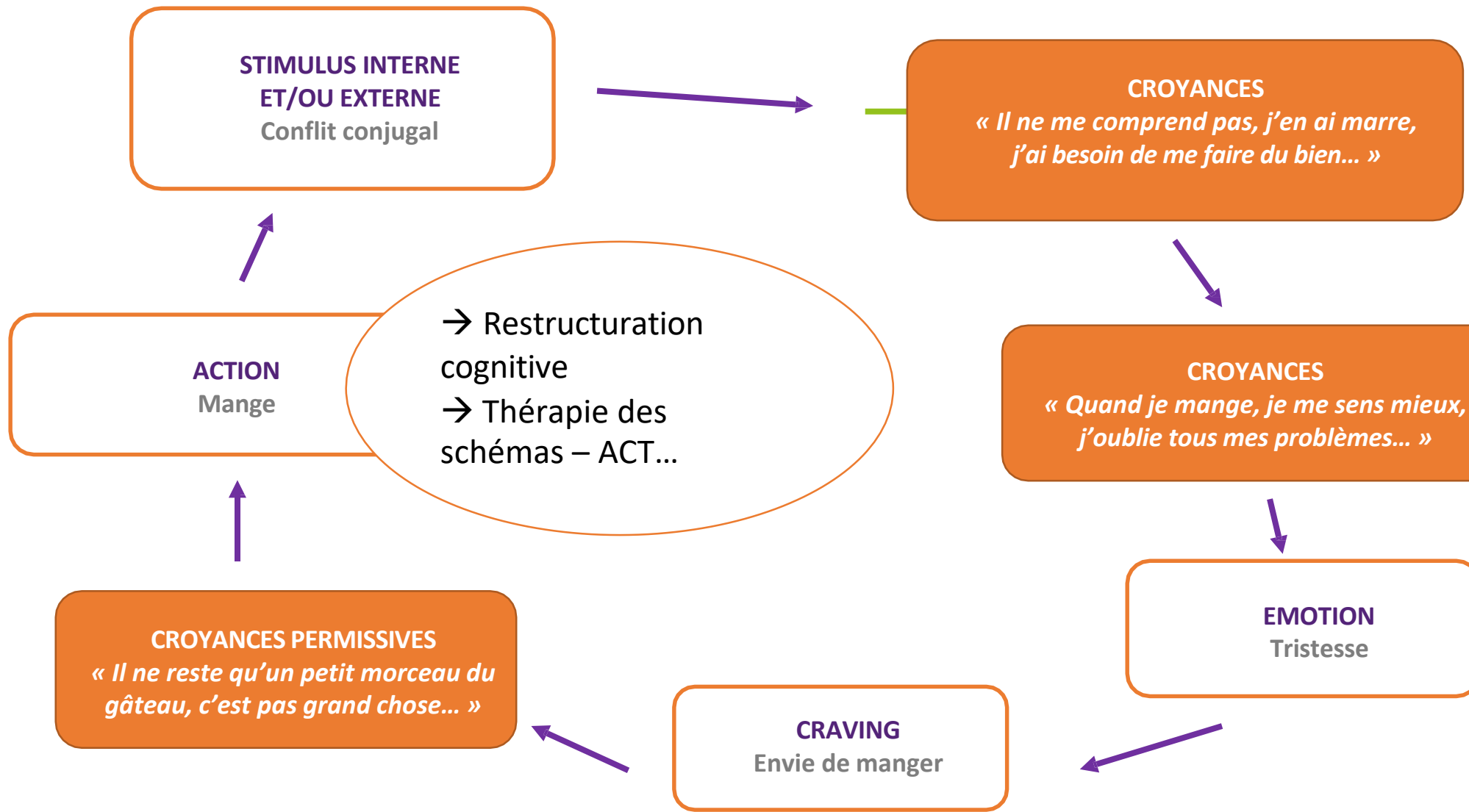
Situation à risque [où, quand (date, heure), avec qui]:

Tous les soirs en rentrant du travail 18H00, à l'appartement, avec la famille, tâches ménagères

Si j'étais confronté(e) à cette situation, je pourrais résister ou m'abstenir de manger :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 %
Nullément Un peu Moyennement Beaucoup Totalement





RESTRUCTURATION COGNITIVE

Situations à risque

Pensées automatiques

Pensées qui aident à garder le contrôle

Comportements

Seul chez moi le soir

Ca n'était pas prévu, je ne sais pas quoi faire, je n'aime pas être seul, je m'ennuie... Je me dis que je vais manger un peu de chocolat ça me fera du bien

?

?



