

DIAGNOSTIC ET DÉPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CHEZ LE PATIENT EN SITUATION D'OBÉSITÉ

Emilie MONTASTIER

PU-PH en nutrition

Journée du CIO, 10 novembre 2023

Introduction

- L'alimentation = moyen très efficace de gérer difficultés de vie (stress, manques affectifs, émotions diverses...)
- la **dimension psycho-sociale sous-jacente** au problème pondéral doit être considérée systématiquement par le spécialiste de l'obésité et faire l'objet d'une **analyse approfondie** si obésité avec hyperphagie boulimique et/ou résistante aux modifications thérapeutiques du mode de vie
- Aux niveaux 2/3 de recours, faite par **psychologues et/ou psychiatres** ayant une **expérience** de la prise en charge de cette population pour laquelle les problématiques psychologiques sont souvent masquées par les troubles alimentaires.

Analyse sémiologique du comportement alimentaire (1)

- Par un clinicien: médecin de nutrition, diététicienne idéalement
- Réaliser une **analyse systématique du comportement alimentaire**:

- Rechercher des éléments favorisant une hyperphagie prandiale :
 - **Tachyphagie**, dépistée par les moyens suivants : sur échelle analogique pour quantifier la vitesse d'ingestion (1 : la plus lente ; 10 : la plus rapide) ; durée moyenne des repas



- **Arrêt des repas au-delà du rassasiement** (correspondant à la disparition de la sensation de faim) : sensation de **tension**, **pesanteur** ou douleur au niveau de l'**estomac** en fin de repas ; impossibilité de laisser des aliments dans son assiette ou dans le plat ;
- **Absence de perception du rassasiement**, absence de satiété



Analyse sémiologique du comportement alimentaire (2)

- Rechercher des prises alimentaires extra-prandiales et leurs caractéristiques (impulsivité, fréquence, horaire, contexte de survenue).
 - **Grignotages** : Prise quasi-automatique de divers aliments non spécifiques, par quantités fractionnées (Définition DSM5).
 - **Compulsions (craving)** : Envie irrépressible de manger un aliment donné, souvent apprécié, en quantité limitée, sans frénésie, sans perte de contrôle (Définition DSM5).
 - **Accès boulimiques (binge eating)** : envies irrépressibles de manger avec perte de contrôle au cours de l'acte (consommation des aliments avec avidité et/ou en grande quantité et/ou absence de sélection des aliments plaisants),
 - **Boulimie** : plus rare dans l'obésité, les accès boulimiques étant associés à des conduites purgatives (vomissements, laxatifs) ;
 - Le **syndrome d'hyperphagie nocturne**

Analyse sémiologique du comportement alimentaire (3)

- Rechercher une **restriction cognitive**
 - Elle se définit par une tentative volontaire, réussie ou non, de réduire les apports alimentaires (avec fréquemment exclusion des aliments « plaisir ») dans le but de contrôler son poids.
 - Elle n'est pas forcément associée à une réduction effective des apports énergétiques. (Définition DSM5)
 - La limitation volontaire des apports est alors contrôlée par des facteurs externes (injonctions des médias, croyances) et non par les facteurs internes (signaux intéroceptifs de faim et de rassasiement). La restriction cognitive tend à favoriser le maintien d'une alimentation non intuitive et l'impulsivité alimentaire. On retrouve des conduites ou **stratégies d'évitement** (évitement d'achats, de repas conviviaux...)
- Evaluer la tolérance à la frustration
- **Plusieurs formes cliniques peuvent être présentes chez un même sujet.**

Diagnostiquer l'Hyperphagie Boulimique (Binge Eating Disorders)

- Relève d'une prise en charge en **niveaux 2 et 3** de recours.
- **Hyperphagie boulimique** associée à un début plus précoce de l'obésité (*McCuen-Wurst C et al. Ann N Y Acad Sci, 2018*) et à un moins bon pronostic pondéral (*Masheb RM, Obesity, 2015*)
- DSM5 (*APA, 2013*): **au moins un accès de boulimie par semaine pendant au moins 3 mois** sans comportements compensatoires destinés à perdre du poids (un accès de boulimie se caractérise par une envie irrésistible de manger combinée à un sentiment de manque de contrôle sur l'alimentation,
- **+ au moins 3** des éléments suivants :
 - manger plus rapidement que la normale,
 - manger jusqu'à une sensation d'inconfort,
 - manger de grandes quantités de nourriture sans avoir faim,
 - manger seul du fait de se sentir embarrassé(e) par les quantités ingérées,
 - être dégoûté(e) de soi, déprimé(e) ou coupable après avoir mangé.

