

REFERENTIEL :

OBESITE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

PREAMBULE

Note Mars 2025 : ce référentiel a été mis à jour avec notamment les dernières recommandations disponibles sur le sujet. Toutefois, le contenu est sensiblement le même. A noter que depuis 2025, le Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées est devenu le Centre Spécialisé Occitanie Ouest.

Le Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest a constitué un groupe de travail pour proposer un référentiel portant sur l'obésité et les troubles du comportement alimentaire (TCA).

Le Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest regroupe plusieurs établissements de soins de la région (CHU Toulouse, hôpitaux périphériques, Clinique des Cèdres, Clinique Castelviel, Clinique du Château de Vernhes à Bondigoux, Clinique du Château de Cahuzac)

Ce référentiel constitue l'aboutissement des réflexions menées par le groupe de travail.

L'objectif a été de travailler sur les définitions des TCA, les modalités de dépistage des TCA et le parcours de soins des patients en situation d'obésité souffrant de TCA.

Cet outil est mis librement à la disposition des médecins, psychiatres, psychologues et équipes prenant en charge les patients présentant une obésité associée à des troubles du comportement alimentaire.

La constitution de ce référentiel a été réalisée sous la direction du Pr Patrick Ritz, professeur de nutrition, au CHU, assisté par le Dr Ana Estrade, coordinateur médical du Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest pour la synthèse.

Ont été invités à participer à ce groupe de travail multi-professionnel des psychiatres, des pédo-psychiatres, des endocrinologues libéraux et hospitaliers, des psychologues, rassemblant les différentes sensibilités de la région :

Dr Klein (CH Marchant) – Dr Galinon (Clinique Castelviel)- Dr Cabal-Berthoumieu (CHU-pédiatrie)- Dr Garrido (CHU-pédiatrie) – Dr Lorenzini (CHU-diabétologie)- Mme Planas (Clinique Castelviel)- Mr Picard (libéral)- Mme Gonin (CHU-nutrition)- Mme Prévost (CHU-retraîtée)- Mme Pinaquy (CHU-nutrition), Mme Quintilla (CHU-Nutrition)

Ce groupe s'est réuni à plusieurs reprises avec à chaque séance, un thème précis de travail :

- le 3 Février 2014 : présentation générale, définition du cadre, du profil des patients.
- Le 24 Mars 2014 : travail sur les définitions des TCA
- Le 19 Mai 2014 : travail sur les modalités de dépistage et sur l'orientation des patients (parcours de soins)

Rapporteurs : Dr A.Estrade- Pr Ritz

DIAGNOSTIC POSITIF DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES :

I. Définitions

Le groupe de travail reprend les définitions du DSM-V (2013) des TCA syndromiques.

Les TCA concernent :

- **L'ANOREXIE MENTALE** (*cela peut faire partie des antécédents de certains patients*) :

Critères diagnostiques

- A. Restrictions énergétiques menant à un poids < au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros (se)
- C. Altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle.

Note : L'aménorrhée qui faisait partie des critères de diagnostic dans le DSM-IV n'y figure plus.

Il est distingué l'anorexie restrictive pure et l'anorexie avec crises de boulimie et vomissements ou purgatifs.

- **LA BOULIMIE,**

Critères diagnostiques

- A. Survenue récurrente de crises

Crise = Absorption importante de nourriture, en un temps limité et sentiment de perte de contrôle

- B. Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, jeûne, activité physique ...)

C. Crises et comportements compensatoires surviennent au moins 1 x / semaine sur une période de 3 mois (Contre 2 x / semaine dans le DSM IV)

- D. Estime de soi influencée par le poids et la silhouette

E. Le trouble peut apparaître même sans épisode d'anorexie mentale

Les sous-types :

- Type avec vomissements ou prise de purgatifs
 - type sans vomissements ni purgatifs mais avec d'autres stratégies de contrôle du poids (jeûne, activité physique)
- qui étaient présents dans le DSM IV ont été supprimés dans la version V

Dans le DSM V, pour la boulimie, la cotation de la gravité se fait selon la fréquence des crises et des comportements de purge.

- **L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE** (Binge Eating Disorder -BED),

Critères diagnostiques :

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie avec sentiment de perte de contrôle
 - B. Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :
 - Prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale
 - Mange jusqu'à ressentir une distension abdominale inconfortable
 - Mange de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim
 - Mange seul car se sent gêné de manger une telle quantité de nourriture
 - Après les crises, ressent dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité
 - C. Comportement boulimique source de souffrance marquée.
 - D. Comportement boulimique au moins 1 x / semaine sur une période de 3 mois
 - E. Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés et n'intervient pas exclusivement au cours de l'anorexie ou de la boulimie
- **les EDNOS** (Eating Disorder Not Otherwise Specified) **ou TCANS** (troubles du comportement alimentaire non spécifiés) comprennent :
 - l'anorexie atypique,
 - la boulimie et l'hyperphagie boulimique avec des fréquences faible et/ou limitée,
 - Purging disorder : conduite de purge sans boulimie
 - Night eating syndrome ou hyperphagie nocturne
 - Autres troubles non classifiés ailleurs

Les TCA entrent dans les **troubles mentaux**, dont la définition est donnée ci-dessous. Le contexte est en effet très important à considérer pour poser le diagnostic. La notion de troubles cliniquement significatifs est également importante.

