

Troubles des conduites alimentaires

Dr Valérie BERTRAND

Gastropédiatre GHH
Thérapie Cognitivo-comportementale
Inserm U1073-ADEN - CHU Rouen

De l'enfant à l'adulte



Dr Agnès AUBOURG

Nutrition Adulte GHH
Centre Spécialisé Obésité
CHU Rouen

Pré-test de connaissances
et attentes

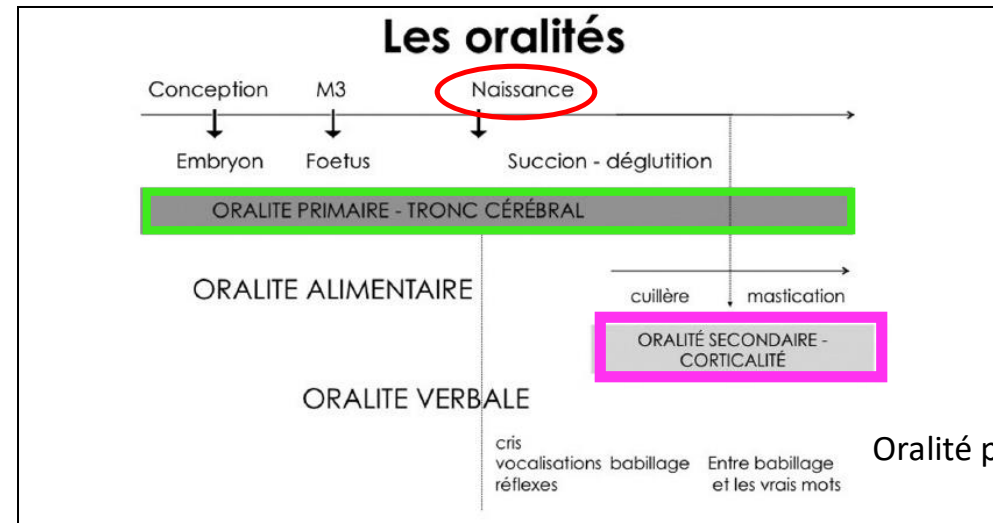
Plan

- 1- Améliorer le repérage précoce
- 2- Idées reçues
- 3- Aborder le diagnostic
- 4- Orientation, coordonner ville et hôpital

1- Améliorer le repérage précoce

- Connaître le développement normal de l'alimentation
- Notion de :
 - Troubles d'oralité (TO)/ Troubles alimentaires pédiatriques (TAP)
 - Troubles des conduites alimentaires (TCA)
- Physiopathologie - Causes des TAP-TCA
- Définitions des différents TCA (DSM-5)
- Ressources de dépistage

Développement d'un comportement alimentaire normal, notion d'oralité



Oralité primaire et secondaire
(Thibault 2015)

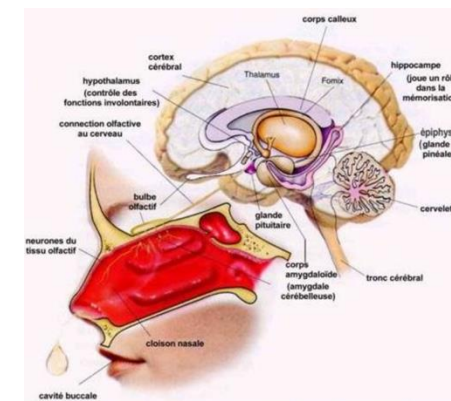
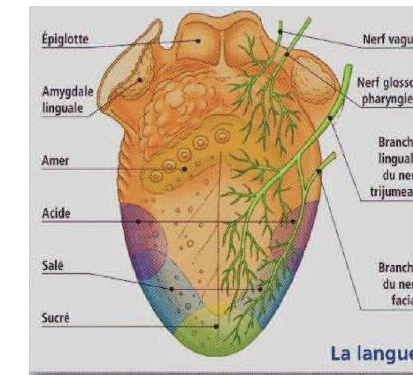
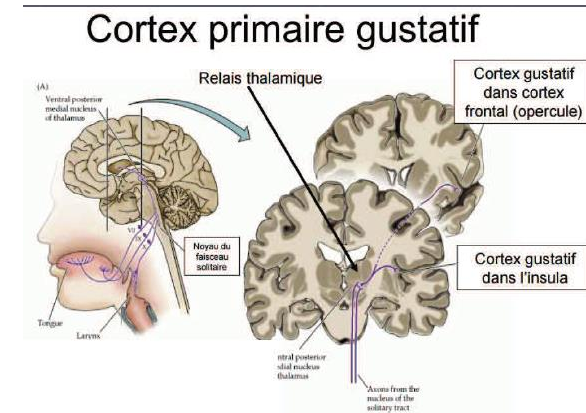
Selon Couly, l'oralité primaire est composée de 2 entités: **l'oralité primaire gestationnelle** (succion-déglutition) et **l'oralité primaire post-natale** (succion-déglutition réflexe qui se développe en parallèle des réflexes protecteurs du larynx et des voies respiratoires) (Couly 2021).

Puis **l'oralité secondaire 'corticale' apparaît** dès 6-8 mois, la motricité globale se dissocie de la motricité bucco-faciale, la phase orale de la déglutition devient volontaire et consciente.



Dès la gestation

- **15^e semaine de grossesse** : les fonctions motrices de la **succion** et de la **déglutition** se mettent en place
- Une **mémoire sensorielle** va se transmettre de la mère au fœtus in utéro par la **voie olfactive et gustative** ([Nehring 2015](#)).
- **2^e trimestre de la grossesse** : les **papilles gustatives** sont fonctionnelles (papilles gustatives + innervation de 6 à 18SA, détection goût vers 14 SA, 5 saveurs acide amer sucré salé unami)
- **3^e trimestre de la grossesse** : le fœtus est capable de repérer des **molécules odorantes** dans le liquide amniotique ([Ventura 2013](#)).

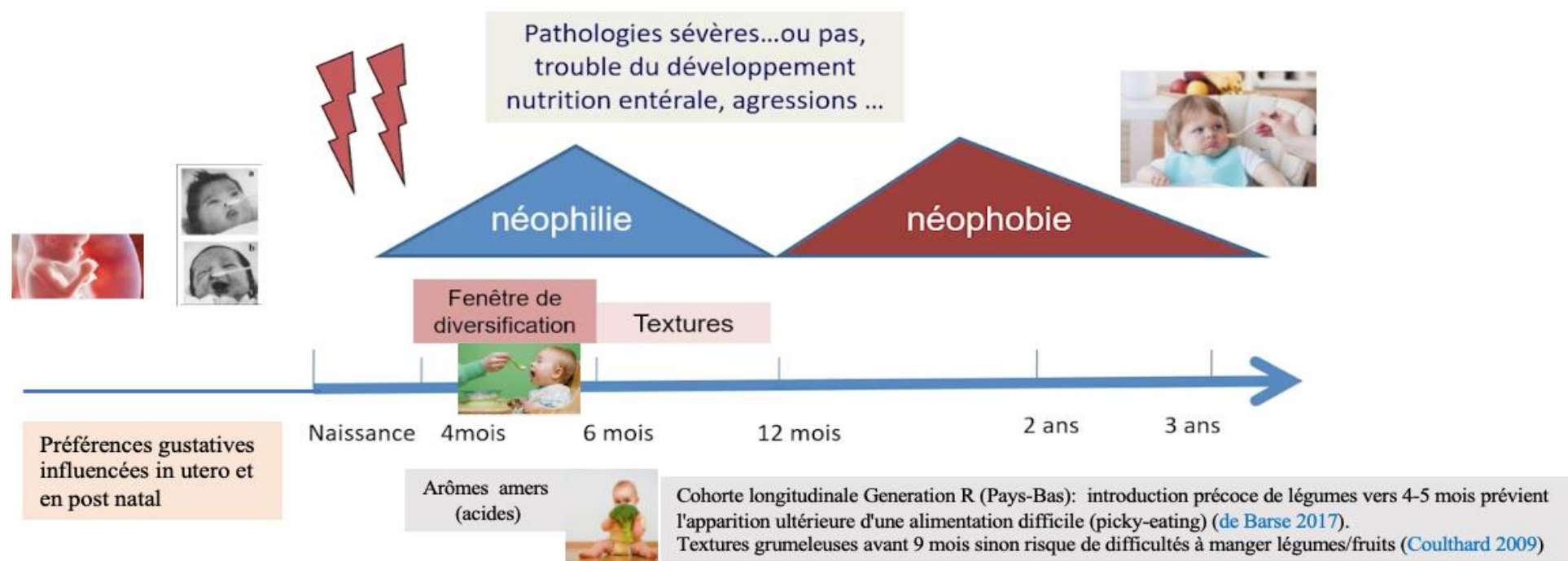


Développement des préférences gustatives

Les nourrissons et les jeunes enfants semblent avoir : une **préférence innée pour les aliments sucrés et salés**, et une **aversion innée pour le goût amer**, qui peut indiquer des aliments potentiellement toxiques (Mennella 2014).



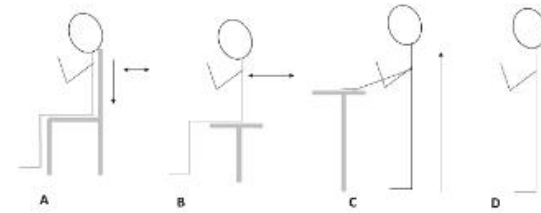
Fenêtre de diversification et textures



- Les préférences alimentaires de l'enfant après la naissance sont influencées par les goûts/odeurs du liquide amniotique, puis par ceux du lait maternel, eux-mêmes influencés par ce que mange la mère.
 - Les études sont en faveur d'une **fenêtre de diversification** (4-6mois) et **de textures** (6-12 mois) à ne pas louper pour favoriser l'appétence de l'enfant pour différents goûts et textures ultérieurement (=période de **néophilie**).
 - La **néophobie alimentaire physiologique** a une fonction protectrice et apparaît après la période de développement où l'enfant porte tout à la bouche (vers 6-12 mois jusqu'à 2-3ans selon les auteurs).
- A ne pas confondre avec les comportements sélectifs anormaux dit « picky/fussy-eater » ou feeding disorders en anglais (Dovey 2008), ni avec les comportements restrictifs et phobiques des ARFID.

Le développement de l'oralité se fait en parallèle du développement psychomoteur

- 6 mois : acceptation de la cuillère.
- **9 mois** : **peuvent manipuler aliments grumeleux**, manger aliments coupés en petites bouchées.
- **Les expériences sensorielles mains/bouche augmentent** avec la **motricité fine** (prise palmaire).
- **9 -12 mois** : **morsure soutenue, mastication rotative**, qui progresse jusqu'à 6ans, puis jusqu'à l'adolescence, et se développe en réponse à une variété de textures/aliments.
- **15-18 mois** : la plupart des enfants peuvent se nourrir seuls avec une cuillère.



- **3 ans** : l'acceptation de nouveaux aliments tend à diminuer. Influence du style éducatif familial.
- **6 ans** : les enfants jugent la qualité des différents types d'aliments.
- **adolescence** : préférence pour les graisses saturées et les sucres. Influences des médias et réseaux sociaux. Risque de diètes, purges, grignotages, végétarisme.



Style nourricier des parents



- Baumrind 1973, Maccoby 1983
- Puis Kerzner 2014 4 types :

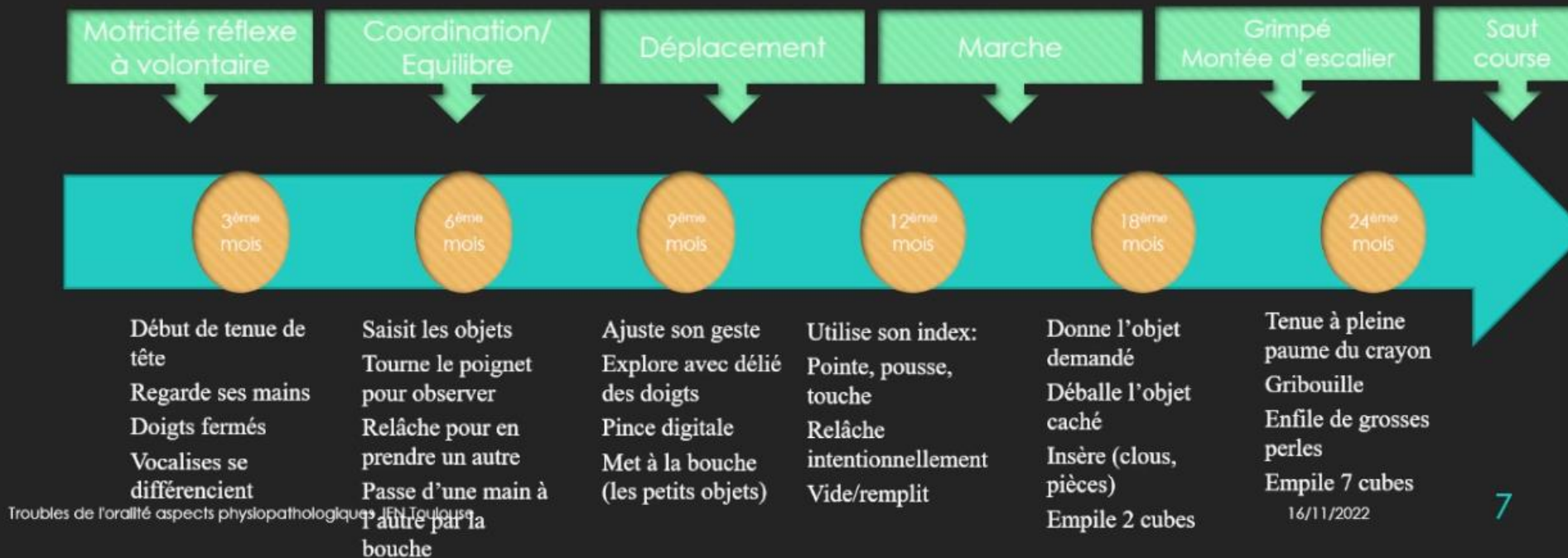
1) **'responsive' (attentifs)** = guident l'enfant au lieu de le contrôler, favorisent une alimentation variée et équilibrée, serait la meilleure attitude.

2) **'controlling' (contrôlant)**: serait contre productif = ignorant les signaux de faim ou satiété et forçant ou privant l'enfant, risque de troubles restrictif ou compulsif et de sous ou surpoids (Zhou 2020, Spill 2019).

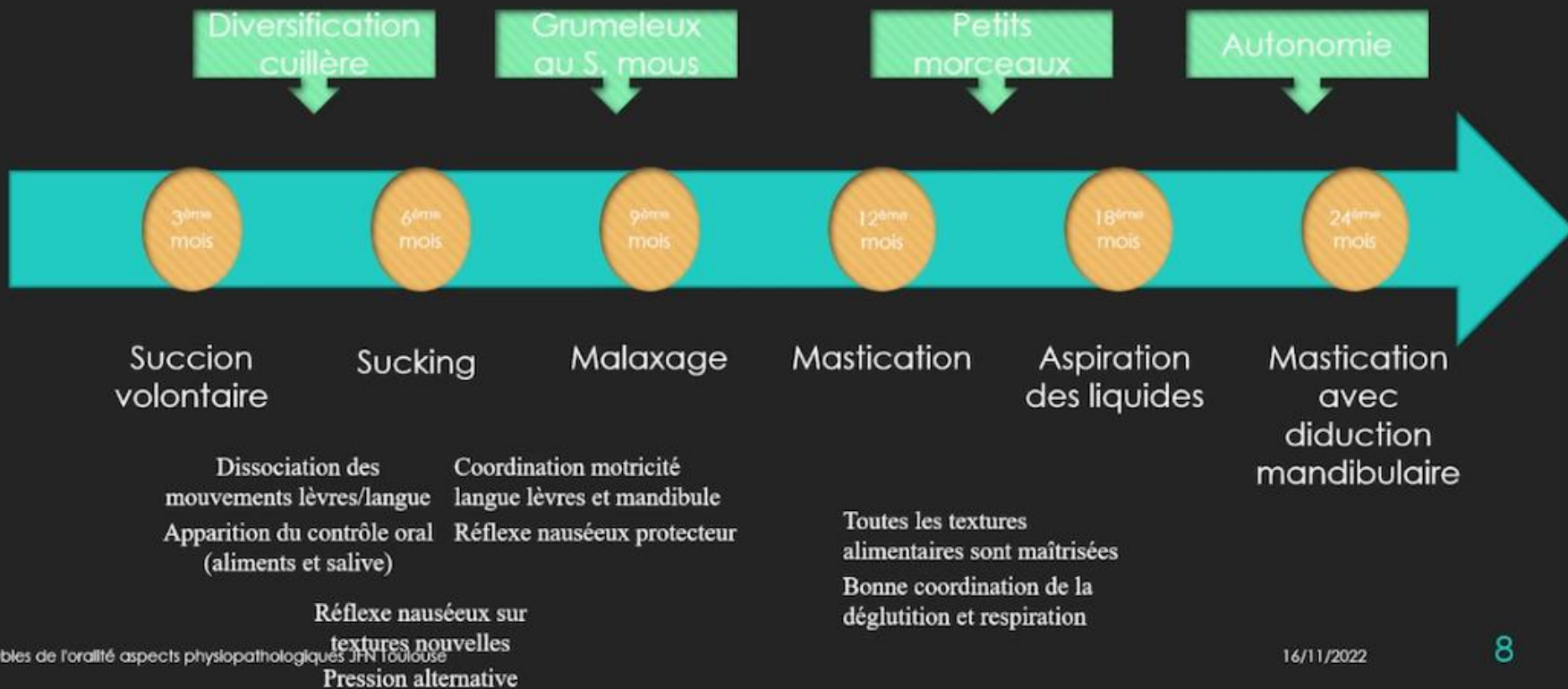
3) **'indulgent' (indulgent)**: qui propose ce que l'enfant souhaite, pouvant entrainer un régime déséquilibré et risque de surpoids ;

4) **'neglectful' (négligents)**: qui peuvent ne pas proposer de nourriture ou alors en excès, avec des conséquences somatiques.

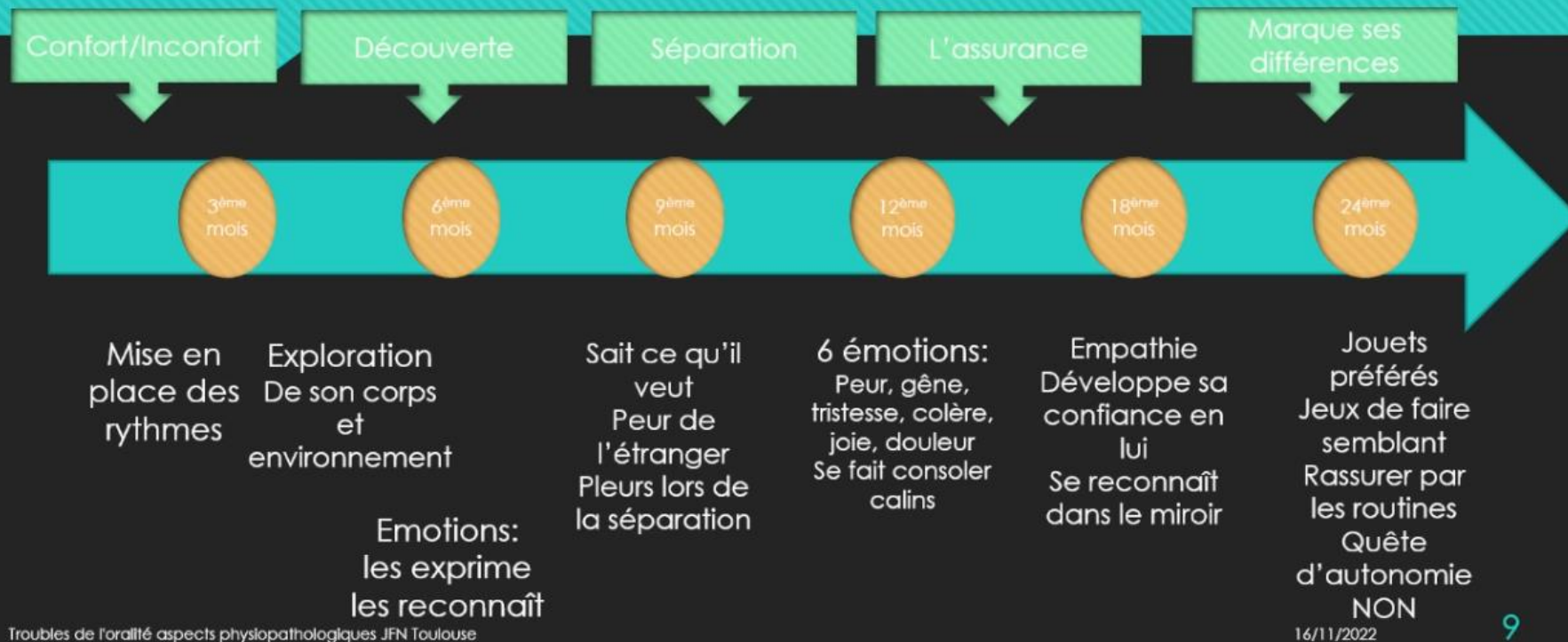
Maturation de la motricité globale à la motricité fine



Maturation oro-myo-fonctionnelle



Maturation psycho-affective



Troubles de l'oralité aspects physiopathologiques JFN Toulouse

16/11/2022

9



Notion de troubles d'oralité et TCA

- **ORALITE** = terme purement français :
- Début 20^{es} : renvoie au stade oral (Freud, zone buccale= zone du plaisir et de l'exploration de l'environnement), se développe pdt 1^{ère} année de vie ([Brin-Henry 2017](#)).
- Années 1930: référence à la tradition orale de transmission d'histoires ([Parry 1923](#)).
- 1970: l'oralité est selon Peytard le caractère des énoncés réalisés par articulation vocale.
- [Abadie 2004](#) : « ensemble des fonctions dévolues à la bouche (...) l'alimentation, la respiration et bien sûr la communication (...) Lorsqu'un pédiatre parle de **troubles de l'oralité du jeune enfant**, il évoque principalement son oralité alimentaire. Parler de troubles de l'oralité plutôt que de TCA permet d'emblée d'élargir le signifiant de l'alimentation d'une part vers l'intérieur soit l'ensemble du corps de l'enfant et d'autre part vers l'extérieur vers le corps maternel et l'environnement ».
- **ANGLAIS = Feeding disorders** =« troubles de l'ingestion d'aliments » (à ne pas confondre avec 'dysphagie').