l'Hyperphagie Boulimique (Binge Eating Disorders) (2)

- Trouble alimentaire le plus fréquent (**1-3% de la population générale**) (*Guerdjikova AI, Med Clin North Am, 2019*)
- relation positive entre présence d'une hyperphagie boulimique et prise de poids chez patients consultant en médecine générale (*Ivezaj V, J Psychosom Res, 2014; Manzato E, Eat Weight Disord, 2015*).
- **sentiment de honte** générée par leurs comportements et **sentiment d'incapacité** à modifier leur alimentation (*Citrome L, J Clin Psychiatry. 2017*)
- **Prévalence plus élevée dans l'obésité de grade 3** et chez les sujets candidats à chirurgie bariatrique (**17 %**) (*Dawes AJ, JAMA, 2016*)
- Les rôles respectifs de l'impulsivité, de troubles dans la régulation des émotions, et d'une forte charge émotionnelle (comme dans la dépression et l'anxiété) à l'origine de l'hyperphagie boulimique = source de débat (*Benzerouk F, Nutrients, 2020*)

Circonstances et éléments de dépistage

- Selon Recommandations HAS 2019 pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique (Repérage et éléments généraux de prise en charge), **l'hyperphagie boulimique** doit être systématiquement recherchée:
 - en cas de situation de surpoids ou d'obésité ;
 - en cas de demande de chirurgie bariatrique ;
 - en cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique ;
 - en cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).
- Le **questionnaire SCOFF** a été également proposé comme outil de dépistage simple (niveau 1 de prise en charge) des troubles syndromiques du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique).

Questionnaire SCOFF

5 questions (Oui/Non) :

1. Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

4. Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

5. Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire et donc la nécessité de consulter un professionnel de santé

Son caractère prédictif de la présence d'une hyperphagie boulimique (qui repose surtout sur les questions 2 et 5) reste à préciser.

Ce questionnaire ne peut donc permettre à lui seul de déterminer l'orientation des sujets atteints d'obésité vers les niveaux de recours 2 et 3.

Auto-questionnaires disponibles

- **Des auto-questionnaires disponibles en français peuvent être utilisés** pour évaluer de façon plus précise les différentes dimensions du comportement alimentaire :
 - **BES** : pour l'hyperphagie boulimique (https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2015/09/TOBI_echelle_BES.pdf)
 - **YFAS** : pour l'addiction alimentaire (https://journals.sagepub.com/na101/home/literatum/publisher/sage/journals/content/cpab/2017/cpab_62_3/0706743716673320/20170215/images/large/10.1177_0706743716673320-table1.jpeg)
 - **DEBQ** : pour l'alimentation émotionnelle, l'externalité (difficulté à résister à des aliments appétissants) et la restriction cognitive
 - **TFEQ** : pour la restriction cognitive, la désinhibition alimentaire, et la susceptibilité à la faim (https://www.pomme-obesite.fr/wp-content/uploads/2019/11/scoreTFEQ_troubles_alimentaires.pdf)
- Il n'existe **pas d'étude ayant comparé la performance de ces différents questionnaires.**

Evaluation de la dimension psychosociale sous-jacente au problème pondéral

- Les patients souffrant d'une obésité sévère/massive ou associée à une hyperphagie boulimique, présentent une **vulnérabilité psychique plus importante** que la population de poids normal.
- Fréquence plus élevée de **comorbidités psychiatriques** comme des troubles anxieux (notamment phobie sociale), une dépression, des troubles de la personnalité et des troubles addictifs (addictions aux substances (alcool, drogues, tabac, benzodiazépines, etc) ou addictions comportementales (achats compulsifs, etc.) (PLoS One. 2019 Jan 8;14(1):e0210507.).
- Les troubles de la régulation des émotions et l'**alexithimie** (difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions) sont également surreprésentés dans l'obésité. **Ces émotions étant mises à distances et évitées.**