Définition d'un trouble mental selon le DSM5

Le DSM-5 (1) définit un *trouble mental* comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental.

Les troubles mentaux sont généralement associés à une importante détresse ou un handicap dans les activités sociales, professionnelles, ou d'autres importantes.

Une réponse prévisible ou culturellement approuvée à un stress ou une perte, comme le décès d'un être cher, n'est pas un trouble mental. Le comportement déviant socialement (par exemple, politique, religieux ou sexuel) et les conflits qui sont principalement entre l'individu et la société ne sont pas des troubles mentaux à moins que la déviance ou les conflits aient pour conséquence un dysfonctionnement chez la personne tel que décrit ci-dessus.

Certains éléments sémiologiques sont particulièrement importants. Nous convenons qu'en cas d'hésitation entre un trouble cliniquement significatif et une absence de trouble, un avis spécialisé peut être demandé (l'identification des ressources géolocalisées dans l'ex région Midi-Pyrénées est un travail à faire par ce groupe).

Enfin, il est utile de qualifier la sévérité du trouble (léger, moyen ou sévère) ainsi que son évolutivité (rémission partielle, complète, guérison)

2. Diagnostics différentiels

Il est également utile ici de décrire d'autres particularités alimentaires qui ne répondent pas au diagnostic des TCA syndromiques et constituent des diagnostics différentiels.

Entrent dans ce cadre :

- les grignotages,
- l'hyperphagie
- les repas supplémentaires induits par une pathologie : par exemple diabète de type I, ou diabète insuliné, gastrectomies (sleeve, bypass)
- Les anomalies alimentaires spécifiques induites par l'anneau gastrique
- Les inconduites alimentaires (par exemple dans un contexte ethnique, de fêtes, d'histoire de vie...) ne sont pas des troubles alimentaires car il n'y a pas de trouble mental

Devant ces particularités alimentaires, la recherche de la fonction de ces anomalies pour l'individu est importante, particulièrement en ce qui concerne l'indication d'une chirurgie de l'obésité. En effet ces particularités du comportement alimentaire pourraient servir de « béquille » au patient, éventuellement en niant un problème psychique sous jacent.

En vue d'une chirurgie bariatrique, ces particularités devront être évaluées au regard des conséquences que pourrait avoir la perte de poids post-chirurgie pour le patient, et surtout l'impossibilité technique de faire des crises boulimiques, à cause des modifications anatomiques du tube digestif.

3. Objectifs du diagnostic des TCA ou de certaines particularités du comportement alimentaire :

Il faut bien faire la part entre les objectifs thérapeutiques du patient et ceux du médecin, l'important étant de soigner.

La question sous-jacente est de savoir pourquoi dépister ces troubles des conduites alimentaires. Autrement dit, quel est pour le patient le « prix à payer » pour ce diagnostic et pour les changements à réaliser ?

La recherche et l'évaluation des TCA ne doit donc pas être systématique chez tout patient en situation d'obésité.

Elle apparaît pertinente et déterminante dans certaines circonstances :

- Souffrance, handicap psychique du patient
- Échec de prise en charge de certaines maladies dont l'alimentation est déterminante (excès de poids, diabète...)
- Chirurgie de l'obésité
- Certains traitements médicamenteux (neuroleptiques, conduisant à des alimentations qui prennent un nouveau sens)
- Addictions
- Maladies rares (Prader-Willi, fibromyalgies, traumatisme crâniens) ou psychiatriques (trouble bipolaire, personnalité « border-line »)
- Circonstances particulières : ethnie, âge, pathologies, grossesse...

4. Dépistage des TCA ou de particularités alimentaires

Le médecin traitant et/ou le médecin nutritionniste pourra donc être amené à se poser la question, pour certains patients en situation d'obésité qu'il prendra en charge, de l'existence ou non de TCA.