Troubles d'oralité (Feeding Disorders)

chez les enfants qui ne peuvent se nourrir seuls du fait de leur âge (nourrissons), ou du fait de déficit psychomoteurs

Année 2000

Troubles des conduites alimentaires (TCA) (Eating Disorders)

chez les enfants/adolescents qui sont en capacité psychomotrice de se nourrir seuls.

Antiquité

Physiopathologie

- Physiologie de la prise alimentaire normale
- Physiopathologie et causes des FED (TAP-TCA)

Physiologie de la prise alimentaire normale :

Pourquoi mange-t-on? Ou pas

Phase pré-ingestive

- * Sensation de faim : besoin énergétique - symptômes physiques
- * Appétit : envie de manger un aliment dont on attend de la satisfaction

Phase prandiale

- * Rassasiements progressifs

Phase post-prandiale

- * Satiété : extinction de la faim et du plaisir

nom féminin

État d'indifférence d'une personne dont un besoin, un désir est amplement satisfait

Régulation homéostatique : besoin énergétique

* Régulation centrale

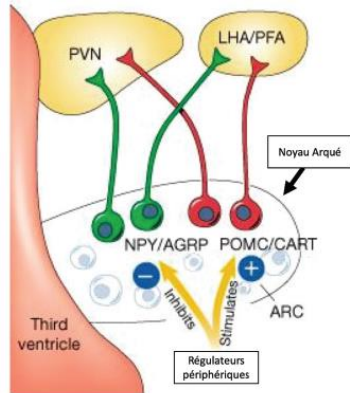


Figure 2 : Représentation schématisée simplifiée du fonctionnement du noyau arqué. Les populations de neurones de premier ordre NPY/AGRP (vert) et POMC/CART (rouge) dans le noyau arqué (ARC) sont régulées par les signaux périphériques et sont projetées vers le noyau paraventriculaire (PVN), l'aire périfornicale (PFA) et l'hypothalamus latéral (LHA), localisations hypothalamiques des neurones de second ordre, produisant des neuropeptides impliqués dans la régulation de l'apport alimentaire et de l'homéostasie énergétique. Modifié à partir de Schwartz et al. (60)

* Régulateurs périphériques

- A court terme et moyen terme

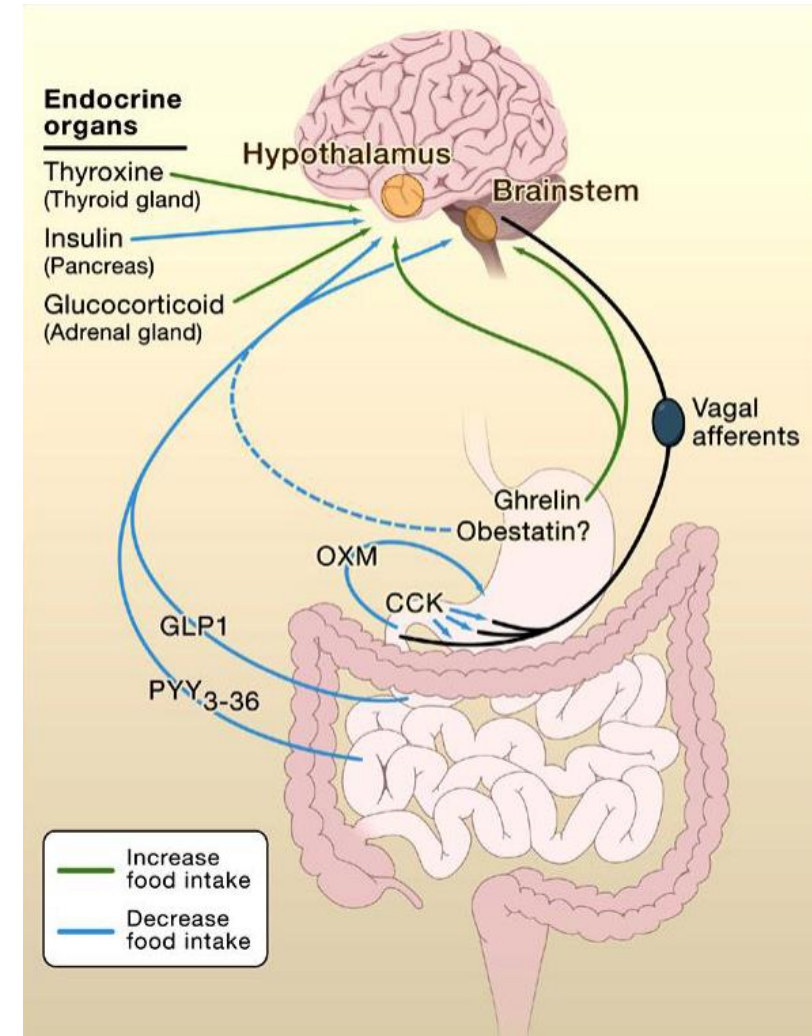
Exemple :

- Baisse de la glycémie : orexigène
- Sécrétion de GLP1 : anorexigène

- A long terme

Exemple :

- Leptine : anorexigène



Systèmes hédoniques

- * « Liking » (palatabilité, appréciation/plaisir)
 - Système endocannabinoïde
 - Système des opioïdes endogènes
- * « Wanting » (motivation, récompense/ renforcement)
 - Système dopaminergique méso-limbique

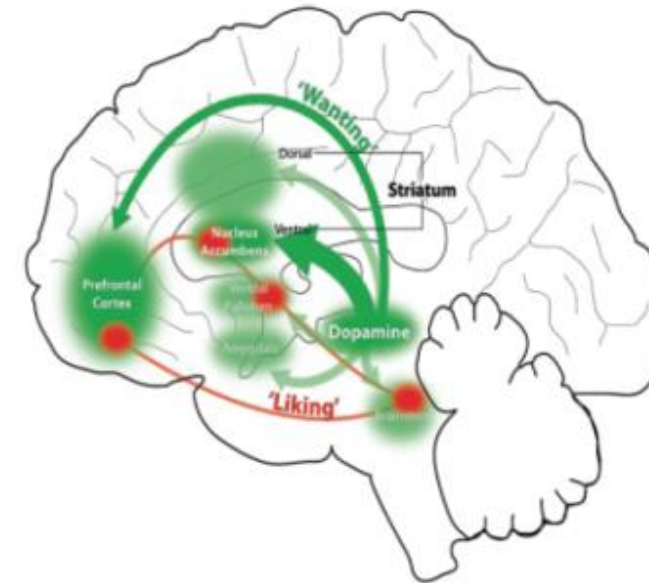


Figure 4 : Représentation des circuits neuronaux engagés dans le « liking » et le « wanting » d'après Berridge (107). Les circuits mésocorticolimbiques robustes et volumineux peuvent générer un « wanting » (vert) intense, comprenant à la fois des projections de dopamine mésolimbique et un grand nombre de structures cibles. En comparaison, le « liking » est véhiculé par un ensemble plus petit et relativement fragile de « points chauds hédoniques », qui sont répartis dans le cerveau, mais agissent comme un réseau intégré.

Interactions entre les systèmes de régulation

Exemple : La stimulation des récepteurs à la leptine diminuerait la libération de la dopamine dans le noyau accumbens (Hommel et al, 2006).

* Rassasiement par alliesthésie négative

La composante affective liée à l'aliment se modifie en fonction de l'état énergétique

* Rassasiement sensoriel spécifique

La composante affective liée à l'aliment se modifie avec la quantité ingérée

⇒ Diversification alimentaire

* Adaptation anticipatoire

L'expérience antérieure permet d'associer la saveur d'un aliment aux réactions post-ingestives

=> Conditionnement , ex : aversion alimentaire

* Appétits spécifiques

Attrait pour un aliment spécifique qui contient un ou des nutriment(s) dont l'organisme a besoin

Facteurs modulateurs

* Liés à l'évaluation cognitive et à l'expérience consciente

Facteurs socio-culturels et familiaux

Facteurs psycho-affectifs

Contrôle cognitif et restriction cognitive / Régimes et alimentations thérapeutiques

Environnement sensoriel

Abondance des aliments

* Les fonctions exécutives

Inhibition

Résistance à une réponse automatique pour produire une réponse mieux adaptée

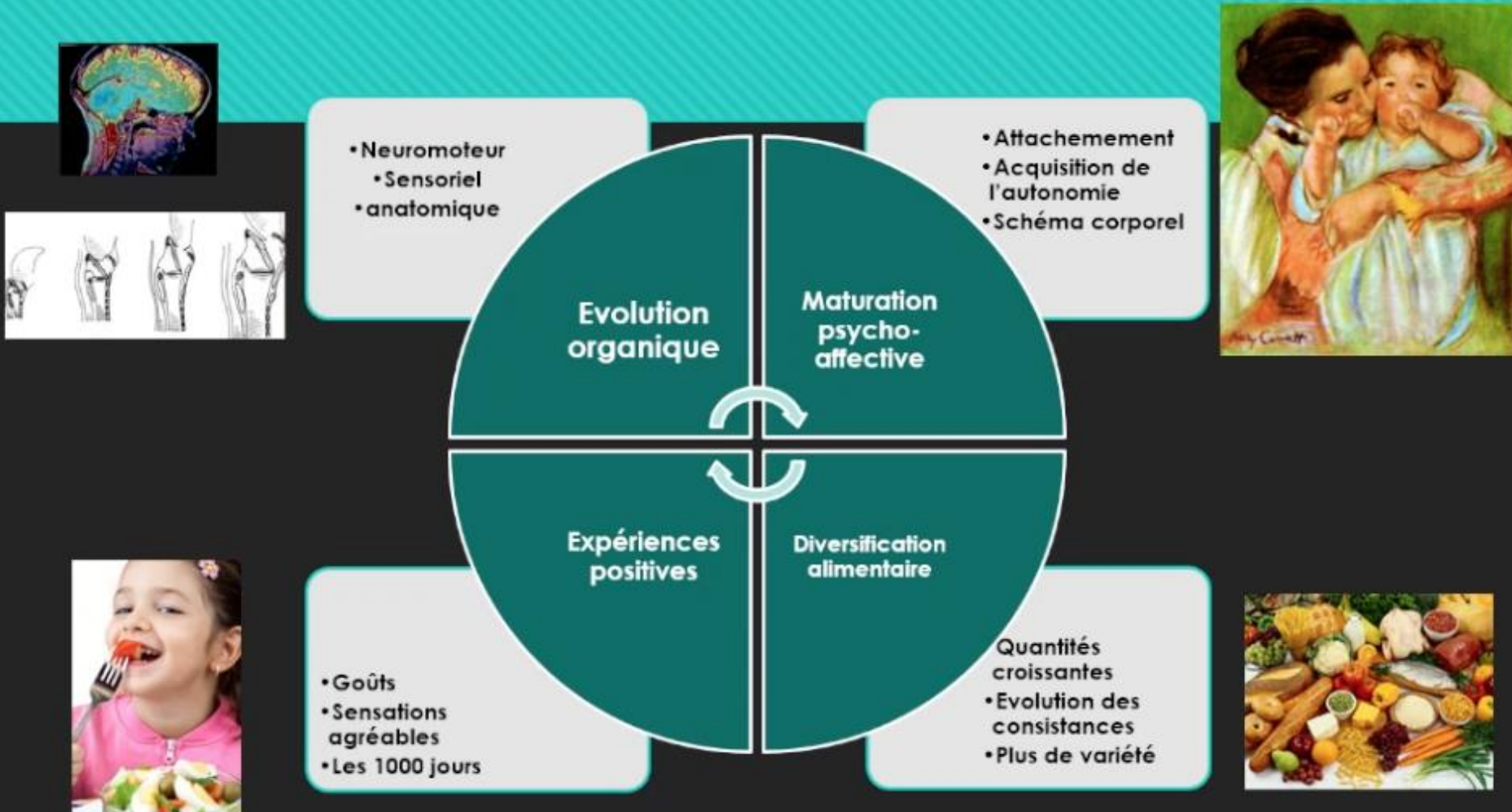
Flexibilité

Possibilité de basculer entre des ensembles de règles

⇒ Influence de variables extérieures : alcool, charge cognitive

Dhole et al., 2018

Facteurs influençant l'évolution du comportement alimentaire



Les éléments néfastes à la construction du comportement alimentaire



- Anomalies neuromotrices
- Anatomiques
- Sd génétique

Dyphagie

Trouble régulation de l'appétit
Axe hypothalamo-hypophysaire

≠ Evolution organique

≠ Maturation psycho-affective

Expériences négatives

Diversification alimentaire impossible

- Nauséeux
- Néophobie
- Hypersensibilité

- Troubles du lien précoce
- TED
- Attitudes parentales inadaptées



Chatoor et al 1998

- Entérale prolongée
- Alimentation parentérale





Ne peut pas

DU POUVOIR FAIRE :

Pathologie malformative
Atteinte digestive
Pathologie systémique
Atteinte du SNC & périphérique

Impossibilité

Quel Trouble ?

DU VOULOIR FAIRE :

Refus alimentaire lié à
L'expérience
alimentaire
Une pathologie
psychiatrique

Refus

Logiques JFN Toulouse



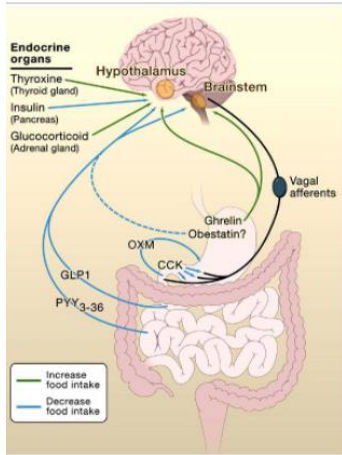
Ne sait pas

DU SAVOIR FAIRE :

Trouble de maturation
Fonctionnel (dysmaturité)
Induit (cause médicale
résolue / prématurité,
trachéotomie, atrésie)

Incompétence

16/11/2022



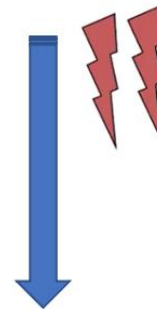
Physiopathologie des TCA



Traits d'appétit (évitement ou attirance)
facteurs génétiques et biologiques, psychosociaux
relativement stables

Traits de personnalité ? Impact sociétal ? Pas que
Comportement des parents inadaptés ? plutôt une
conséquence

Génétique ARFID, BED : encore peu d'études, suspecté
(Koomar 2021, Lydecker 2017)



FED

Facteurs de stress environnementaux

Epigénétique

(études chez des jumeaux AN, BN, traumatisme
dans l'enfance, ([Wade 2018](#), [Steiger 2020](#)))

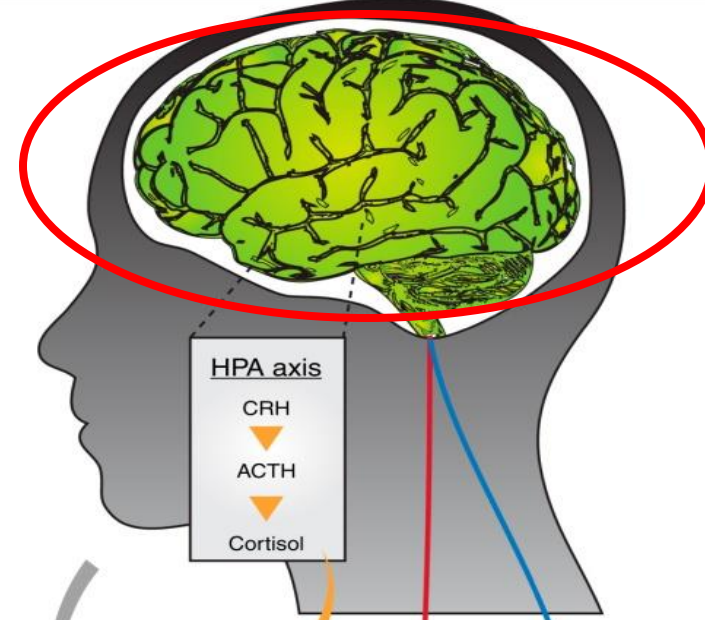
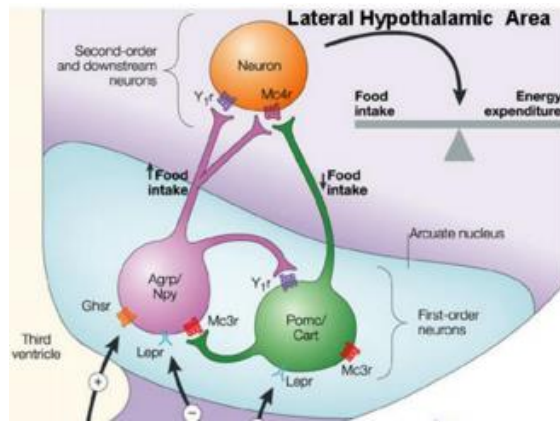
Génétique

GWAS et AN : en faveur d'hérédité métabolique et
psychiatrique, troubles anxio-dépressifs ([Watson 2019](#))

Picky/fussy eater : héritabilité modérée à élevée
([Kennedy 2022](#)), cohortes Gemini (UK), TEDS.

Gènes de perception du goût ?

Actuellement on pense que nous avons tous des traits d'appétit génétiquement et biologiquement assez stables (petits ou gros mangeurs),
Et que la plupart des FED sont des maladies génétiques (+/- métaboliques), dont l'apparition dans la vie peut être favorisée par des stress environnementaux (=épigénétique: hospitalisations prolongées avec sonde naso-gastrique, abus sexuels/psychosociaux...).