Evaluation de la dimension psychologique et/ou psychiatrique sous-jacente au problème pondéral (2)

- Les patients en situation d'obésité ont aussi plus d'antécédents de traumatismes psychiques et de syndrome de stress post-traumatique
(Palmisano GL, J Behav Addict, 2016)
- 2 méta-analyses récentes: l'hyperphagie boulimique significativement associée aux antécédents de traumatismes dans l'enfance *(Caslini M, Psychosom Med, 2016; Molendijk ML, Psychol Med, 2017)*
- Personnes avec syndrome de stress post-traumatique associé à l'obésité (dont la nature causale difficile à définir) ont plus souvent une rupture de suivi et une rechute pondérale *(Rodríguez M, Int J Eat Disord, 2005)*
- Personnes ayant vécu des traumatismes dans l'enfance sont plus à risque de développer des troubles du comportement alimentaire *(Smyth JM, Int J Eat Disord, 2008)*

Evaluation psychologique et ou psychiatrique

- Cette évaluation s'appuie sur des psychologues et/ou psychiatres ayant une expérience de la prise en charge des personnes en obésité (*Sogg, 2016*)
- Il n'existe pas à proprement parler de « personnalité obèse », cependant des éléments doivent être recherchés lors de l'évaluation en termes de **facteurs déclenchants et d'incidences.**
- Le patient en obésité **ne peut pas être réduit à la composante alimentaire** et doit être envisagé dans sa complexité psychique.

Contenu de l'évaluation psychologique et/ou psychiatrique (1)

- L'évaluation ne se limite pas à une évaluation psychologique/psychiatrique classique
- L'évaluation doit recueillir:
 - **Liens entre histoire de vie et histoire pondérale:** identifier les facteurs déclenchants dans l'histoire de vie et les mécanismes de défense: refoulement, isolement de l'affect, dissociation, déni, impulsivité alimentaire (compulsions ou accès de boulimie).
 - **Antécédents psychiatriques:** les plus fréquemment retrouvés = l'anxiété et la dépression.
 - idées passées et actuelles de suicide ainsi que les passages à l'acte.
 - symptômes qui affectent le fonctionnement du patient,
 - Présence d'un traitement à visée psychiatrique en place.
 - évaluer l'impact de ce traitement sur le comportement alimentaire et le poids, ainsi que sur le sommeil
 - antécédents de pathologies syndromiques du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique) car les patients sont susceptibles de basculer de l'une vers l'autre en fonction de leur évolution et à la suite d'une chirurgie bariatrique
 - **Histoire développementale du sujet**
 - **Ecologie psycho-relationnelle**

Contenu de l'évaluation psychologique et/ou psychiatrique (2)

- **Histoire développementale du sujet:** Il est essentiel d'identifier l'histoire des psycho-traumatismes « vie entière » au cours de l'évaluation du patient. Il s'agit de rechercher les antécédents tels que :
 - les violences directes physiques (privations, coups, etc.) ou psychologiques (violences verbales, abus émotionnels) dont le patient a été la cible
 - les violences indirectes dont le patient n'est pas la cible mais qui le font vivre dans un environnement insécure (par exemple violences conjugales entre les parents) ; les carences affectives (rejet parental, négligence émotionnelle, abandons, séparations, deuils pathologiques, etc.)
 - les abus sexuels (attouchements, viols).
 - Il est important de ne pas s'arrêter aux événements douloureux mais également questionner le vécu des étapes de vie : adolescence, rapport à la sexualité, mariage, grossesses, retraite. Ces périodes nécessitent des réaménagements psychiques structurels qui ont pu être traités par une impulsivité alimentaire.

Contenu de l'évaluation psychologique et/ou psychiatrique (3)