RESTRUCTURATION COGNITIVE

Situations à risque

Seul chez moi le soir

Pensées automatiques

Ca n'était pas prévu, je ne sais pas quoi faire, je n'aime pas être seul, je m'ennuie... Je me dis que je vais manger un peu de chocolat ça me fera du bien

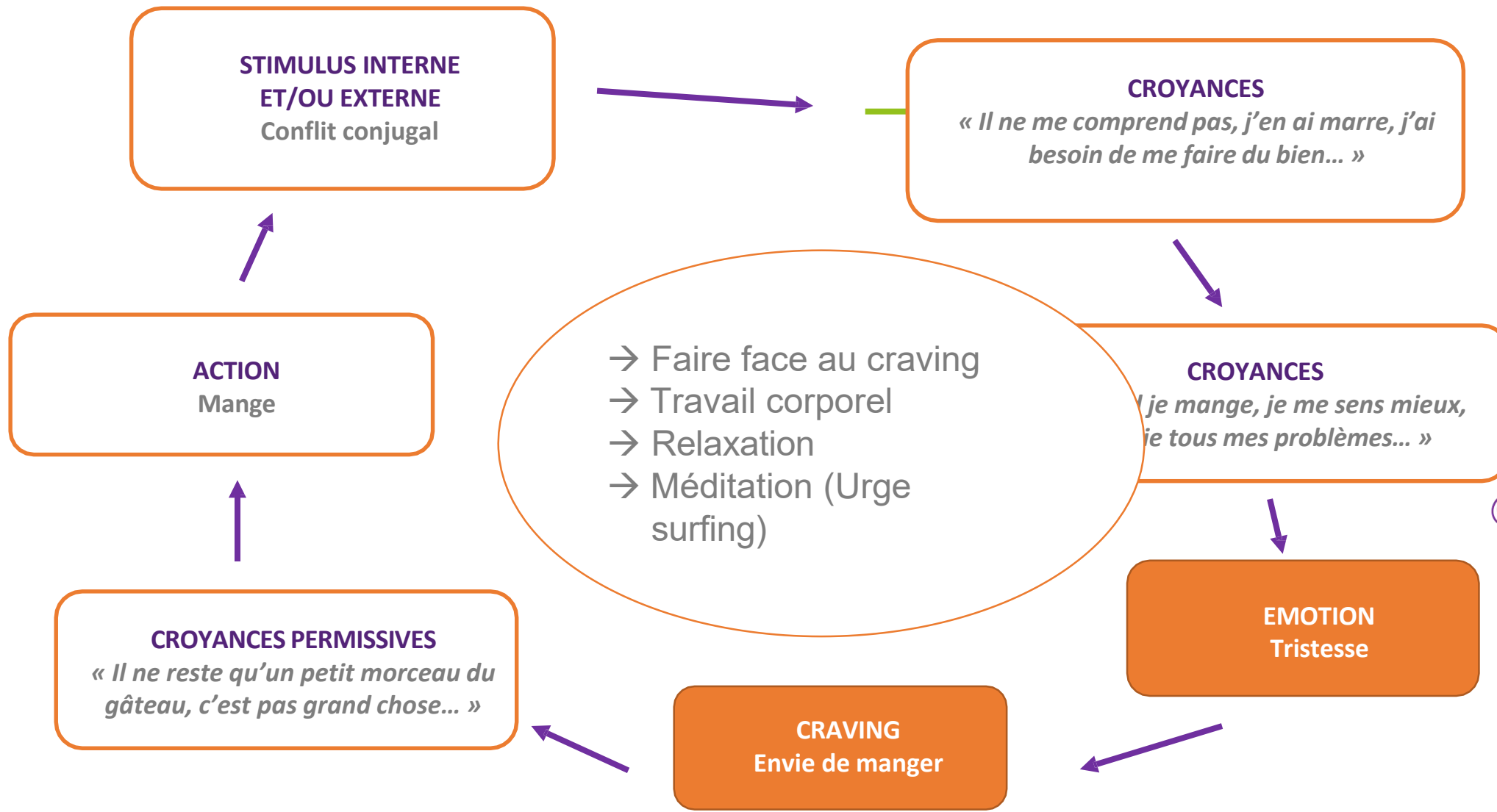
Pensées qui aident à garder le contrôle

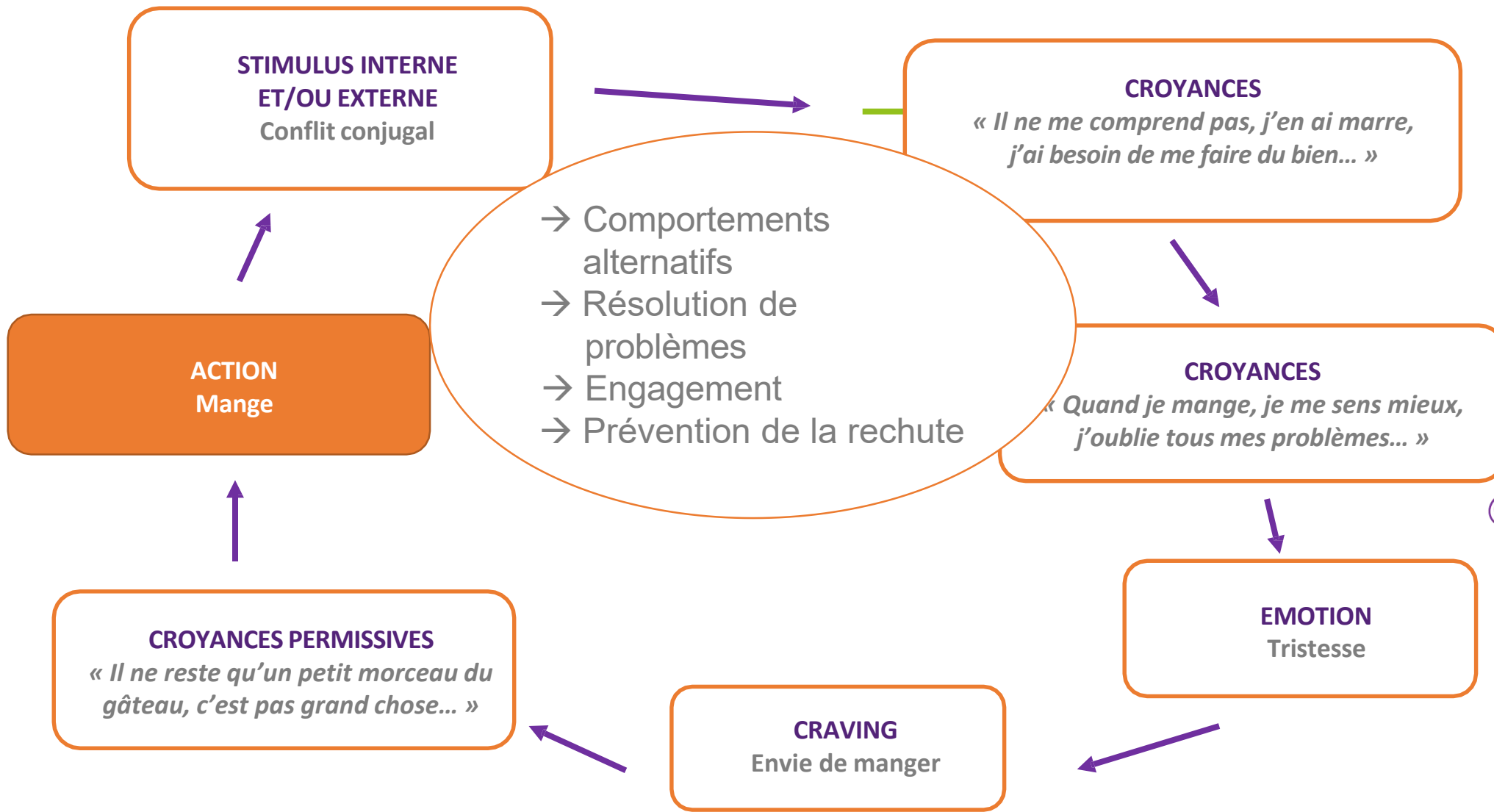
Je pense aux soins engagés
Apaisement immédiat mais après quelles conséquences?
Vraiment UN PEU de chocolat?

Comportements

Je vais regarder une série
Cohérence cardiaque







RESOLUTION DE PROBLEME

Situation à risque choisie : le soir en rentrant à la maison vers 18h avec ma femme et mes enfants

Comportement habituel effectué dans la situation :
Manger en cuisinant

Comportement alternatif n°1 :
s'isoler quelques minutes en rentrant

Comportement alternatif n°2 : ne pas rentrer immédiatement après le travail



CONCLUSION

- Nécessaire repérage des TCA/AA dans l'obésité
- Intérêt pour ce sous-groupe de proposer des PEC adaptées pour les TCA
- Prise en charge pluridisciplinaire ++
- Formations aux TCA: CRREO TCA Basinga
- Orientation pour des soins spécialisés parfois nécessaire



Merci de votre attention !



Contact :

Julie Caillon

Julie.caillon@chu-nantes.fr

<https://ifac-addictions.chu-nantes.fr/>