Dysfonctionnement des systèmes monoaminergiques centraux

↓ Dopamine
↓ Sérotonine

Phillipou, Rossell et al. 2014

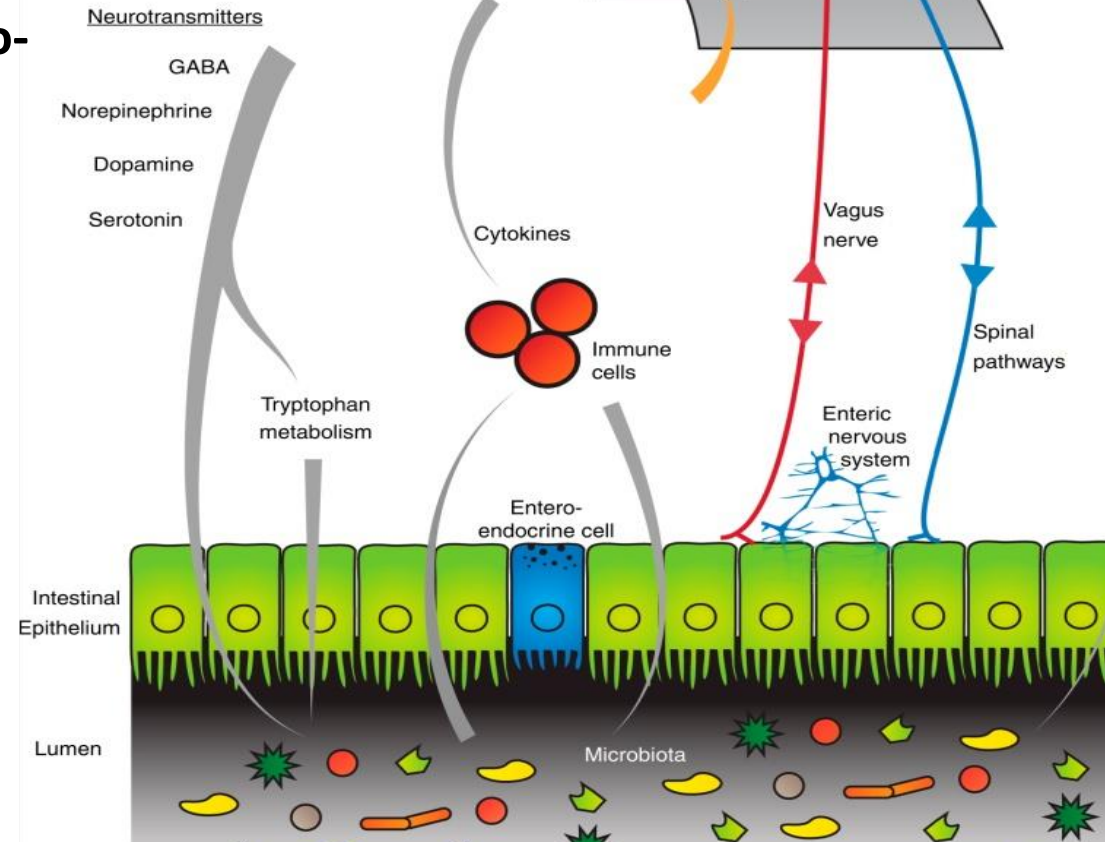
Frank, Bailer et al. 2005

Gauthier, Hassler et al. 2014

Dérégulation de la commande neuropeptidergique (auto-anticorps circulants)

Fetissov, Hallman et al. 2002

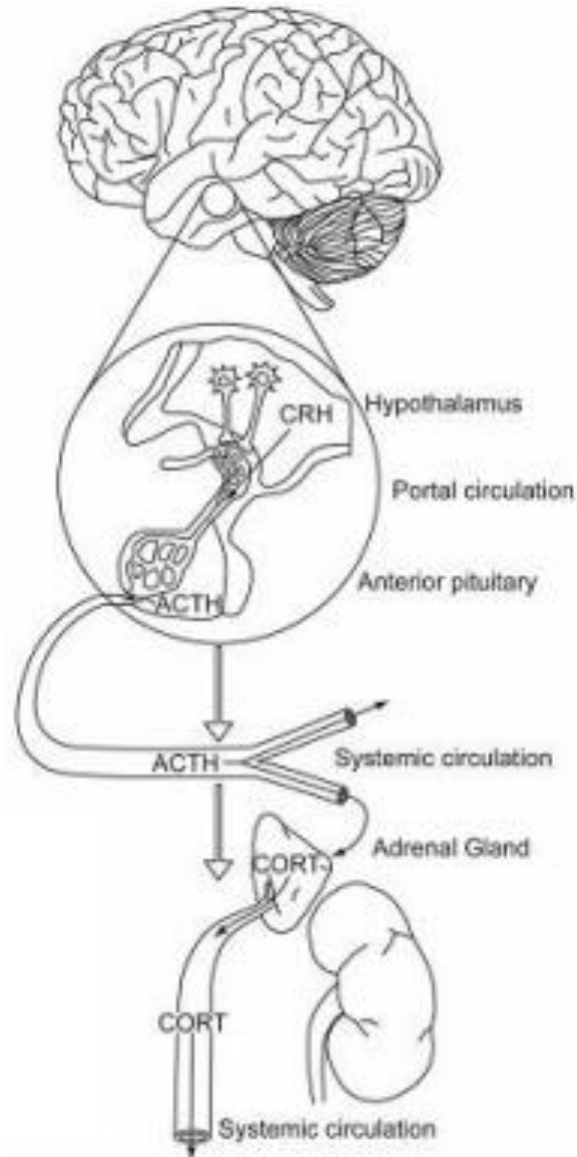
Fetissov, Harro et al. 2005



Perturbations de l'axe intestin-cerveau

Adapté de Dinan et al. Neuropsychopharmacology, 2015

Dysfonction de l'axe du stress



Altérations de l'axe HPA:

↑ plasmatique cortisol et CRH

Diaz-Marsa, Carrasco et al. 2007

Ginty, Phillips et al. 2012

Majorées par:

Le stade de la maladie (phase aigüe)

Le sous-type mixte

Monteleone, Scognamiglio et al. 2014

Monteleone, Monteleone et al. 2016

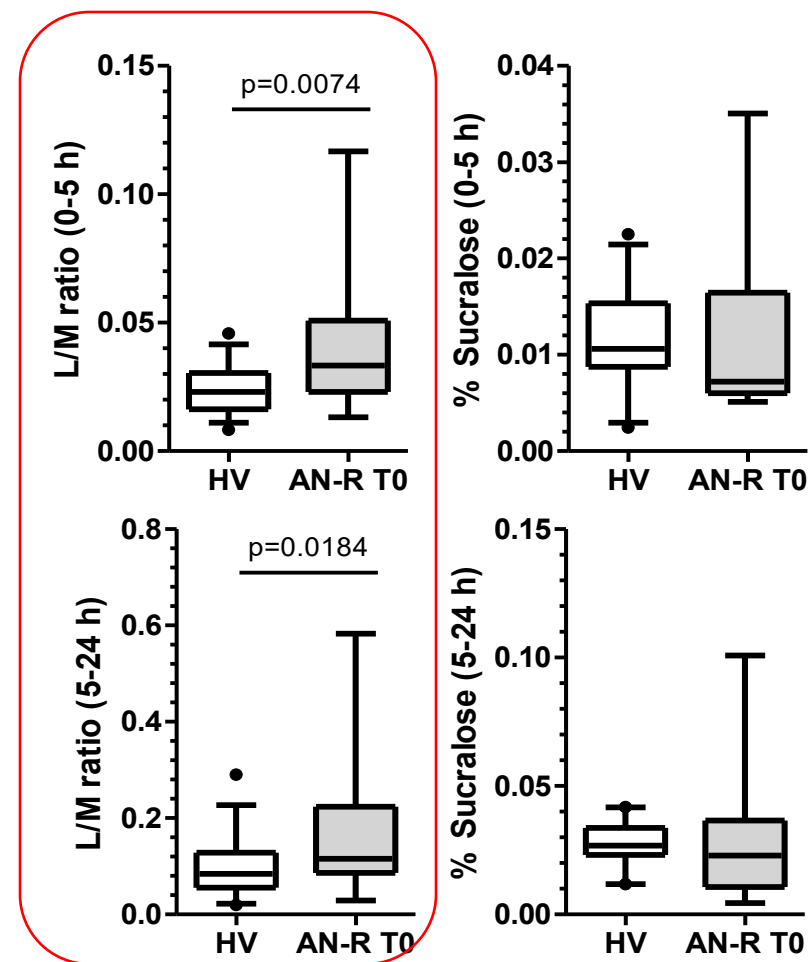
**Altération de la
fonction de barrière
intestinale: étude
PIANO**

Table 1: Demographic data

	Women with AN n=17	Healthy women n=34
Age (y)	28 (21 -35)	26 (23-35)
Body weight (kg)	29.3 (36.7 – 42.0)	60.6 (56.2 – 63.2) #
BMI (kg/m ²)	14.9 (14.1 – 15.2)	22.3 (20.6 – 23.6) #
Fat mass (kg) *	3.8 (2.0 – 5.4)	19.5 (16.7 – 22.2) #
Fat mass (%)	11.0 (4.9 – 13.2)	34.5 (31.1 – 36.8) #
Fat-free mass (kg) *	36.0 (32.8 – 37.3)	41.1 (38.3 – 43.2) #

Values are median (quartiles 1and 3; * Measured by DXA
#, p<0,0001 vs. AN patients (Mann-Whitney test).

Augmentation de la perméabilité intestinale chez les patientes AN



Continuum entre les FED de l'enfance à l'adulte ?

- Les études tendent à montrer qu'il y aurait en effet un certains continuum entre les troubles d'oralité dans l'enfance et les TCA à l'âge adulte, mais elles sont limitées par la difficulté à mettre en place des études longitudinales (bcp de patients perdus de vue).
- **Etudes rétrospectives** : biais de mémorisation, AN atcd TO enfance, ARFID/picky eater débutent tôt et persistent ([Nicholls 2011](#), [Dovey 2018](#), [Ellis 2018](#))
- **Etudes longitudinales** : cohortes Gemini (UK) obésité, ALSPAC (UK), Review TCA DSM-IV (AN, BN) ([McLelland 2020](#))
- Etude longitudinale [Herle 2020](#) : l'hyperphagie ds l'enfance est associée à un risque de compulsions et BED à l'adolescence: un petit appétit est associé à un risque d'Anorexie chez les adolescentes: la sélectivité est ;

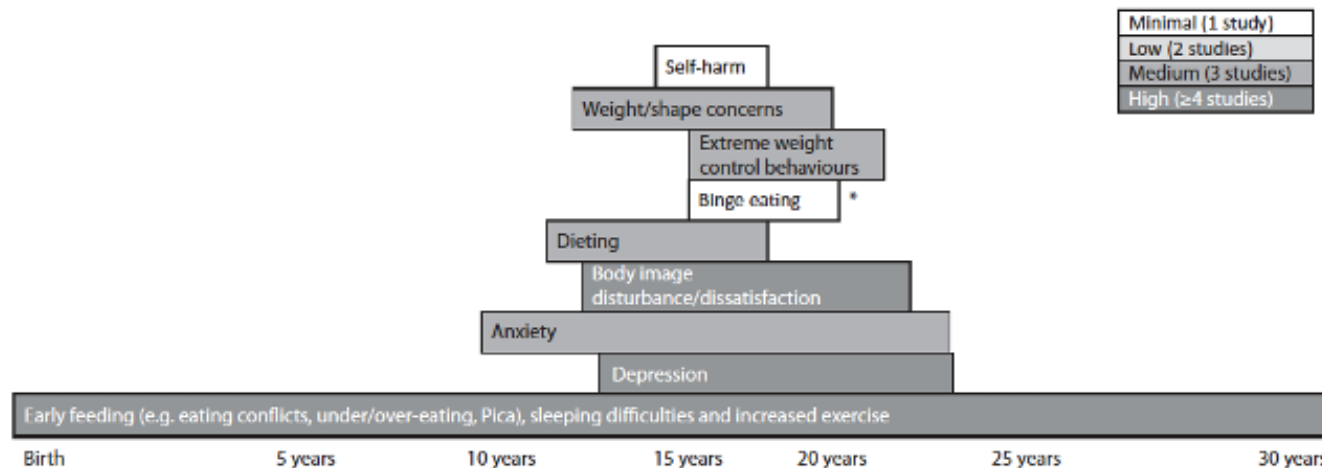


Figure 2. Emergence of symptoms prior to eating disorder onset. *This study was in relation to binge eating disorder only; length of rows indicates points of baseline and follow up assessments.

Figure 7 : apparition de symptômes antérieurs aux TCA (extrait de [McClelland 2020](#))

Définitions des différents TCA

Classification DSM-5 : chapitre Feeding et Eating Disorders (FED)



TRADUCTION Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

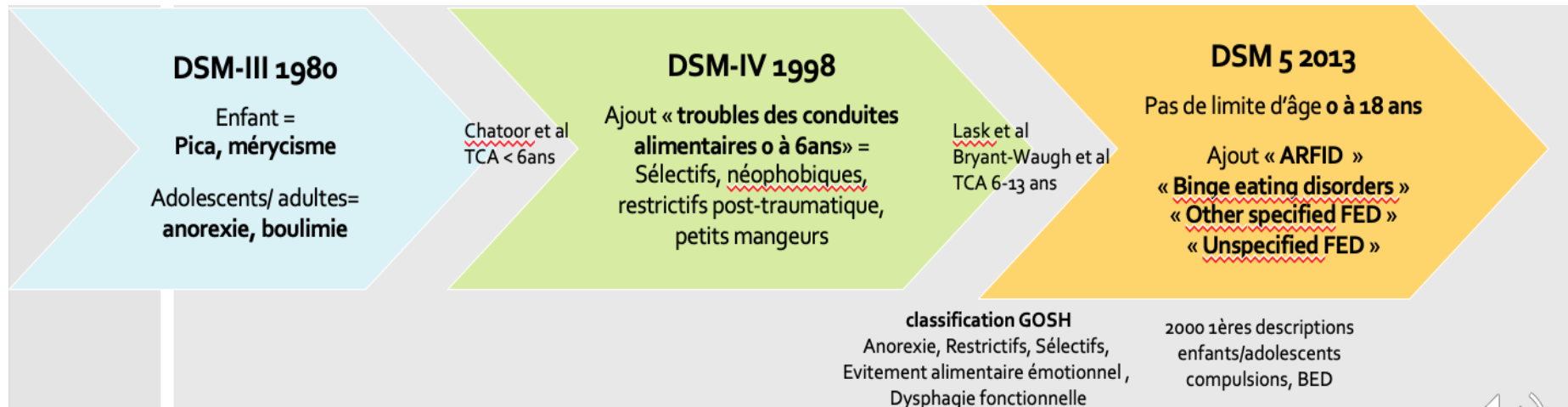
DEFINITION

« perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social »

Classification DSM-5 (USA)



En **1980**, les FED pédiatriques se résumaient au pica/mérycisme, puis les travaux d'Irène Chatoor et des Londoniens (GOSH hospital), a permis d'intégrer de nouveaux FED pédiatriques dans la DSM-5 de **2013**, notamment les ARFID, qui concernent aussi des adultes.



Avantages de la DSM-5: il n'y désormais plus de limites d'âge pour caractériser les FED. Elle permet de faire de la recherche en caractérisant les patients.

Inconvénients : ne prend pas assez en compte les pathologies chroniques fréquemment associées au FED chez l'enfant, l'aspect fonctionnel des Feeding Disorders, bcp de FED sont encore classés en UFED, et un trouble alimentaire est difficile à caractériser chez l'enfant avant l'âge de 3ans (ex : ARFID).

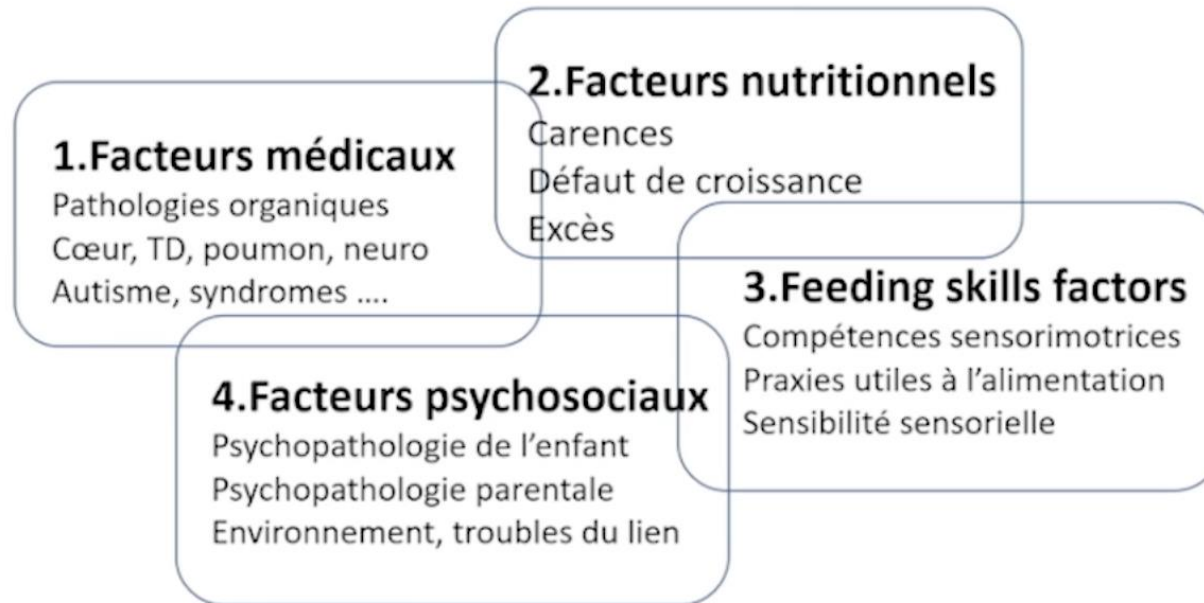
Pr Abadie – Journées ‘oralité’ Necker 2024

Troubles oralité (Feeding disorders) remplacé par
Troubles alimentaires pédiatriques (TAP) = symptôme

PFD pediatric feeding difficulties = TAP

Difficultés alimentaires de l'enfant

Tous les symptômes et tableaux cliniques
hors privation exogène et anorexie mentale avec dysmorphophobie



ARFID 2013

Est un feeding et eating disorder car décrit
chez le jeune enfant et l'adulte

~~Troubles d'alimentation~~
(Feeding Disorders)

TAP

chez les enfants qui ne peuvent se nourrir seuls du fait
de leur âge (nourrissons), ou du fait de déficit
psychomoteurs

Troubles des conduites alimentaires (TCA)
(Eating Disorders)

chez les enfants/adolescents qui sont en capacité
psychomotrice de se nourrir seuls.

FED dans la DSM-5 (enfants/adultes)

- **PICA**
- **Mérycisme** (Rumination en anglais)
- **ARFID** : Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder)
- **ANOREXIE MENTALE** (ANOREXIA NERVOSAE, AN)
- **BOULIMIE** (BULIMIA NERVOSAE, BN),
- **ACCES HYPERPHAGIQUES** (BINGE EATING DISORDER, BED)
- **OSFED**: Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié (Other Specified Feeding and Eating Disorders) =AN, BN, BED atypiques, Night eating syndrome, syndrome de purge.
- **UFED** : Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié (Unspecified Feeding and Eating Disorders)

Définition DSM-5: PICA/Ruminations

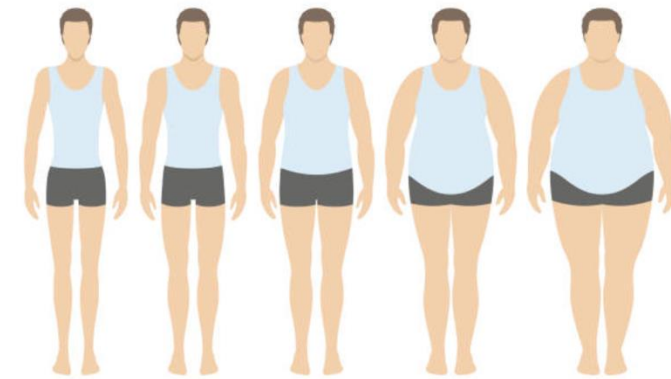
PICA, critères diagnostiques enfant, adultes (peut être associé à la boulimie)

- A. Ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles pendant une période d'au moins 1 mois.
- B. L'ingestion de substances non nutritives et non comestibles ne correspond pas au niveau de développement de l'individu.
- C. Le comportement alimentaire ne correspond pas à une pratique culturellement ou socialement acceptée.
- D. Si le comportement survient dans le contexte d'un autre trouble mental (p. ex. handicap intellectuel, trouble du spectre de l'autisme schizophrénie) ou d'une affection médicale (y compris la grossesse), il est suffisamment grave pour justifier, à lui seul, une prise en charge clinique.

MERYCISME (RUMINATION en anglais), jeune enfant surtout, adolescent, adulte

- A. Régurgitation répétée de la nourriture, pendant une période d'au moins un mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée.
- B. La régurgitation répétée n'est pas due à une maladie gastro-intestinale (p. ex. reflux gastro-oesophagien, sténose du pylore) ni à une autre affection médicale associée.
- C. Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (anorexia nervosa), d'une boulimie (bulimia nervosa), d'accès hyperphagiques (binge-eating) ou d'une restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments.
- D. Si les symptômes surviennent dans le contexte d'un autre trouble mental (p. ex. handicap intellectuel [trouble du développement intellectuel] ou un autre trouble neuro-développemental), ils sont suffisamment graves pour justifier, à eux seuls, une prise en charge clinique.

Définition DSM-5 : ARFID (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder)



Débute dans l'enfance : décrit dès 1 an, enfants, adolescents, adultes

A. Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments : 3 formes

- Manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ; = forme restrictive
- Evitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ; = forme sélective
- Préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger ; = forme aversive/phobique

>> se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques

Associé à ≥ 1 éléments suivants :

- . Perte de poids significative
- Et/ou . Déficit nutritionnel significatif.
- Et/ou . Nécessité d'une nutrition entérale ou compléments alimentaires oraux.
- Et/ou . Altération nette du fonctionnement psychosocial.

B. Non expliqué par un manque de nourriture ou par une pratique culturellement admise.

C. Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie ou d'une boulimie, pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps.

D. Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou par un autre trouble mental. Si le trouble survient dans le contexte d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.