- **Ecologie psycho-relationnelle:** évaluation des niveaux de stress, d'anxiété et d'humeur doit être systématiquement réalisée.
- Les autres éléments qu'il est nécessaire de préciser sont :
 - le retentissement de l'excès de poids sur l'estime de soi (fréquemment altérée par le phénomène de Yo-Yo pondéral)
 - Le vécu de l'obésité, les éléments de dévalorisation et d'autodépréciation
 - L'image du corps, rechercher une problématique corporelle
 - la capacité à identifier et exprimer ses ressentis, ses émotions et ses affects (colère, ennui, stress, tristesse, angoisse...)
 - la capacité à répondre à ses besoins, à prendre du temps pour soi, à trouver des espaces pour soi et à investir des objets personnels
 - Le soutien socio-familial et les interactions sociales ;
 - Les difficultés de vie au quotidien (d'ordre personnel et socio-professionnel).
- A la fin de l'évaluation, **un rapport écrit / un compte-rendu doit être établi**, les éléments de contenu devant être définis avec le patient. L'évaluateur doit proposer un **projet personnalisé de soins** précisant les modalités des interventions envisagées et de l'accompagnement proposé. **La collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire est la règle.**
- Lorsqu'un patient est en cours de traitement à visée psychiatrique, il est recommandé que l'évaluateur contacte le prescripteur pour avis.

Motifs d'adressage d'un patient en obésité pris en charge en niveau 2 et 3, vers une évaluation psychologique/psychiatrique

- L'obésité souvent associée à atteintes du fonctionnement psychique passées ou présentes, pouvant avoir un impact sur la prise de poids (*Petry et al, 2008*), et présence de TCA fréquente.
- Néanmoins tous les patients en obésité ne relèveront pas d'une évaluation systématique par un psychologue et/ou psychiatre.
- Certains motifs peuvent à eux seuls indiquer la nécessité d'une prise en charge psychologique/psychiatrique. Il s'agit de :
 - symptômes dépressifs et/ou anxieux
 - troubles de l'image du corps (sentiment de dépersonnalisation quand amaigrissement...)
 - perturbations importantes de l'estime de soi, dévalorisation, dépréciation
 - Présence de psychotraumatismes présents ou passés
 - hyperphagie boulimique
 - addiction associée
 - antécédents psychiatriques autres
- Consultation psychologique/psychiatrique présentée au patient par le médecin référent, **en précisant son intérêt** : « il s'agit de repérer et de prendre en charge des dimensions psycho-affectives, psychiatriques et comportementales qui, si elles ne sont pas repérées, peuvent constituer des freins à une amélioration durable du poids et de la qualité de vie ».

Conclusion

- Analyse sémiologie du comportement alimentaire +++
- Recherche des troubles alimentaires +++
- Questionnaires peuvent être utiles
- Evaluation psychologique/psychiatrique: souvent indispensable
- Intérêt doit être clairement expliqué au patient
- Approche holistique de la personne

Evaluation de l'aspect social

- Les facteurs sociaux = impact majeur sur choix alimentaires + habitudes alimentaires.
- Difficultés financières + insécurité de vie modifient les habitudes alimentaires.
- Support social = facteur important dans la prise en charge de l'obésité (*Cochrane, 2017*)
- **Travailleurs sociaux** doivent faire partie de la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité => rôle pour lutter contre injustices sociales et discrimination (*Shiri Shinan-Altman, 2016*)
- Objectifs de la prise en charge sociale :
 - d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant d'obésité ;
 - de retarder et réduire les comorbidités ;
 - d'améliorer les relations sociales, l'emploi, le bien-être et l'espérance de vie (*Cochrane, 2017*)
- Les travailleurs sociaux contribuent à améliorer l'accès aux soins, l'équipement à domicile, l'accès aux activités de groupe et aux centres de jour, la prise en charge des incapacités, le support financier, l'accès aux aides sociales et juridiques et le soutien aux aidants (*Cochrane, 2017; Shiri Shinan-Altman, 2016*)

Proposition de recommandation 19

Il est recommandé de réaliser une évaluation clinique précise du comportement alimentaire de la personne ayant une obésité, notamment de rechercher la présence d'un trouble du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique.

Proposition de recommandation 20

Lorsqu'une évaluation psychologique est nécessaire, celle-ci doit évaluer la dimension psychique globale de la personne et être réalisée par un psychologue ou un psychiatre expérimenté dans les problématiques psychiques et comportementales sous-jacentes à l'obésité. A la fin de l'évaluation, un rapport/compte rendu écrit doit être établi.

Une meilleure accessibilité à l'évaluation psychologique des patients est recommandée.

Proposition de recommandation 21

Il est recommandé que l'accompagnement social des personnes ayant un environnement défavorable fasse partie intégrante de la prise en charge de l'obésité.