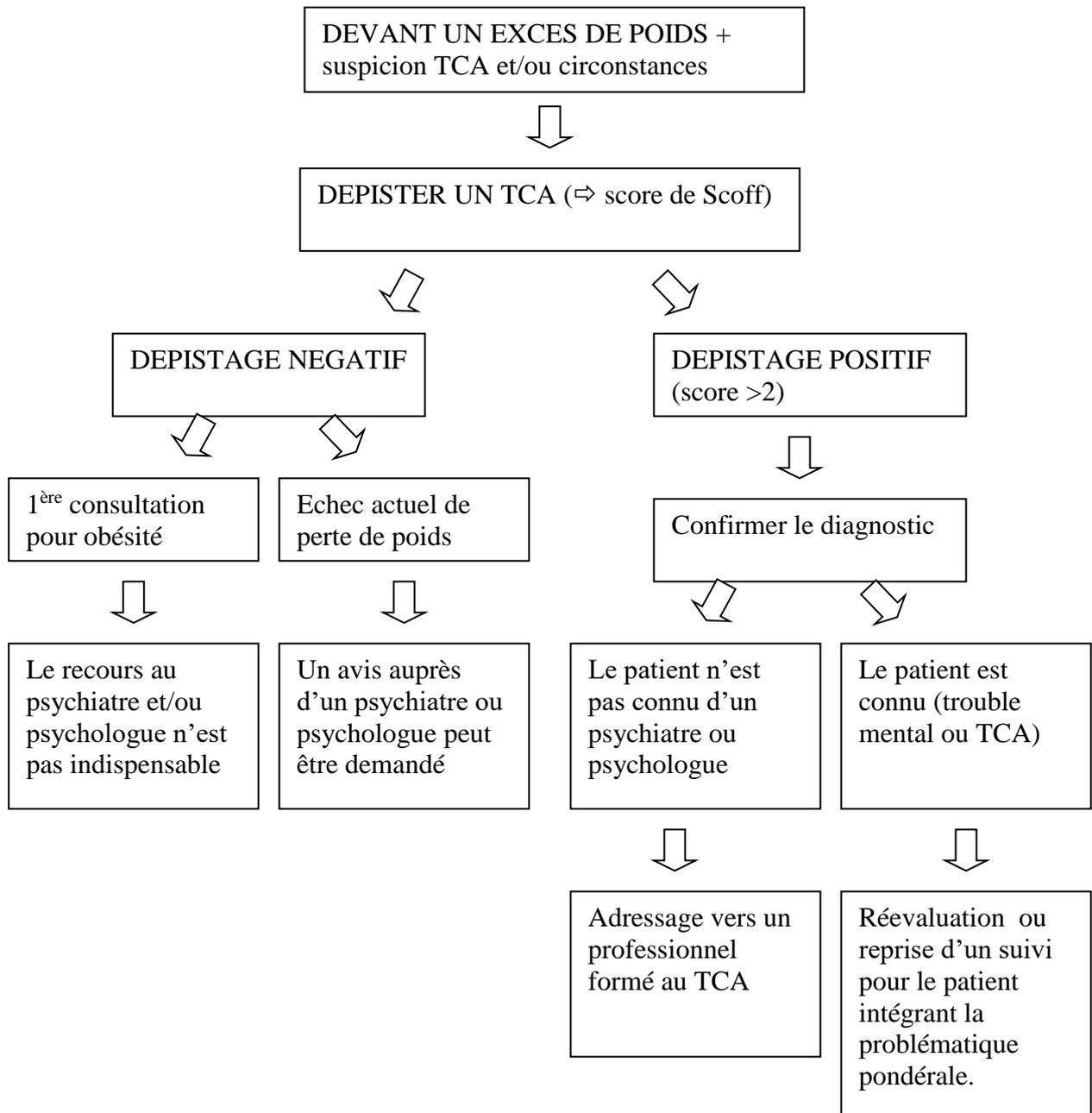
Pour le dépistage, certains critères sont utiles :

- la notion de trouble mental,
- la chronicité
- le retentissement fonctionnel ou l'exclusion ou la marginalisation sociale (handicap social, ségrégation, discrimination, stigmatisation),
- l'incongruité par rapport aux normes (dans les formes délirantes),
- l'envahissement psychique

Le score de SCOFF (voir annexe) ou DFTCA est un test simple recommandé par la HAS pour le dépistage des TCA.

ORIENTATION DU PATIENT EN SITUATION D'OBESITE AVEC SUSPICION DE TCA OU CIRCONSTANCES NECESSITANT LA RECHERCHE DE TCA

Le schéma ci-dessous propose des modalités d'orientation pour le patient en situation d'obésité avec suspicion de TCA ou présence de circonstances nécessitant leur recherche :



Objectifs de l'adressage du patient vers un professionnel (psychiatre ou psychologue) :

1. Confirmer le diagnostic de TCA
2. Évaluer l'imputabilité du trouble dans l'excès de poids du patient
3. Évaluer le risque psychique d'une perte de poids ou d'une restriction alimentaire
4. Diagnostiquer une autre pathologie psychiatrique ou une substance pouvant participer à la prise de poids.

ANNEXE :

RECHERCHE DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Le Score de SCOFF ou la version française DFTCA (Définition française des troubles du comportement alimentaire) permet un dépistage rapide de TCA en 5 questions.

2 réponses positives sur les cinq rendent très probable le diagnostic de TCA.

Ce questionnaire est recommandé par la HAS pour le dépistage des TCA. L'amélioration du dépistage et la prise en charge précoce sont des facteurs de meilleur pronostic des TCA.

QUESTIONNAIRE DE SCOFF :

- Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- Avez-vous perdu récemment plus de 6kg en 6 mois ?
- Pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?