- Avant 3 ans, il est difficile de faire un diagnostic d'ARFID, même s'il est décrit dès 1 an.
- En effet la définition est complexe (« le TCA dépasse celui habituellement observé dans telle maladie ») or des symptômes de maladie peuvent apparaître avec l'âge qui vont orienter par exemple vers une maladie génétique (ex un syndrome de Silver Russel, une rasopathie= maladies génétiques avec retard de croissance et troubles d'oralité).
- Il faut savoir faire la différence entre des troubles sensoriels transitoires et des troubles sensoriels plus marqués dans le cadre d'un TSA (Troubles du Spectre Autistiques) ou ARFID (qui sont parfois associés)

- **Nourrisson et troubles d'oralité et sensoriels transitoires:**
- Par exemple un prématuré qui a reçu une sonde naso-gastrique et va avoir des troubles transitoires rééduquables en orthophonie.

- **Nourrisson et troubles d'oralité et sensoriels qui durent :**
- Par exemple un enfant avec ARFID qui en grandissant malgré une prise en charge orthophonique va n'améliorer que partiellement ses troubles et rester sélectif et restrictif.

- **Nourrisson et troubles d'oralité et sensoriels qui vont durer dans le temps et être multiples (pas que sur la nourriture):**
- Par exemple un enfant avec TSA et ARFID qui va être hypersensible aux bruits, avec des troubles sensoriels tactiles marqués (ne supporte pas le brossage des dents).

Troubles sensoriels

- **Soit primaires liés à une pathologie sous jacente (TSA)** On les évalue avec le Profil de DUNN=sensorialités atypiques (tactile, goût, mouvement, recherche de sensations, faiblesse, bruit, lumière ...)
- **Soit secondaires à des traumatismes** (soins douloureux, positions imposées, pauvreté de l'exploration motrice...) qui entraînent une hypersensitivité corporelle et sensorielle
 - Sensibilité tactile (contact/toucher), orale (visage/bouche)
 - Réponses exacerbées
 - Défenses tonico-posturales
 - Défenses tactiles (toucher furtif ou refus, s'essuie mains)
 - Défenses orales (ferme sa bouche, réflexe hypernauséeux, vomit...)
 - Défenses comportementales (agitation, s'endort, pleurs, évitement ...)



On s'adapte mais ça ne guérit pas (orthophonie, éducateurs)

Plus ces troubles sont prévenus ou pris en charge précocément plus ils guérissent rapidement (rééducation orthophonie +/- psychologue)

ARFID

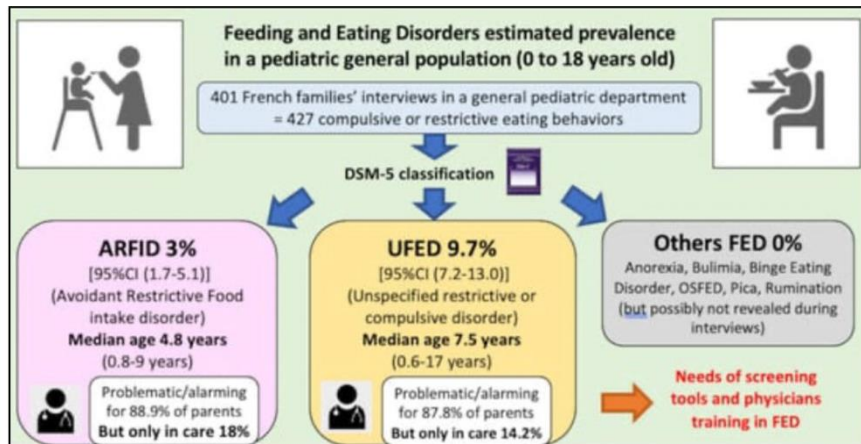
- Moins hospitalisés que les anorexies mentales (car peuvent avoir un IMC normal voire même élevé s'ils sont sélectifs sur des aliments hypercaloriques)
- Mais peuvent être parfois très dénutris et/ou avoir de grosses carences nutritionnelles par sélectivité alimentaire (scorbut sur carence en vit C, neuropathie sur carence en vit B12...)
- **Spécificités cliniques :**
 - si sélectivité marquée < 5-10 aliments penser à rechercher un TSA
 - comorbidités psychiatriques fréquentes (TSA, Troubles anxieux, TDAH..)
 - Nombreux signes fonctionnels digestifs associés.



Article

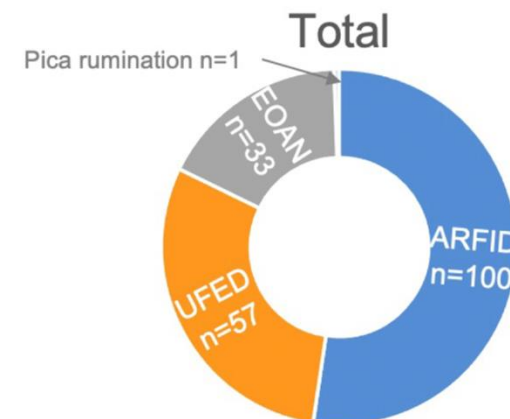
Estimated Prevalence and Care Pathway of Feeding and Eating Disorders in a French Pediatric Population

Valérie Bertrand ^{1,2,*}, Lyvia Tiburce ¹, Thibaut Sabatier ³, Damien Dufour ⁴, Pierre Déchelotte ^{2,5} and Marie-Pierre Tavolacci ^{2,3}



Analysis of Feeding and Eating Disorders in 191 children according to psychiatric or gastroenterological recruitment: the PEDIAFED cohort study.

Valérie Bertrand^{a,f}, MD, Marie-Pierre Tavolacci^{b,f}, MD, PhD, Anne Bargiacchi^c, MD, Véronique Leblanc^d, MD, Pierre Déchelotte^{e,f}, MD, PhD, Coline Stordeur^e, MD, Marc Bellaïche^d, MD.



ARFID (forme aversive phobique)

- Suite à une gastroentérite avec vomissement ou la vision d'un proche qui vomit (phobie de vomissement), ou suite à une fausse route (phobie de déglutition)
- Souvent associé à d'autres phobies (ex phobie scolaire, phobie de tomber malade ...) sur un terrain anxieux



Les 3 formes d'ARFID phobiques, restrictives et sélectives peuvent se suivre dans le temps chez la même personne

Définition DSM-5: Anorexie mentale

Enfant pré-pubère, adolescent, adulte

- RESTRICTION des apports énergétiques par rapports aux besoins, stratégie de contrôle du poids associée à un poids significativement bas
- Recherche incessante de minceur, peur intense de l'obésité / de prendre du poids alors que le poids est significativement bas
- DYSMORPHOPHOBIE, Dénier ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle, influence excessive du poids ou de la forme de son propre corps sur l'estime de soi
- 2 types :
 - Restrictive pure
 - Mixte avec purge (hyperactivité physique, vomissements, laxatifs) +/- Accès boulimiques/compulsifs
- Degrés de sévérité selon
 - L'IMC : Léger 18,5 à 17 Moyen 17- 16 Sévère 16- 15 Extrême <15kg/m²
 - La gravité des symptômes cliniques
 - Le degré d'incapacité fonctionnelle
 - Le besoin de prise en charge



Définition DSM-5: Boulimie

Adolescents, adultes

- Patients consultent peu – plutôt poids normal
- Survenue d'ACCÈS HYPERPHAGIQUES / Frénésie alimentaire
 - Absorption en une période de temps limitée une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient sur une même période de temps et dans des circonstances similaires
 - Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise
- COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES :
 - Vomissements, laxatifs, diurétiques, jeûne, restriction, hyperactivité physique
- Au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois
- Estime de soi influencée par poids / image corporelle
- Ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale
- Degrés de sévérité :
 - Fréquence : Léger 1-3 Moyen 4-7 Sévère 8-13 Extrême >14/semaine



Définition DSM-5 : BED Hyperphagie Boulimique

Adolescents, adultes

- 20 à 50% des patients en situation d'obésité, la plupart en surpoids
- Episodes récurrents d'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE (Binge Eating)
 - Absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
 - Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'accès
 - 3/5 : rapidité, distension abdominale, absence de faim, seul, culpabilité/dégoût
 - Source d'une souffrance marquée
- 1 jour par semaine pendant 6 mois
- SANS COMPORTEMENT COMPENSATOIRE
- Degré de gravité
 - Fréquence : Léger 1-3 Moyen 4-7 Grave 8-13 Extrême >14/semaine



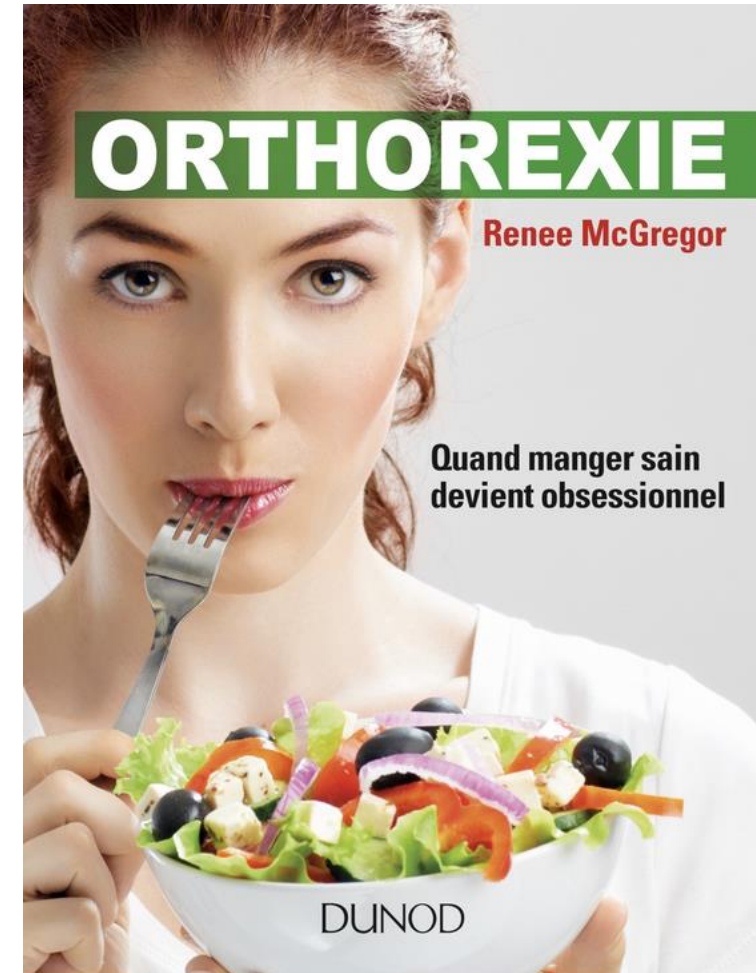
Définition DSM-5 : OSFED

Adolescents, adultes, (enfants ?)

- Anorexie mentale atypique : tous les critères de l'anorexie mentale sont satisfaits, sauf que, le poids de l'individu est à l'intérieur ou au-dessus de la plage normale.
- Boulimie atypique (basse fréquence ou durée limitée) : < 1/semaine, et/ou <3 mois.
- BED atypique (basse fréquence ou durée limitée) : < 1/semaine, et/ou <3 mois.
- Hyperphagie, grignotage (ou compulsions) nocturne = Night Eating Syndrome (Shoar 2019): prise >25% des besoins caloriques quotidiens après le dernier repas et/ou ≥ 2 /semaine, patient conscient des épisodes d'ingestion ;
 - présence de 3 éléments : anorexie matinale, forte envie de manger après le repas et avant l'endormissement ou au réveil du sommeil, insomnie, croyance que manger est nécessaire pour amorcer le sommeil, humeur dépressive ou dépression nocturne
 - détresse ou dysfonctionnement quotidien ;
 - Les épisodes sont présents depuis plus de 3 mois
 - les autres troubles alimentaires tels que la compulsion, les troubles mentaux ou les maladies métaboliques ne doivent pas être présents.
- Purges ou vomissements induits = comportement de purge périodique pour influencer le poids ou la silhouette, tels que des vomissements provoqués, l'abus de laxatifs, diurétiques, ou d'autres médicaments, en l'absence de crises de boulimie.

Orthorexie (non FED)

- Ne fait pas partie des FED dans la DSM-5
- Bien que certains auteurs ne la considèrent pas comme un véritable TCA, d'autres l'assimilent à une forme particulière de TCA restrictif, proche sur le plan psychologique de l'anorexie et du trouble obsessionnel-compulsif ([Costa 2017](#), [Skella 2022](#)).
- Les personnes sont restrictives non pas sur la quantité mais sur la qualité des aliments. Dans l'objectif initial d'améliorer leur santé, ils s'imposent des règles strictes sur la consommation ou sur la façon de consommer des aliments supposés être « sains » ou « écologiques ». **L'orthorexie est souvent sous-tendue par des angoisses ou des obsessions quasi hypocondriaques de la maladie et de la mort.** Les personnes souffrant d'orthorexie peuvent consacrer un temps excessif à la planification des repas et éprouver une culpabilité si leurs habitudes alimentaires sont interrompues.
- Bien que la recherche d'une perte de poids ne soit pas l'élément moteur de l'orthorexie, **un amaigrissement voire une dénutrition peuvent survenir si de nombreux aliments sont éliminés du régime.**
- En pédiatrie des adolescents peuvent adopter ces pratiques ([Hornberger 2021](#), [Skella 2022](#)).



Addiction

(Définition)

* DSM-IV : « Troubles liés aux substances »

- Usage
- Abus : consommation inappropriée entraînant des conséquences indésirables, récurrentes et importantes
- Dépendance : tolérance accrue, consommation compulsive, perte de contrôle et usage continu malgré des répercussions négatives sur la santé (physique, mentale et sociale)

* DSM-V : « Troubles liés aux substances et aux addictions »

- Troubles de l'usage de substances et addictions sans substance c'est-à-dire addictions comportementales (jeux d'argent et de hasard)
- Les « troubles du comportement alimentaire » restent distincts

Activation du circuit de la récompense + dysfonction du contrôle inhibiteur

11 critères diagnostiques du DSM-V

- * **Besoin impérieux et irrépressible** = « craving »
 - * **Perte de contrôle** (quantité et temps dédié)
 - * Beaucoup de **temps** consacré à la recherche
 - * **Syndrome de sevrage**
 - * Incapacité à remplir des **obligations importantes**
 - * Usage même quand il y a un **risque physique**
 - * **Problèmes personnels ou sociaux**
 - * Désir ou efforts persistants pour **diminuer**
 - * **Activité réduite** au profit
 - * **Poursuite** malgré les dégâts physiques et/ou psychologiques
 - * **Augmentation de la tolérance**
- 2-3 critères : addiction faible
- 4-5 critères : addiction modérée
- ≥ 6 critères : addiction sévère

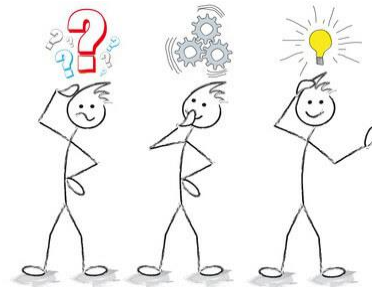
Existe-t-il un lien entre alimentation, TCA et addiction?

Les TCA sont-ils associés aux addictions?

Le concept d'addiction alimentaire est-il pertinent?

Addiction à une substance (sucre)?

Addiction à un comportement (TCA)?



Comorbidité TCA et SUD

(Etat des connaissances)

Psychiatry Research 273 (2019) 58–66



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

Review article

Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis

Anees Bahji^{a,b,*}, Mir Nadeem Mazhar^a, Chloe C. Hudson^c, Pallavi Nadkarni^a, Brad A. MacNeil^a, Emily Hawken^a

^a Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

^b Department of Public Health Sciences, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

^c Department of Psychology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

- 1 patient TCA sur 4 développera un SUD au cours de la vie
- Plus de SUD si binge / purges

Table 1

Lifetime and current (12-month) prevalence of co-morbid DSM-IV substance use disorders (%) with DSM-IV eating disorders.

	Lifetime (samples)	Lifetime Prevalence (mean, SD)	Current (samples)	Current Prevalence (mean, SD)
Any SUD	29	25.4% (± 16.1%)	7	12.9% (± 17.1%)
Alcohol	72	20.6% (± 16.0%)	16	7.2% (± 9.1%)
Any Drug	34	19.8% (± 19.6%)	6	9.8% (± 11.1%)
Amphetamine	18	6.3% (± 9.6%)	2	0% (± 0%)
Cocaine	21	13.7% (± 23.4%)	5	28.5% (± 28.8%)
Any Stimulant	9	8.2% (± 3.9%)	4	1.6% (± 1.5%)
Other	15	10.8% (± 14.5%)	1	0% (± 0%)
Tobacco	14	36.1% (± 23.1%)	7	15.3% (± 9.1%)
Cannabis	31	14.5% (± 16.0%)	9	20.9% (± 12.0%)
Polysubstance	14	8.6% (± 7.9%)	6	2.2% (± 1.5%)
Hallucinogens	17	4.7% (± 5.9%)	2	0% (± 0%)
SHA	23	6.6% (± 6.4%)	7	2.8% (± 1.1%)
Inhalant	10	0.4% (± 0.9%)	2	0% (± 0%)
Opioid	20	6.2% (± 6.4%)	7	11.0% (± 7.8%)
Caffeine	8	23.8% (± 12.5%)	0	0% (± 0%)

Abbreviations: SD – standard deviation; SUD – substance use disorder; SHA – sedative/hypnotic/anxiolytic

Table 2

Moderator analysis for the comorbidity of lifetime and current (12-month) DSM-IV substance use disorders in DSM-IV eating disorders.

	Lifetime prevalence			Current (12-month) prevalence		
	Prevalence	95% CI	Studies (n)	Prevalence	95% CI	Studies (n)
Age						
25 and under	19%	13–27	16	8.8%	1.0–48	2
26 and older	26%	18–36	12	7.3%	1.3–33	5
Sex ^{a,†}						
All-female	26%	20–32	20	11%	3.5–31	6
Mixed	15%	9.4–23	8	2.7%	1.5–4.8	1
Ethnicity ^a						
Asian	7.0%	3–16	3	–	–	–
Caucasian	24%	24–18	25	7.7%	2–26	7
Eating disorder ^a						
Anorexia nervosa	13%	11–14	13	12%	2.6–43	4
Bulimia nervosa	34%	32–36	9	6.0%	0.2–72	2
Binge eating disorder	18%	15–20	2	2.7%	1.5–4.8	1
Eating disorder not otherwise specified	12%	11–13	2			
Unspecified	27%	24–31	2			
Behavior ^a						
Binge/purge	26%	20–34	17	11%	2.4–40	5
Restrictive	11%	5.6–21	7	1.8%	0.3–12	2
Not specified	25%	13–42	4			
Setting						
Inpatient	26%	17–36	7	–	–	–
Outpatient	19%	13–27	18	7.7%	2–26	7
Mixed	32%	22–46	3	–	–	–
Method						
Case-control	22%	15–30	7			

Comorbidité TCA et SUD

(Etat des connaissances)

Dépression, anxiété, traumatismes dans l'enfance, perfectionnisme, difficultés à réguler les émotions, manque de stratégies de coping, impulsivité, ...



Normalisation des comportements inappropriés
Carences éducationnelles

Comorbidité TCA et SUD

(Etat des connaissances)

Dépression, anxiété, traumatismes dans l'enfance, perfectionnisme, difficultés à réguler les émotions, manque de stratégies de coping, impulsivité, ...



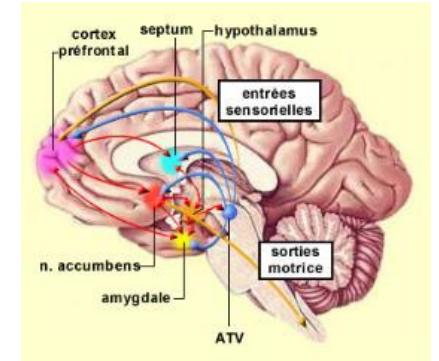
Nourriture?

Comportement alimentaire?

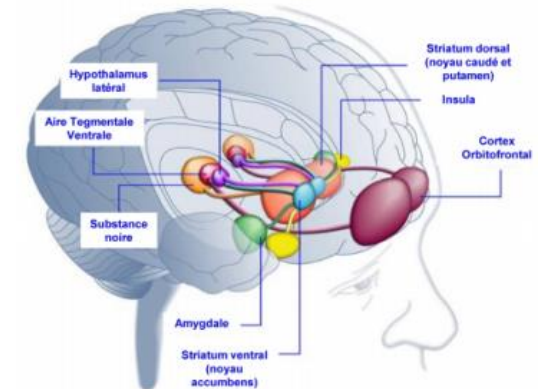
Normalisation des comportements inappropriés
Carences éducationnelles

Bases neurobiologiques

Aire Tegmentale Ventrale (ATV) : synthèse de dopamine
Noyau accumbens : motivation
Cortex préfrontal (CPF): planification, attention, motivation
Cortex Cingulaire Antérieur (CCA) : système limbique



- L'ingestion d'un aliment palatable stimule le circuit de la récompense
- Les différentes structures du circuit de la récompense régissent de concert le comportement alimentaire en :
 - régulant **l'apprentissage** et la **représentation de la valeur de récompense** des aliments
 - orientant **l'attention** et **les efforts** vers l'obtention d'aliments à haute valeur de récompense
- La **saveur sucrée** n'est pas nécessaire à l'activation du circuit de la récompense qui répond préférentiellement à la valeur calorique des aliments
- L'association de la saveur sucrée et la valeur calorique génère une activation plus forte du circuit de la récompense



Concept d'addiction alimentaire

(« Craving » et perte de contrôle)

* 20 participants :

- 10 : régimes alimentaire habituel
- 10 : régime monotone pendant 1 jour ½ (préparation nutritionnelle « boost »)

Séries de noms d'aliments monotones/apprécies

⇒ Envies compulsives : uniquement les participants ayant suivi un régime

⇒ Activations plus fortes au niveau de l'hippocampe gauche, de l'insula gauche et du noyau accumbens pendant la série d'aliments appréciés en comparaison avec la série d'aliments monotones : régions spécifiques aux envies compulsives après un régime

Pelchat et al., 2004

* 16 participantes : 8 compulsives/8 non compulsives

- Mise en bouche du chocolat : pas de différence entre les 2 groupes
- Visualisation d'une photographie de chocolat : activation plus forte au niveau du COF et du noyau accumbens chez les compulsives
- Mise en bouche et visualisation du chocolat : activation plus forte au niveau du CCA chez les compulsives (RAS au niveau du cortex gustatif primaire)

⇒ Augmentation du « Liking » (palatabilité) et du « Wanting » (incitation à manger)

Rolls et McCabe et al., 2007

Impact de l'environnement (restriction, stress, ...)
sur le « craving » et la perte de contrôle

Concept d'addiction alimentaire



(Arguments en faveur du concept)

3 axes de similitudes

- * *Des réponses comportementales à certains aliments ou types d'alimentations similaires aux drogues*
- * *Régulation de la prise alimentaire repose en partie sur des circuits neurobiologiques similaires à ceux sur lesquels agissent les drogues*
- * *Les individus souffrant d'obésité ou d'addiction ont des profils d'activation cérébrale*

Lennerz et al., 2018

Aliments hautement palatables

Contexte favorisant l'impulsivité alimentaire : restriction cognitive et émotions (négatives)

Concept d'addiction alimentaire

(Arguments en défaveur du concept)

A red prohibition sign, consisting of a red circle with a diagonal slash through it, is positioned to the left of the subtitle.

- * *Absence de définition consensuelle et manque de données scientifiques*

Meule et al., 2014

- * *Les modèles existants ne peuvent aller au-delà de la relative dépendance à des catégories d'aliments à haute teneur en graisse, sucre ou des aliments agréables au goût*

Ziauddeen et al., 2013

- * *Absence de données concernant la concentration particulière de nutriments qui pourrait engendrer un processus addictif*

Ziauddeen et al., 2013

- * *Le concept prétendument mesuré à l'aide de l'échelle YFAS pourrait n'être que le reflet d'un comportement alimentaire désorganisé : risque de pathologiser de simples habitudes comportementales*

Ziauddeen et al., 2013

Donc

- * L'addiction à l'alimentation pourrait expliquer les difficultés que certains individus, ne souffrant pas de TCA, rencontrent sur le plan alimentaire
- * L'addiction à l'alimentation pourrait expliquer une partie des TCA
- * Les données actuelles de la science ne permettent pas de valider ou d'invalidier ce concept



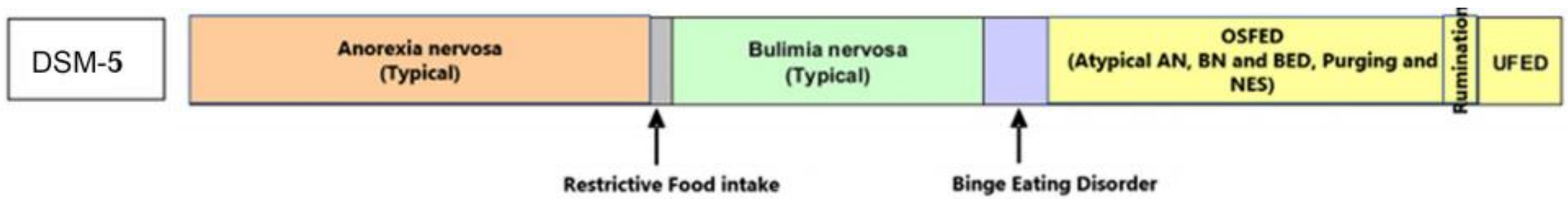
Prévalence des FED pédiatriques selon les définitions DSM-5



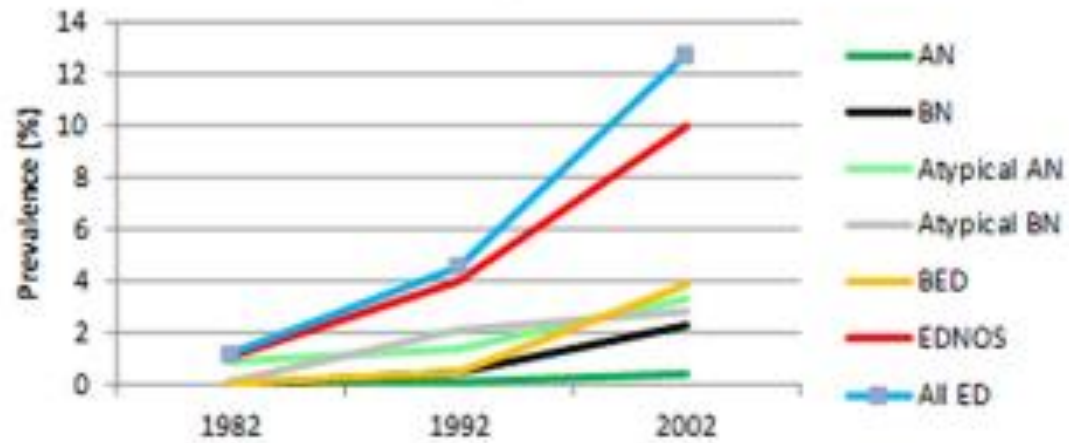
- **PICA/ Mérycisme** : se développent pdt l'**enfance (parfois à l'adolescence)**, prévalence mal connue 1.5 à 10% ([Hartman 2018](#), [Murray 2018](#), [Bryant-Waugh 2019](#)).
- **ARFID** : **décrit dès 1 an, enfance et adolescence**, et peut persister à l'âge adulte (IMC variable, carences nutritionnelles, troubles digestifs, troubles anxieux/TDAH/TND dont TSA, sex-ratio variable). La prévalence exacte de l'ARFID dans la population générale reste imprécise, mais se situe probablement entre 0,5 et 5 %, tant chez les enfants ([Dinkler 2022](#), [Kurz 2015](#), [Schmidt 2018](#), [Chen 2019](#)) que chez les adultes ([Hilbert 2021](#)).
- **ANOREXIE** : commence à l'**adolescence ou pré-pubère (8-12ans)** (troubles anxieux, dépression ++, TSA, atcd abus), prévalence 0.3-0.9% ([Bryant-Waugh 2019](#))
- **BOULIMIE, BED**: peuvent débiter à l'**adolescence** (prévalence mal connue estimée à 0.3-0.9% pour la boulimie, 1-3% pour le BED) ([Bryant-Waugh 2019](#)).
- **OSFED**: prévalence très peu connue en pédiatrie 3.2% ? surtout AN atypiques ([Hay 2017](#)), Night Eating Syndrome : prévalence inconnue.
- **UFED** : prévalence très peu connue en pédiatrie (9.7% dans une de nos études [Bertrand 2021](#)).

Prévalence chez l'adulte

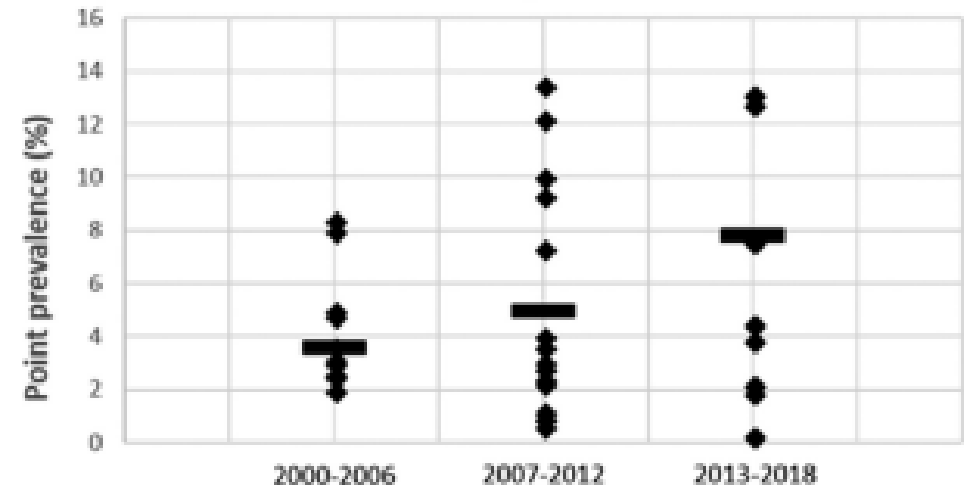
- **Anorexie :**
 - 0,6% population
 - 1 homme pour 8 femmes
 - Commence dans la majorité des cas entre 15 et 25 ans
- **Boulimie :**
 - 1-1,5% de la population
 - 1 homme pour 3 femmes
- **BED :**
 - 3 à 5%
 - 1 homme pour 2 femmes



Evolution of prevalence of ED



Evolution of ED prevalence



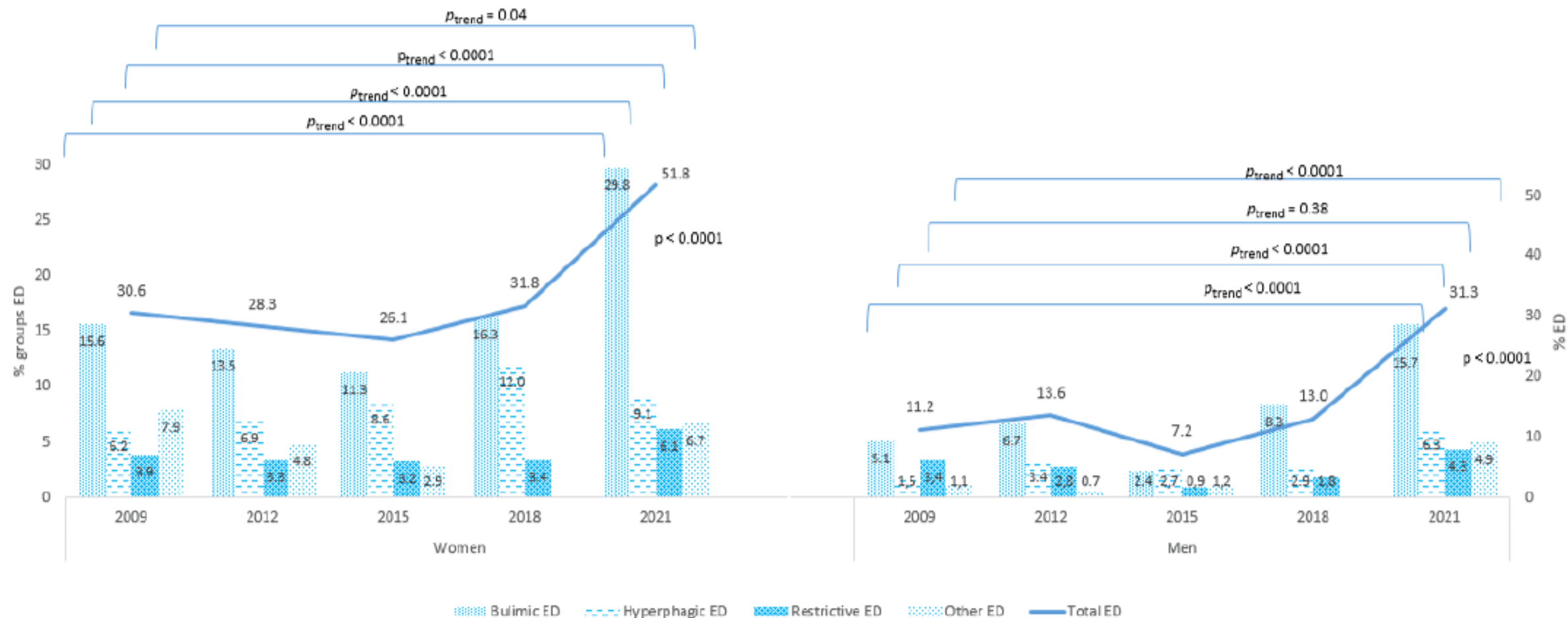


Figure 2. Distribution of ED categories among university students according to the gender 2009–2021 ($N = 8981$). ED: Eating Disorder.

En pratique type de FED (DSM-5) selon l'âge

0-12ans

- **Anorexie pré-pubère**
- **ARFID**
- **Pica, Rumination**
- **UFED= non classables**

12-18ans

- **Anorexie**
- **ARFID**
- **Boulimie (rare)**
- **OSFED (rare)**
- **BED (rare)**
- **Pica, Rumination**
- **UFED= non classables**

Chez l'adulte:

- **Anorexie**
- **ARFID**
- **Boulimie**
- **OSFED**
- **BED**
- **Pica, Rumination**
- **UFED= non classables**

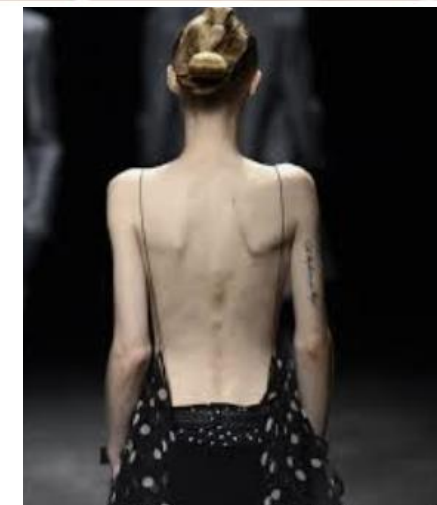
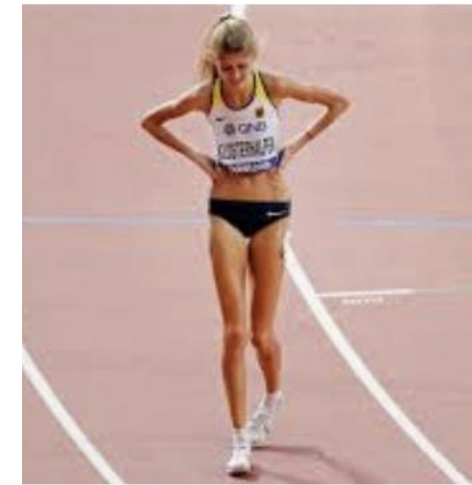
Ressources de Dépistage

- Signes d'alerte clinique/biologique
- Outils de dépistage

Signes d'alerte

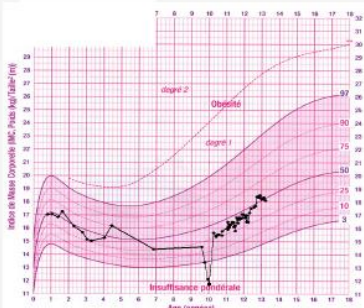
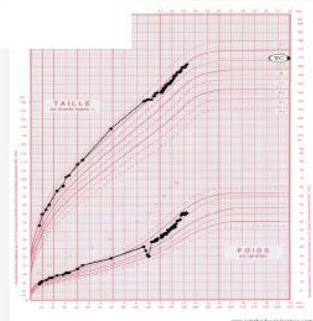
1-le terrain

- Génétique : ATCD personnel/familial de TCA, TND (TSA ...)
- Sportifs à haut niveau, disciplines à contrôle de poids, milieu artistique, mannequins, terrain anxio-dépressif, patients en transition de genre
- Préoccupation excessive pour le poids, l'apparence, l'alimentation, perfectionnisme
- Régimes alimentaires restrictifs, habitudes, méthodes détox etc...
- Pathologies chroniques avec alimentation thérapeutique : diabète, allergies



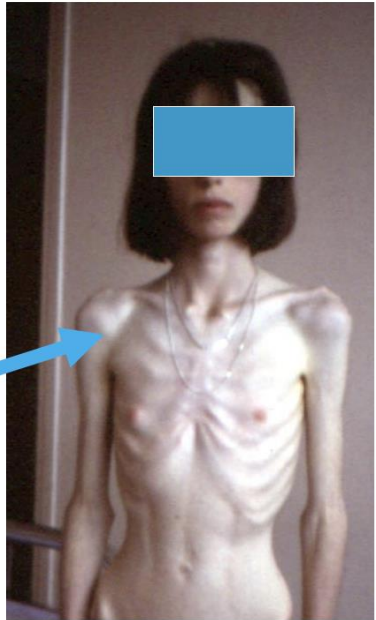
Signes d'alerte

2- la clinique



- Signes de surpoids
- Signes de dénutrition:
 - fonte du pannicule adipeux
 - fonte musculaire (fesses, cuisses, bras)
 - extrémités froides; lanugo
 - œdèmes, troubles des phanères (rares)
 - signes de carence spécifique (anémie, vit)
 - hypothermie, bradycardie, hypotension
- Aménorrhée, infertilité
- Le patient réclame des laxatifs, des CNO
- Signes indirects de vomissements
 - troubles dentaires
 - parotidomégalie
 - signe de Russel
- Symptômes digestifs fonctionnels

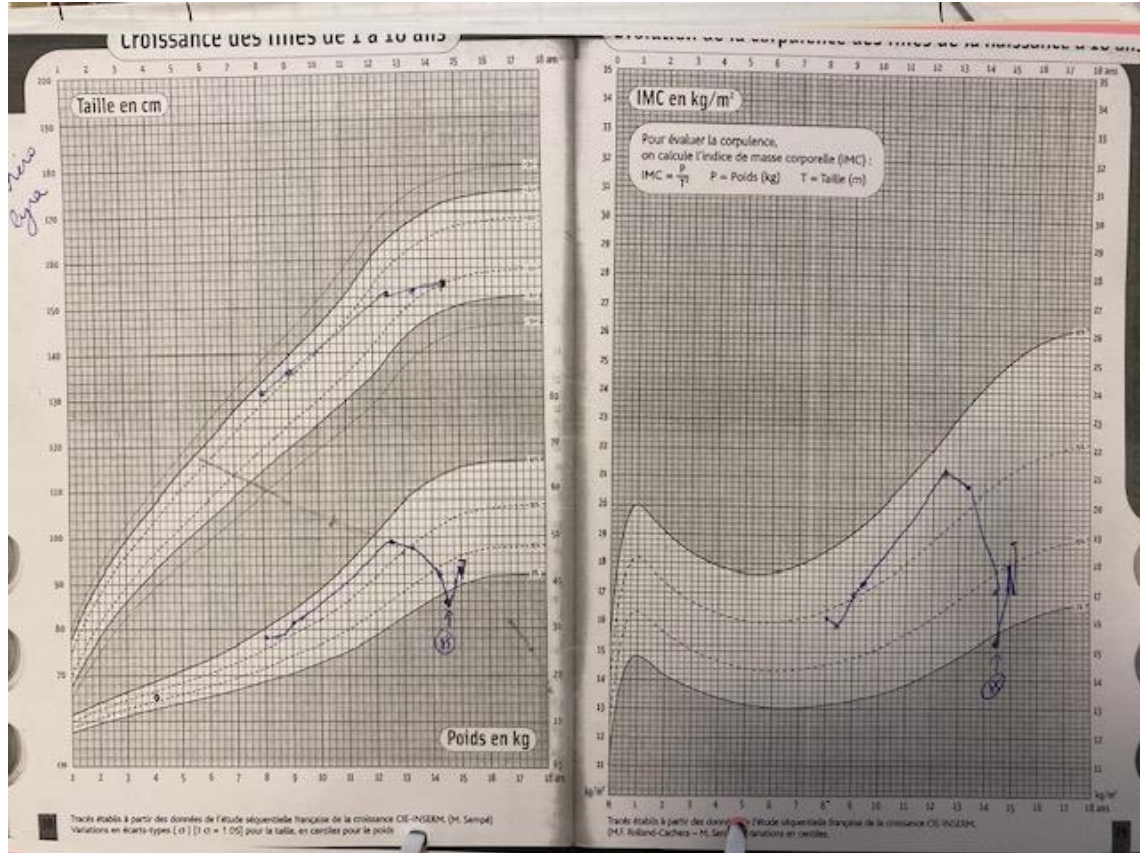
Troubles sensoriels (TSA/TND)



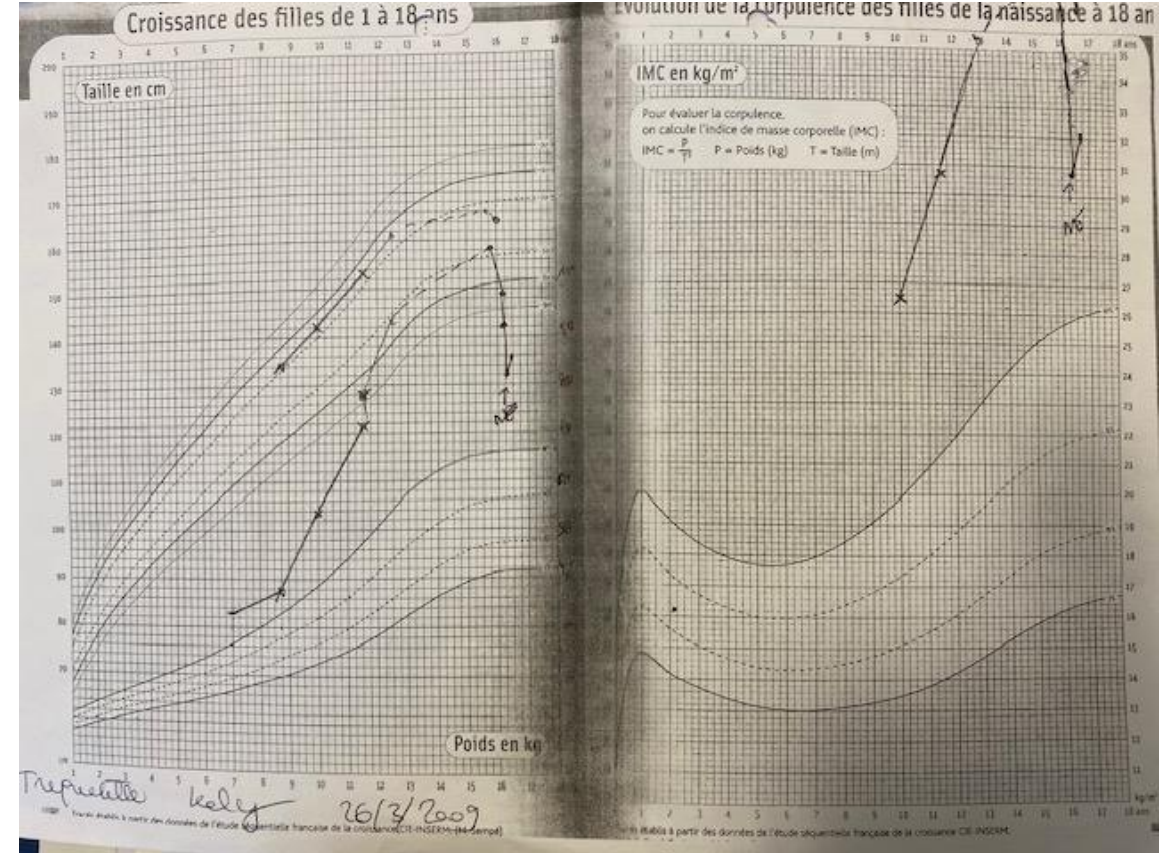
Perte de l'émail (érosion par acide) de la face interne des dents antérieures supérieures à la suite d'une boulimie.



Russell's Sign



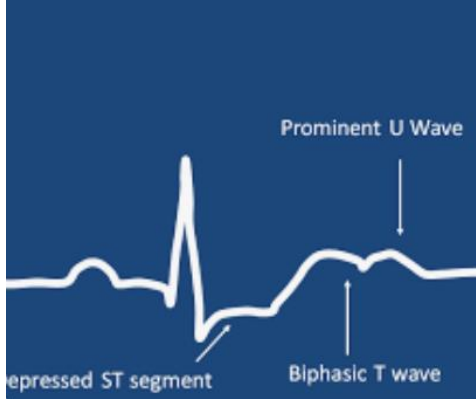
Anorexie mentale



ARFID

Signes d'alerte

3- la biologie



- **Hypokaliémie (vom)** : faiblesse musculaire, crampes, ECG
- **Anémie** : carence fer (viande ?), folates, B12, Cu
- **Carence en vitamines** :

-vit C : scorbut (*fruits légumes frais*)

-vit D : rachitisme chez l'enfant, ostéomalacie chez l'adulte (fractures) (hypoCa: tétanie, crampes) (*D3 céréales laitages, huiles foie poisson, poisson gras, jaune d'œuf, foie*)

-vit A : cécité nocturne, xérophtalmie, (*huiles foie poisson, foie, jaune d'œuf, beurre*)

-vit E : altération réflexes et coordination, difficultés à marcher, faiblesse musculaire (*huiles végétales*)

-vit K : hématomes (*chou, épinards, salades, fèves soja, huiles végé*)

-vit B1 : perte appétit troubles mémoires, Béri-béri, sd Gayet Wernicke, sd Korsakoff (*trop farine sucre riz blanc, alcool*)

vit B6 : neuropathies, glossite chéilite, convulsions (alcooliques)

Vit PP : pellagre, éruption rouge foncé, diarrhées (alcooliques)

- **Mag** (crampes), **Zinc** (perte cheveux, éruptions), **Cuivre**

Carence en vit C : Scorbut



Vit A : xérophtalmie



Vit K: hématomes



Carence en B1 (GW) : nystagmus vertical, troubles mémoires, ataxie, confusion



Risques d'une dénutrition sévère

- Glycogénolyse en 24-36H
- Lipolyse > cétogénèse > apport énergie aux organes vitaux
- puis Protéolyse néoglucogénèse à partir des AA
- But: maintien d'une glycémie suffisante
- Prix: arrêt de la croissance
- Hypoprotidémie > oedèmes
- Surcharge hydrique > oedèmes, ins cardiaque
- Déshydratation
- HypoG répétées sur manque d'apports
- HypoK (hyperaldost, vom)> tble rythme
- HypoPh (fonte muscles)
- HypoMg (idem+vom) > convulsions
- Carence vitamines ADE TP B12 folates
- Atrophie intestinale > malabsorption
- Pancytopénie (hypoplasie médullaire) > asthénie, infections
- Cytolyse (défaillance multiviscérale)



Outils de dépistage ?

- **SCOFF (Sick Control One Fat Food)**
- **Adultes +/- adolescents**
- Validé en 2008 et recommandé par la HAS
- Au moins 2 réponses positives

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en trois mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouve trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Deux réponses sur cinq sont déjà fortement prédictives d'un trouble du comportement alimentaire.



Probable TCA

EAT 26 Adolescents et adultes

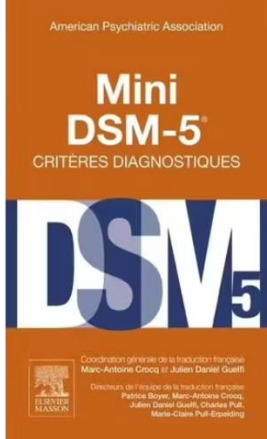
- **EAT-26 ou CH-EAT** (Eating Attitude Test) : évalue les comportements et attitudes anorexiques
 - Cut off > 20 = risque d'anorexie mentale
- **BULIT** (Bulimia test) : évalue les TCA boulimiques en population générale
- **EDI 2** (Eating Disorders inventory) : estime la fréquence avec laquelle les sujets s'attribuent d'éventuelles particularités dans les modalités mêmes de l'alimentation (mais aide plus pour la prise en charge cognitive)
- **YFAS** (Yale Food Addiction Scale) : repère les symptômes de dépendance à l'alimentation au cours des 12 derniers mois
- 🚫 Aucun questionnaire n'est exhaustif
- Aucun questionnaire complet validé en pédiatrie

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros(se).						
2. J'évite de manger quand j'ai faim.						
3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture.						
4. J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger.						
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux.						
6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments quand je mange.						
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pomme de terre, riz...).						
8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange d'avantage.						
9. Je vomis après avoir mangé.						
10. Je me sens très coupable après avoir mangé.						
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe.						
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories.						
13. Les autres pensent que je suis trop mince.						
14. Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps.						
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas.						
16. J'évite de manger des aliments sucrés.						
17. Je mange des aliments diététiques.						
18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.						
19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation.						
20. Je sens que les autres me poussent à manger.						
21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture.						
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.						
23. Je m'oblige à me mettre à la diète.						
24. J'aime avoir l'estomac vide.						
25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches.						
26. Je ressens le besoin de vomir après les repas.						

Meilleur outil = le docteur 😊

> Questions spécifiques + miniDSM-5

- Avez-vous / avez-vous eu / pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou avec votre alimentation?
- Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive?
- Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez?
- Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation?
- Est-ce que vous vomissez? Vous arrive-t-il de vous faire vomir?
- Dans tous les cas :
 - Obstacles à l'accès aux soins : honte, peur du jugement, méconnaissance des troubles, déni, fardeau financier des soins non pris en charge
 - Prendre en considération la souffrance globale
 - Bienveillance et sans jugement
 - Favoriser le dialogue

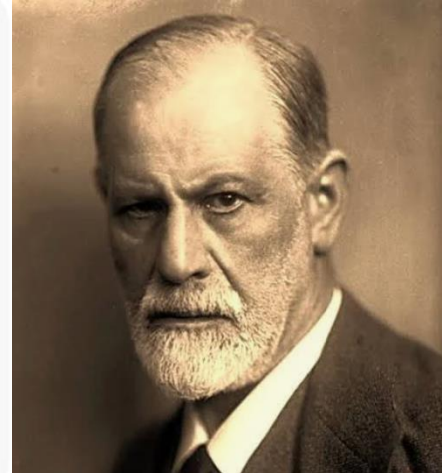
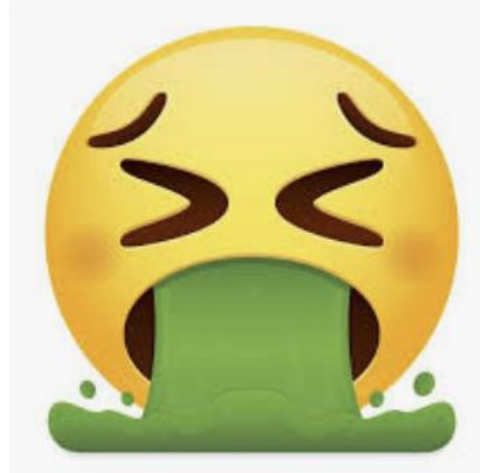


2- Les idées reçues- Aborder la discrimination

- Les idées reçues sur les TCA
- Causes, désinformation, réseaux sociaux
- Aborder la discrimination

Idées reçues en pédiatrie

- Anorexie mentale = « coup de tonnerre dans un ciel serein »...
- « Un enfant ne se laisse pas mourir de faim »
- S'il a des problèmes c'est forcément la faute de ses parents (merci Freud)
- S'il a un TCA ou un TSA c'est la faute de la mère ! C'est la mère qui éduque !
- Désormais c'est la faute du doliprane s'il a un TSA ! (merci Trump)
- Les feeding disorders (souvent gérés par des pédiatres) n'ont rien à voir avec les eating disorders (souvent gérés par des pédo-psychiatres)...
- Les TCA de l'enfant n'ont aucun rapport avec les TCA de l'adulte ...



ARFID et TSA



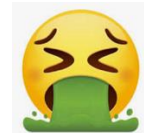
P.16ans. Sélectivité marquée ancienne, encoprésie, restriction alimentaire majorée à l'entrée en seconde (difficultés sociales), troubles sensoriels (ne supporte pas le brossage des dents, l'eau dans les oreilles, certaines odeurs/goût).

Parents dépassés.

Hospitalisé à 16ans : très dénutri, scorbut, occlusion intestinale sur dénutrition.

>Était en fait un TSA et ARFID non diagnostiqués.

Enquête sociale : enfant maltraité ! Placement !



NON !!

« Accuser les autres c'est souvent éviter de se remettre en question »

- Attention aux notes à la CRIP > enquêtes faites par des infirmières, assistantes sociales, des 'experts psychologues' de l'« Aide » Sociale à l'enfance.
- Le rapport arrive sur le bureau du juge pour enfant SANS évaluation médicale ou pédopsychiatrique +++
- Les parents ne savent pas forcément qu'ils ont 10 jours pour faire appel, et coût financier +++

- Globalement, certains acteurs ont décrit les rapports comme étant :
 - Essentiellement descriptifs, manquant d'analyse ;
 - Composés de perceptions, d'interprétations sans que les éléments « bruts », objectifs ayant conduit les professionnels à les formuler ne soient suffisamment explicités.

RAPPEL

- TCA = prédisposition **GENETIQUE** avec des facteurs précipitants (+/- épigénétique)

- **Facteurs précipitants** :

Harcèlement scolaire, moqueries

Déménagement

Rentrée en 6è

Traumatisme : décès , maladie, accident, abus sexuel ...

MAIS ces facteurs ne sont pas la cause +++

Sur 3 personnes violées une n'aura pas de TCA, une une anorexie mentale, une une hyperphagie boulimique par exemple (car terrain génétique de TCA)



Qui dit génétique dit **DECULPABILISATION** des patients et de leur famille
Mais certains vont quand même culpabiliser car génétique ...



« Accuser les autres c'est souvent éviter de se remettre en question »

ENFANT/ADO

C'est de la faute de ses parents !



De lui !

De la prof !



La Génétique

pour
les nuls



ADULTE

C'est de TA faute !



Se remettre en question = accepter les DIFFERENCES Génétiques

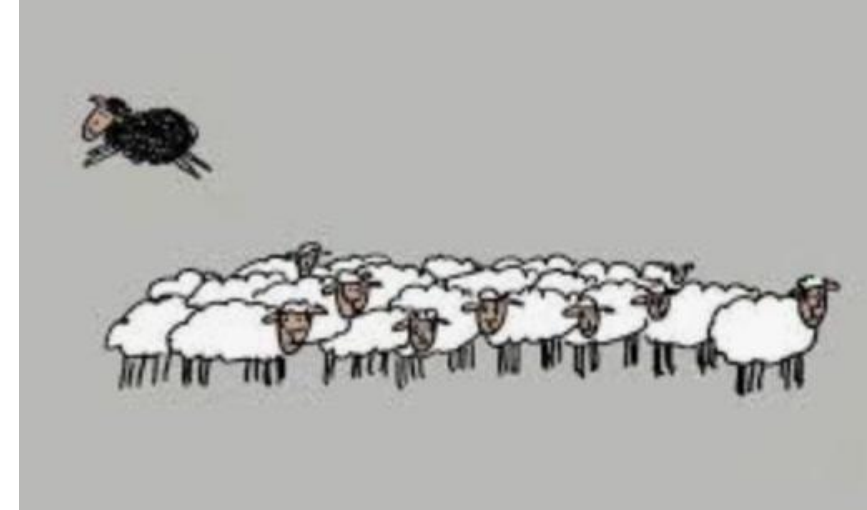


TOLERANCE

Le conformisme, ou comment l'être humain devient un mouton



Le conformisme



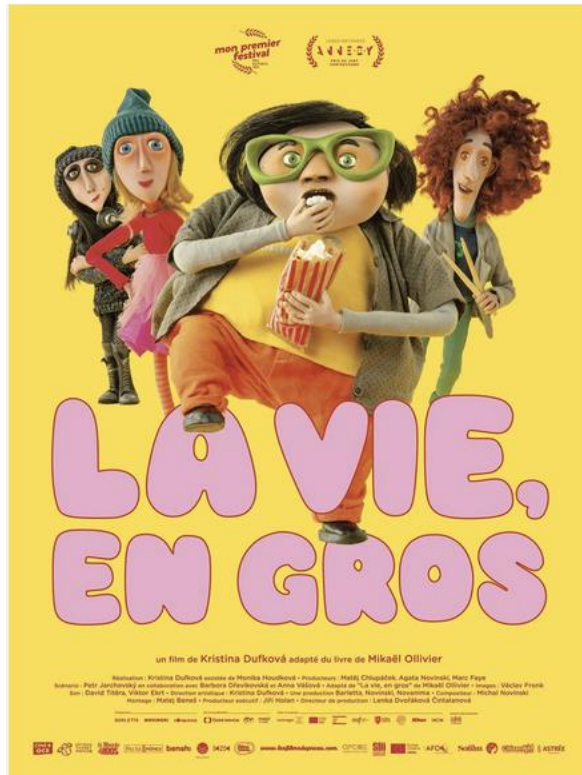
Regardez bien ces lignes verticales. Selon vous, parmi les lignes 1, 2 et 3, laquelle est identique à la ligne A ?



Expérience de Asch



Films récents sur les gros, TSA, TDAH, AN...



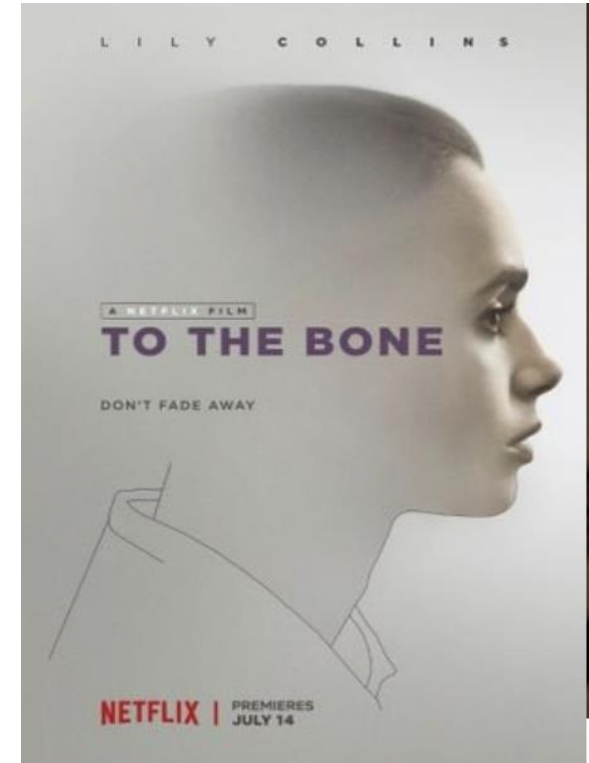
2025



2025



2024

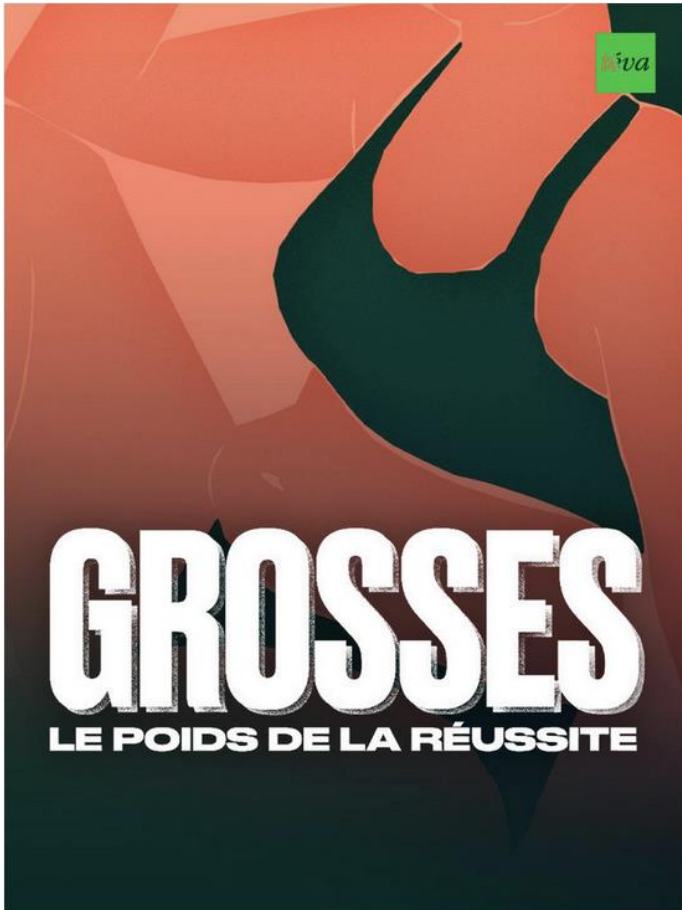


2017





Documentaires surpoids



Aline Thomas – journaliste - 2022





**“C’est dommage, t’as un si beau visage”,
“t’as pris du poids, tu te laisses aller : attention l’été arrive !”,
“tu pourrais être si jolie pourtant !”.**

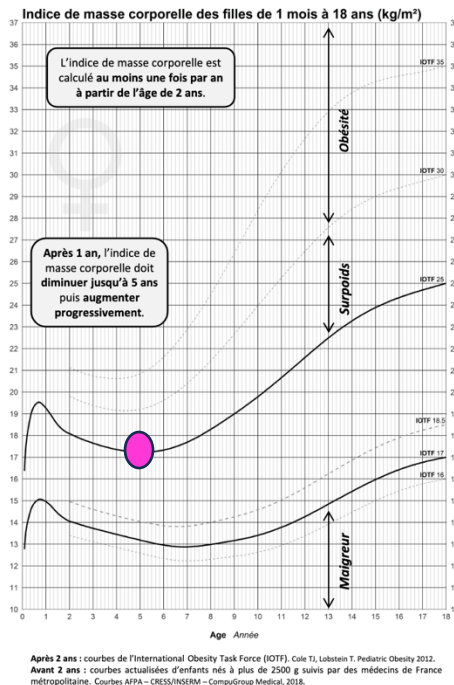
Ces phrases, c’est le quotidien des personnes grosses. Non être gros n’est pas un gros mot.

Y aussi les phrases du genre
“J’ai mangé comme une grosse ce midi !”.

La grossophobie, ce ne sont pas juste les insultes frontales genre
“espèce de grosse vache”.

La grossophobie médicale

- X 13 ans, a vu un pédiatre sur Rouen qui lui a dit qu'elle était en obésité morbide !! a basculé dans une anorexie mentale secondaire
- Travail de réassurance et restructuration cognitive





FRAICHES



« Avant j'étais comme un éléphant dans un magasin de porcelaine.

Quand on se débarrasse de sa grossophobie intérieure, on redécouvre qui on est et on prend conscience de sa propre valeur . Et on s'autorise à devenir celle que l'on veut être ! C'est à cette seule condition qu'on peut changer les règles du jeu et s'autoriser à être celle qu'on veut être en pleine conscience.

J'ai arrêté les régimes depuis plusieurs années. Je suis toujours journaliste, mais je me suis autorisée à investir l'endroit qui m'a le plus exclue en créant ma marque de vêtement de grande taille.

Impact des réseaux sociaux, désinformation



La starlette Manon Tanti ou l'influenceuse Lufy font la promotion de produits minceur sur Instagram, contre rémunération. Capture d'écran/Instagram



Mai 2025

Vente de produits amincissants, conseils de jeûne, pseudo diététicienne

Influences masculinistes etc....

A l'inverse en Afrique du Nord les corticoïdes sont détournés pour grossir !!

Aborder la discrimination

Harcèlement ? Refus d'embauche ?



- **Site internet du défenseur des droits** : 7 juristes à Paris recueillent les plaintes
- 140 000 personnes demandeuses en 1 an dont 8000 pour discriminations
- En civil ne pas apporter de preuves
- En pénal oui rapporter les preuves
- <https://www.defenseursdesdroits.fr>
- Un enfant peut saisir le défenseur des droits (numéro d'appel , formulaire, délégués en seine maritime) > hyper réactifs > interviennent dans les 24h.



The screenshot shows the top navigation bar of the 'Défenseur des droits' website. The navigation menu includes: DEMANDER DE L'AIDE, CONNAÎTRE LE DÉFENSEUR DES DROITS, CONNAÎTRE VOS DROITS, FORMATION ET SENSIBILISATION, RESSOURCES ET PUBLICATIONS, and ACTUALITÉS ET ÉVÉNEMENTS. Below the navigation bar, the breadcrumb trail reads 'Accueil > Nous contacter'. The main heading is 'Nous contacter', dated '04 août 2023'. Below the date are social media icons for Facebook, LinkedIn, X, Email, and a link icon. The text states: 'Le Défenseur des droits est joignable par téléphone, par formulaire en ligne, par courrier ou dans les permanences de ses délégués pour répondre à vos questions sur vos droits.'

3- Aborder le diagnostic

- Explorations et bilans complémentaires
- Chercher les comorbidités psychiatriques
- Annoncer le diagnostic
- Thérapeutiques à proposer au patient

RESSOURCES en ligne

Recos HAS

Anorexie

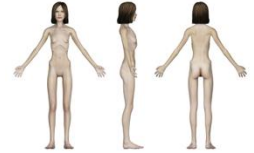
Boulimie- BED

Surpoids enfants/adultes

PNDS Anorexie pré pubère

Explorations et bilans complémentaires

Éliminer les autres causes de dénutrition



• PEDIATRIE

- Cancer (IRM cérébrale), lymphome (EPP LDH)
- Maladie de Crohn (VS CRP NFS EPP ASCA ANCA +/- écho abdo, calprotectine fécale)
- Maladie coeliaque (IgA totales et antitransglutaminase)
- Tuberculose (RP, IDR ou quantiféron)
- Hyperthyroïdie (T4 TSH)
- Insuffisance surrénalienne (ACTH cortisol)
- Megaoesophage (dysphagie aux solides; rare, si doute : TOGD)

• ADULTE

- Explorations guidées par clinique
- Néoplasies, tumeurs du SNC
- Digestives : MICI, malabsorption
- Endocriniennes : hyperthyroïdie, diabète, insuffisance surrénalienne
- Infectieuses : tuberculose, VIH
- Psychiatriques
- Addictions substances

Eliminer les autres causes de surpoids

- PEDIATRIE

- Syndromes génétiques (stt si obésité précoce <6A et rebond < 3A)
- Obésités syndromiques parfois avec TCA et TND (sd Bardet Biddel, Prader Willi, X fragile...)
- Patho. Endocriniennes (stt si ralentissement de vitesse staturale)
- Obésités hypothalamiques (infléchissement du poids, carniopharyngomes...)

- ADULTE

- Syndromes génétiques et obésités syndromiques non diagnostiqués dans l'enfance
- Endocriniennes : hypothyroïdie, hypercorticisme
- Hypothalamiques

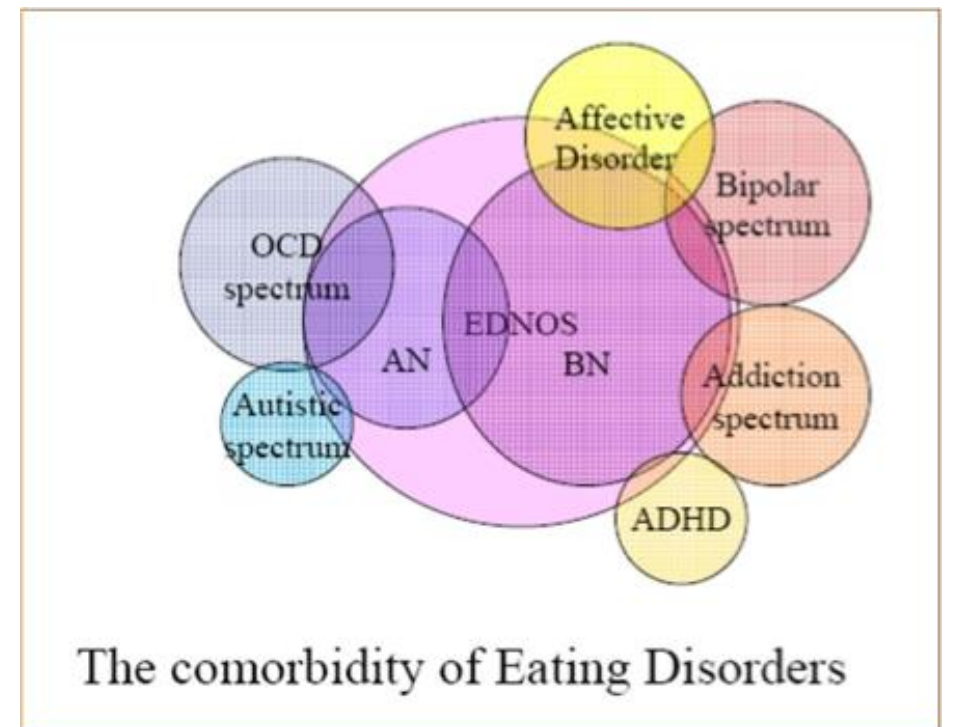
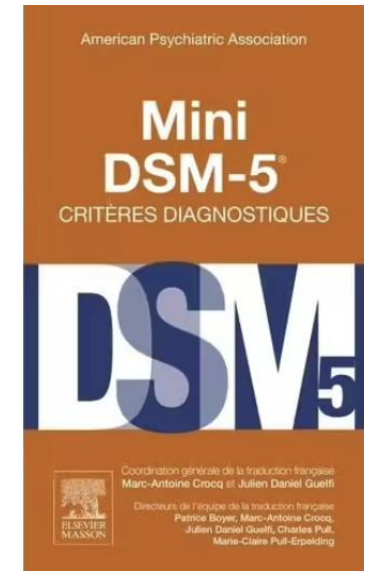
Rechercher des carences

NFS ferritine,
Vitamines ADEC TP B12 folates, B1 B6 PP,
Magnésium, Zinc ...
Albumine Préalbumine



Comorbidités psychiatriques à rechercher

- Troubles anxieux : anxiété sociale fréquente chez les ados
Anxiété séparation, TOC
- Troubles dépressifs
- STPT
- Consommation de substances, alcool
- TND : TSA, TDAH, multiDYS ...





Aborder - Annoncer le diagnostic

- **Déculpabiliser +++** (aborder le côté génétique, non ce n'est pas un manque de volonté etc... et multifactoriel)
- Prendre en considération la **souffrance de la personne** dans sa globalité (psychologique, somatique, social)
- Avec **bienveillance et sans jugement**
- Ne pas se centrer exclusivement sur la problématique alimentaire pour ne pas braquer la personne / se défocaliser de la balance
- Se baser sur les lésions constatées pour **évoquer** le TCA et ses **risques somatiques** (à adapter selon l'âge du patient)
- **Inform**er qu'un **diagnostic et une prise en charge précoces permettent d'éviter la chronicisation** des symptômes et les complications. Que la guérison est possible, et le répéter régulièrement afin de lutter contre le désespoir de ne jamais «s'en sortir»

- Rappeler au patient que **notre rôle de soignant est de l'accompagner** dans son parcours de soins, y compris lors des rechutes
- **Aborder la possibilité de rechutes comme des étapes du processus de guérison** afin qu'elles ne soient plus considérées comme des échecs
- La prise en charge doit contribuer à la reprise de contact avec les centres d'intérêt, les liens affectifs et l'insertion socioprofessionnelle
- **S'appuyer sur les éléments motivant le patient pour avancer dans les soins** (ses projets de vie, ses loisirs, ses relations, ses études et son travail, etc.)
- **Valoriser la personne sur ses points forts, ses efforts, ses succès**, etc. plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes
- **Entendre les témoignages de personnes guéries** peut être très utile et soutenant (groupe de paroles)
- Connaître les **obstacles à l'accès aux soins** afin de les aborder : la honte, la peur du jugement, la méconnaissance des troubles, le déni, le fardeau financier des soins non pris en charge



Thérapeutiques

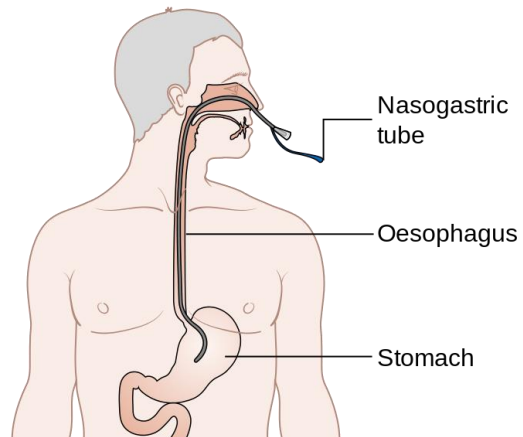
- Prise en charge complexe nécessitant une équipe pluri-professionnelle
- Prise en charge coordonnée réunissant médecin généraliste, médecin nutritionniste, psychiatre et/ou psychologue, diététicienne
- **TCC : thérapies cognitivo-comportementales recommandées en 1^{ère} intention**
- **Psychotropes pour les co-morbidités**
- **Pharmacothérapie spécifique de l'obésité**
- **EMDR/TCC d'exposition pour les TSPT**
- Le but étant de travailler sur diverses dimensions :
 - régulariser les caractéristiques de l'alimentation
 - stratégie de regain pondéral
 - élargir la qualité et la nature des aliments consommés
 - prévenir les manœuvres purgatives
 - travailler sur la perception de l'image corporelle

Renutrition

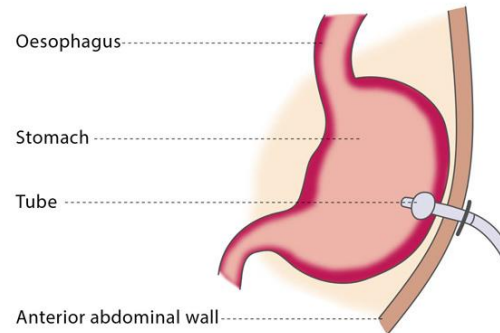
Compléments nutritionnels oraux

Nutrition entérale

Souvent hospitalisation si 1^{ère} prise en charge



Gastrostomy



C'est quoi les TCC ?

- Font suite à des expériences de conditionnement : renforçateurs positifs ou négatifs (récompense ou punition) > l'organisme garde ou change ses comportements en fonction de leurs conséquences
- **Dans les TCC, les cibles de l'action thérapeutique sont les comportements du patient** (qui englobent les pensées et les émotions).
- On va essayer de comprendre à chaque fois : **qu'est-ce qui fait que le comportement (dysfonctionnel) du patient se maintient** (voire même s'aggrave) ? Pour cela, nous allons faire une analyse fonctionnelle (AF). L'AF est donc une hypothèse comportementale visant à expliquer (la mise en place et) le maintien du comportement problème.
- La thérapie aura pour **objectif de mettre en place de nouveaux apprentissages qui aboutissent à un comportement plus fonctionnel (qui ne fait pas souffrir)**.

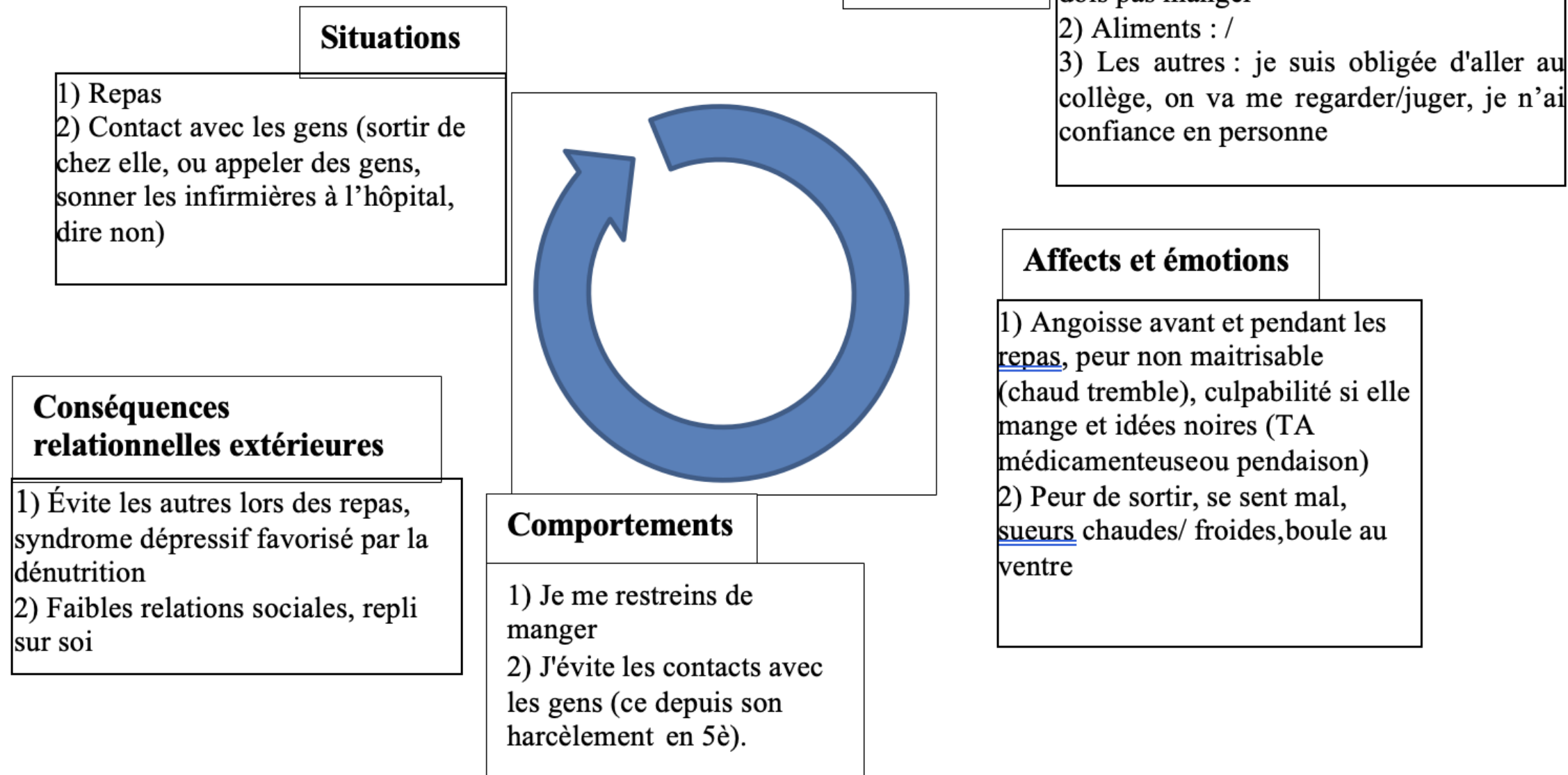
R - = suppression d'un stimulus aversif

R + = ajout d'une conséquence positive

ANALYSE FONCTIONNELLE : SORC

Etude de Cas : Anne

S Situation (stimulus)	O Organisme (facteurs internes)	R Réponse (comportement)	C Conséquences (effets)
Elle a reçu un 13/20 à un examen alors qu'elle s'attendait à une meilleure note : pensées déclanchante : je n'ai pas le niveau pour cette formation, je ne suis pas douée	Emotions : tristesse, colère, honte Croyance : manger va me reconforter Facteurs physio : faim conséquence restriction + Fatigue	Compulsions alimentaires : Perte de contrôle : Chips ++++ Saucisson ++++ Réactions observables (rougir) et réactions cognitives	Court terme : soulagement, apaisement, tranquillité Long terme : Honte, prise de poids
Déclencheurs du comportements Pensées, émotions, souvenir, interaction sociale, ...	Ce qui est interne à l'individu Croyances, pensées automatiques, expériences passées, ...		Effets immédiats et à long terme



TCC

- Alliance thérapeutique
- Entretien motivationnel
- **Psychoéducation** des aliments/repas
- Analyses fonctionnelles
- **Carnet d'auto-observation** alimentaire
- **Techniques cognitives** : Remédiation cognitive des fausses croyances/pensées dysfonctionnelles
- **Techniques comportementales** : Expositions (imaginaires, jeux de rôle, réelles), travail sur l'estime de soi, l'affirmation de soi
- **Techniques émotionnelles** : Outils de relaxation, méditation pleine conscience.

**Situation
déclenchante:**
Patiente qui parle très
peu et lentement

Mes émotions :
agacement

Les conséquences :
Réponses laconiques
et lentes (« je sais
pas »)
moi : Je ne sais pas
quoi faire!

**Mes pensées
automatiques :**
Elle n'a rien n'a dire,
elle ne veut pas
changer

Mes comportements
je questionne de plus
en plus, je m'agite

Entretien motivationnel

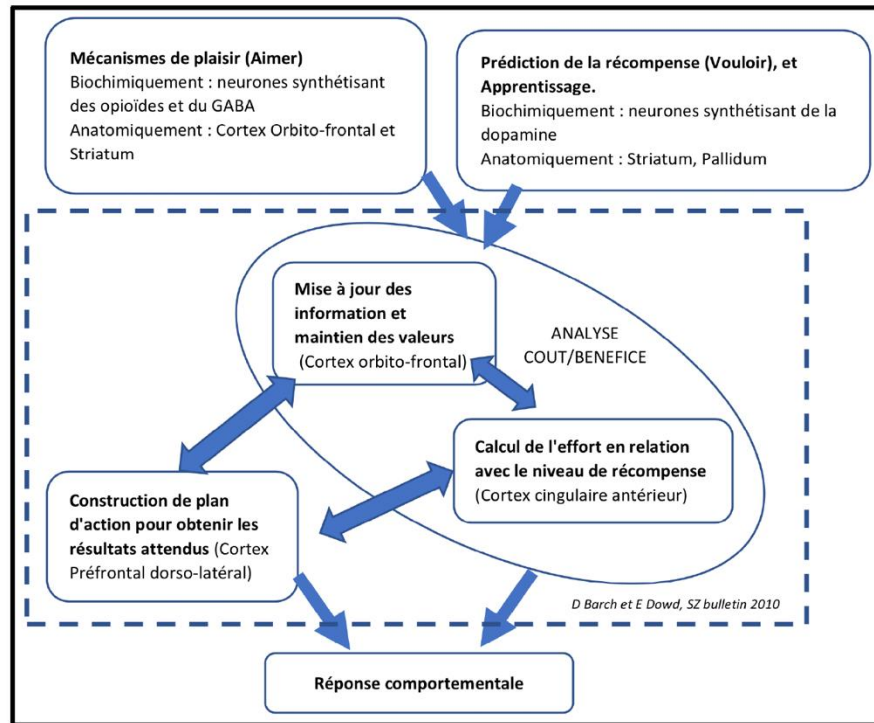


Figure 3. Présentation synthétique des principales régions cérébrales et voies de neurotransmission intervenant dans le processus de choix amenant à réaliser un acte.

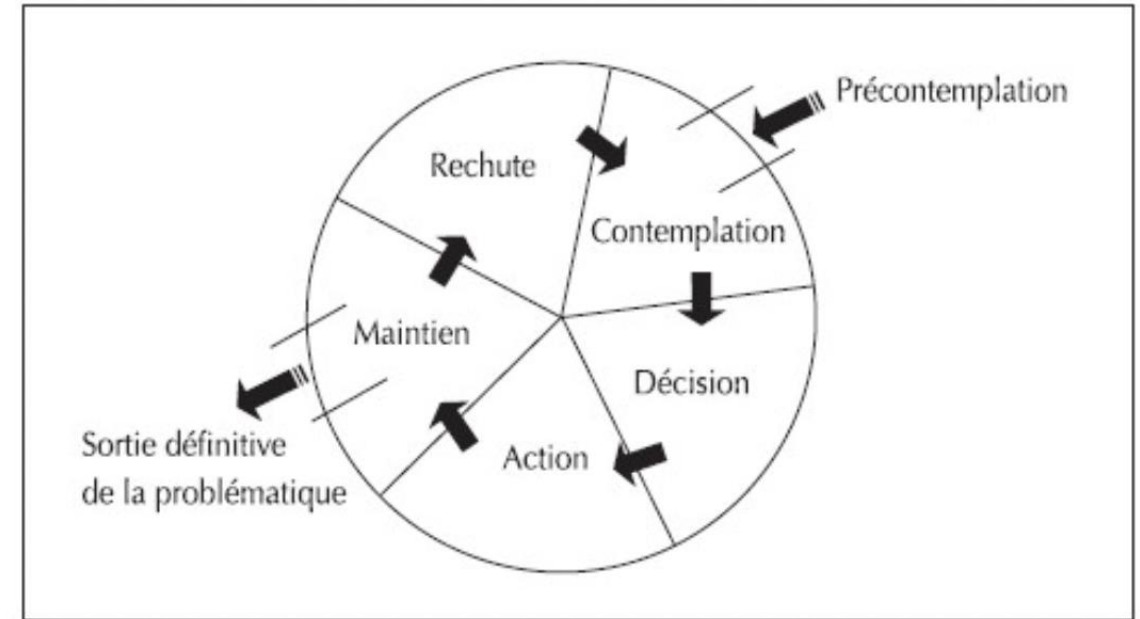


Figure 4. « Modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente » (Rossier, Zimmermann et Besson,

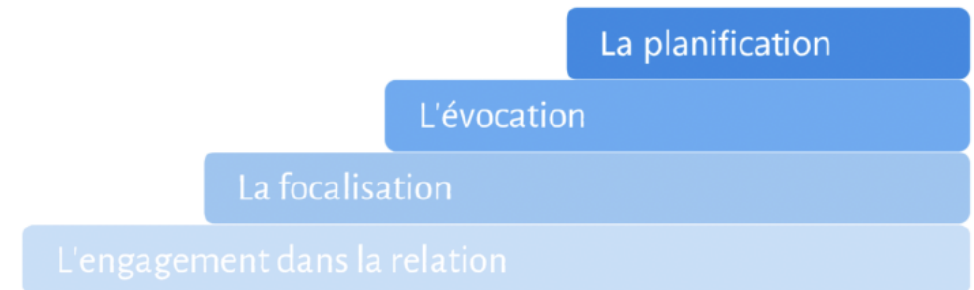


Figure 5. Les 4 processus de l'entretien motivationnel (figure reprise du site de l'AFDEM, s. d.). Focalisation = se focaliser sur un objectif partagé. Évocation = Favoriser l'évocation du changement.

Psychoéducation des aliments/repas/IMC/TCA

- Aspects nutritionnels des aliments
- IMC normal /génétique, analyse de courbe
- Comment fonctionne un TCA, les risques, cercle vicieux
- Effets de l'exercice physique
- Importance d'avoir 4 repas par jour, à heures régulières, éviter le jeûne dans les BED
- Manger dans un lieu adapté et dans un temps raisonnable

Carnet d'auto-observation alimentaire

Fiche alimentaire : initiale

Nom : Date :	Matin	Midi	Après-Midi	Soir/nuît
Heure et durée de repas	8h20- 20 minutes	12h-30 minutes	16h – 5 minutes	19h30 – 30 minutes
Lieu	Hôpital	Hôpital	Hôpital	Hôpital
Seule (<u>2</u>) /en compagnie de qui ?	Seule en chambre	Accompagnée en salle de repas (enfants/ados)	Seule en chambre	Seule en chambre
Qui prépare les repas	Hôpital	Hôpital	Hôpital	Hôpital
Composition de votre repas	Lait 2 pains au lait Compote Pâte à tartiner	2 poires 2 fromages 2 pains (<u>veau-flageolets-carottes non pris</u>)	Yaourt Madeleine à la fraise	Tarte aux poireaux 2 pains 2 fromages 2 clémentines
Avez-vous fini votre repas ?	Oui	Non	Oui	Oui
Sensations physiques après le repas, Précisez et évaluez l'intensité de ces sensations (sur une échelle de 0 à 100)	Se sent lourde à 90%	Boule au ventre 50%	/	Boule au ventre 10%
Idées associées à l'alimentation. Estimez le niveau de plaisir (sur une échelle de 0 à 100)	Dégoût Plaisir 40%	Dégoût Plaisir 40%	Regret Plaisir 60%	Regret Plaisir 60%
Avez-vous vomi, pris des laxatifs, diurétiques, <u>fait</u> des exercices	Non	Non	Non	Non
<u>ou</u> Eu un accès de boulimie ? Si non avez-vous eu envie de le faire ? Précisez et évaluez l'intensité de <u>cette envie</u> (de 0 à 100)				
Autres remarques	/	/	/	/

Véronique,
38 ans, IM65,
110 kg

Contexte d'apparition (heure)	Heure apparition et Durée des compulsions	Cognitions AVANT	Cognitions PENDANT	Cognitions APRES	Comportements
« Mon chef de projet m'a formulé une remarque négative sur mon travail alors que je m'étais beaucoup investie » 8H30 matin	11H00 (heure apparition) 10 minutes (durée)	« J'ai envie de quelque chose de sucré pour me calmer, quelque chose pour me remplir »	« Il faut que je m'arrête de manger mais je n'y arrive pas....ça recommence.... »	« Je suis trop bête...j'ai encore pris du poids...je vais me reprendre en mains demain...je ferai attention...je me mets au régime trop c'est trop... »	« Je me suis enfermée dans ma chambre »

- Quel a été l'évènement déclencheur ? Que s'est-il passé dans votre environnement ? De quoi avez-vous pris conscience ? Quels sont les changements autour de vous qui sont responsables des compulsions alimentaires ?
- Quelle a été votre réaction immédiate face à l'évènement déclencheur ? Qu'avez-vous pensé ? Qu'avez-vous fait ?
- Avant-Pendant-Après : pendant que vous mangiez, quelles pensées, quelle émotions ?

L'idée étant de pousser le patient à réfléchir à ses pensées, émotions et sensations physiques avant/pendant/après les repas et/ou compulsions.

Pensées Dysfonctionnelles : exemples

BN + BED

- Je ne dois pas gaspiller la nourriture
- Je ne peux pas refuser un plat que l'on m'offre
- Une grosse contrariété me donne droit à une compensation
- Après la première bouchée de nourriture interdite, il m'est impossible de m'arrêter de manger et il ne me reste plus qu'à continuer
- Maintenant que j'ai commencé à manger, mon régime est fichu et il ne me reste plus qu'à continuer
- Si je prends un kg, je continuerai à grossir jusqu'à ce que je devienne obèse
- Seul le vomissement peut me permettre de contrôler mon poids
- Les aliments « grossissants » tels que les sucreries ou les corps gras, font automatiquement grossir quelque soit la quantité mangée
- Les bonbons et les gâteaux sont des nourritures mauvaises

Anorexie

- Plus je maigris et mieux je me sens
- Mon alimentation conditionne mon équilibre moral et physique
- Maigrir est la solution à mes problèmes
- Je suis fière de ce succès
- Les autres me trouvent mieux depuis que j'ai perdu du poids
- L'absence de mes règles n'est pas un problème

Mon estomac a rétréci c'est pour ça que je ne mange pas

Assouplir la rigidité cognitive > flexibilité

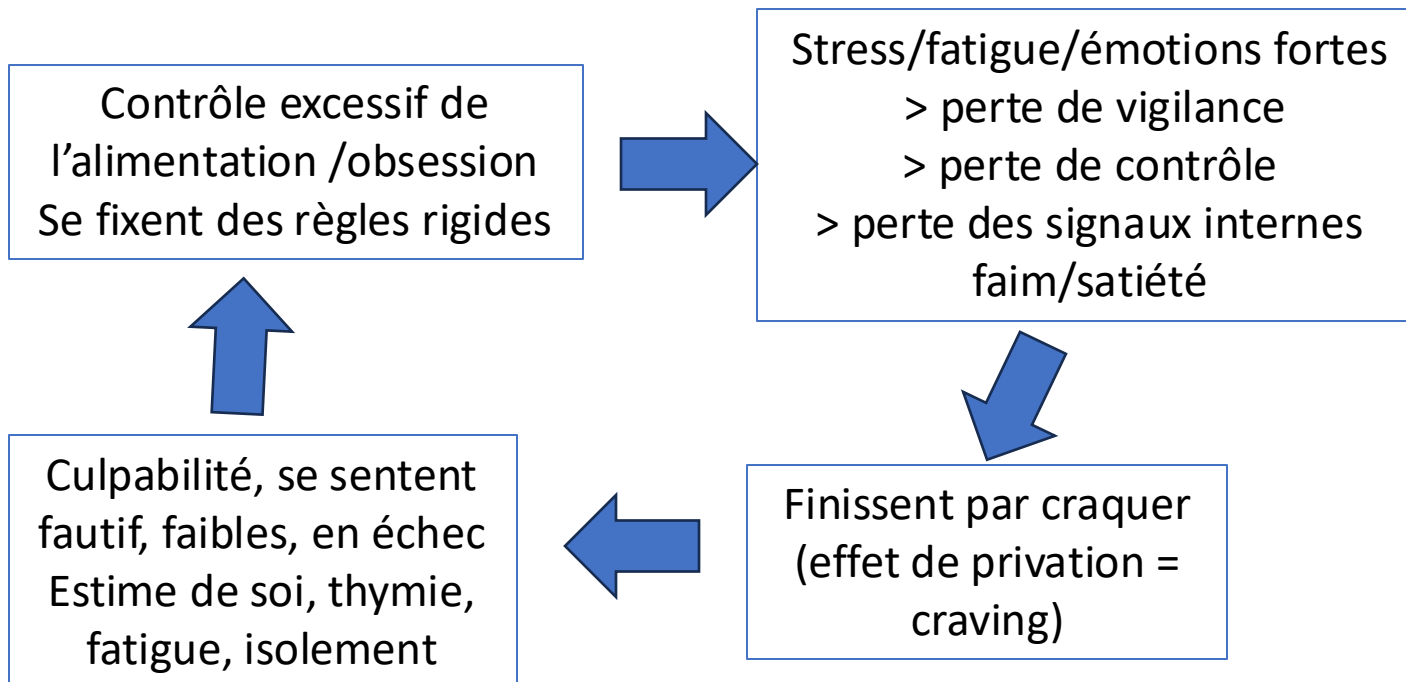


- Pensée figée (fausse croyance, perception, interprétation)
- Pensée dichotomique (sans nuance, blanc/noir)
- Difficulté à changer de stratégie
- Peu de tolérance à l'incertitude, nouveauté, écarts
- Rumination, dévalorisation, anxiété

Donc travailler sur les règles rigides que s'impose le patient :

- 'je ne dois pas manger si je n'ai pas bougé'
- 'si je lâche un peu je perds tout contrôle'
- 'si je ne contrôle pas tout il y aura un problème'

> Favoriser la réflexion, déculpabiliser les écarts, alliance thérapeutique, travailler la motivation par des expériences positives.



COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

- La pleine conscience est un processus attentionnel (être conscient/prêter attention à l'instant présent et ne pas être « harponnée » par ses pensées), implique une attitude **d'ouverture**, **d'accueil**, de **curiosité** (ouvert au moments/expériences difficiles plutôt que de les fuir, d'essayer de les supprimer ou de se battre contre ceux-ci) et une **souplesse de l'attention** (diriger l'attention vers différents aspects de l'expérience).



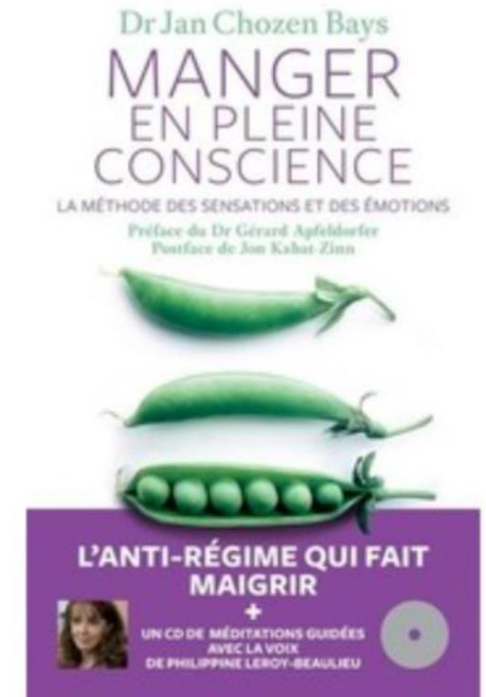
Manger en Pleine Conscience

- **Jan Chozen Bays :**

Manger en pleine conscience : la méthode des sensations et des émotions

Intérêt dans les compulsions alimentaires

- « La pleine conscience consiste à diriger volontairement votre attention et toute votre conscience à ce qui se passe aussi bien à l'intérieur de vous, dans votre corps, votre cœur et votre esprit, qu'à l'extérieur de vous, dans votre environnement. La pleine conscience c'est l'attention sans jugement ni critique »
- Exercices audio de pleine conscience



Axes de travail TCC et TCA

- Le comportement alimentaire
- L'image du corps
- Les ruminations
- Stratégies de contrôle du poids
- Perfectionnisme, estime de soi, dépression

- Emotions
- TSPT



L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)
En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encrant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Autres thérapies – recos HAS

- **Anorexie – HAS 2010**

- **thérapies de soutien**
- **thérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique**
- **thérapies systémiques et stratégiques**
- **thérapies familiales (Modèle Maudsley)**

- **Boulimie ou BED – HAS 2022**

- **thérapies comportementales dialectiques** : si trouble de la personnalité borderline associé
- **thérapies interpersonnelles**
- **thérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique** : après TCC, par un thérapeute connaissant bien les TCA (que pour la boulimie, pas d'indication ds les BED)
- **thérapies familiales (Modèle Maudsley)**

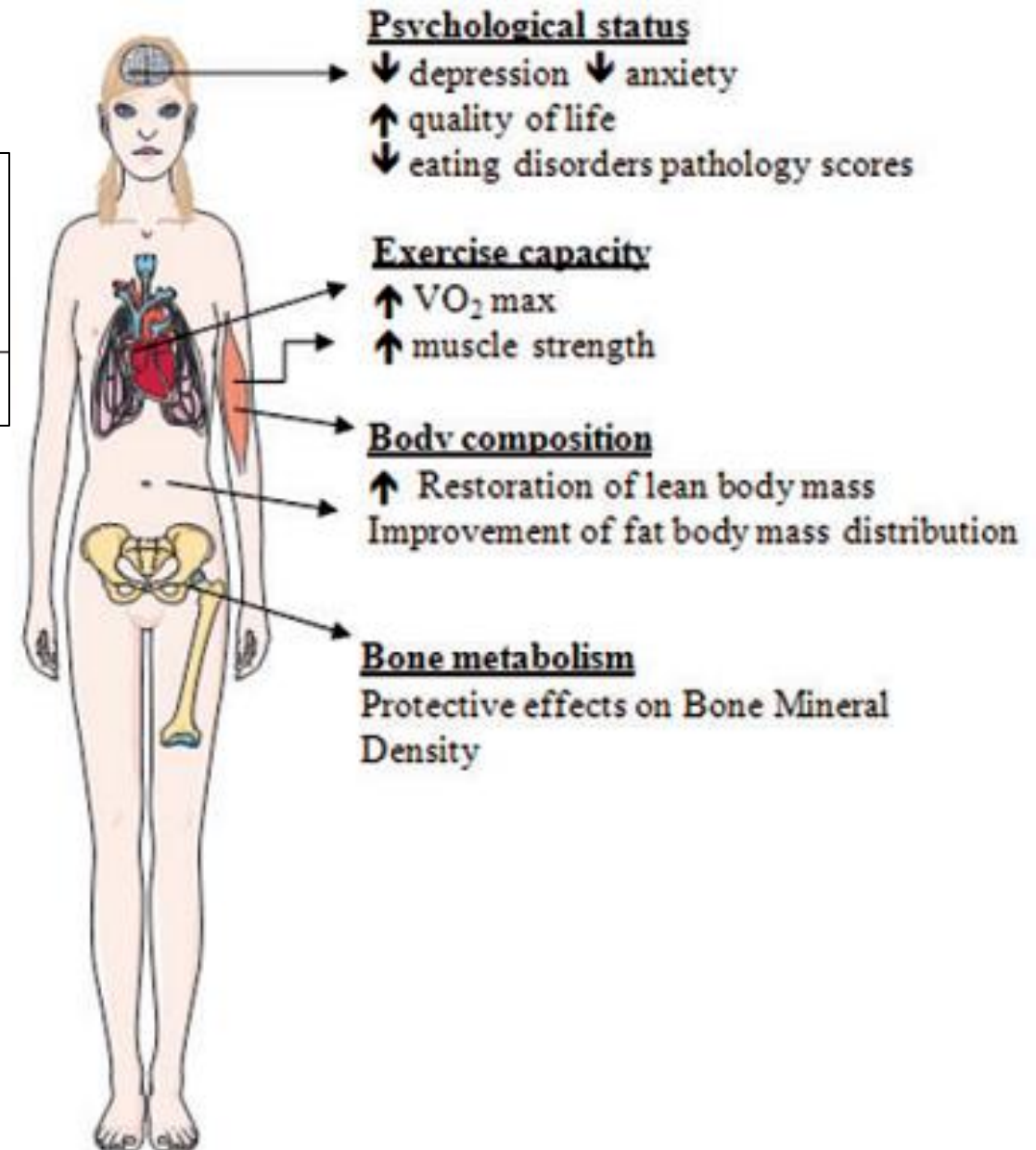
Activité Physique Adaptée

Special Article

Physical activity in patients with anorexia nervosa

Najate Achamrah, Moïse Coëffier, and Pierre Déchelotte

Nutrition Reviews® Vol. 74(5):301–311



SCIENTIFIC REPORTS

OPEN

Maintaining physical activity during refeeding improves body composition, intestinal hyperpermeability and behavior in anorectic mice

Received: 25 September 2015

Accepted: 03 February 2016

Published: 24 February 2016

Najate Achamrah^{1,2,3}, Séverine Nobis^{1,2}, Jonathan Breton^{1,2}, Pierre Jésus^{1,2}, Liliana Belmonte^{1,2,3}, Brigitte Maurer⁴, Romain Legrand^{1,2}, Christine Bôle-Feysot^{1,2}, Jean Luc do Rego^{2,5}, Alexis Goichon^{1,2}, Jean Claude do Rego^{2,5}, Pierre Déchelotte^{1,2,3}, Sergueï O Fetissov^{1,2}, Sophie Claeysens^{1,2,4} & Moïse Coëffier^{1,2,3}

Psychotropes ?

Anorexie mentale – recos HAS 2010

- Pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale
- Certains médicaments tels que les antipsychotiques et les antidépresseurs tricycliques sont à utiliser avec précaution du fait de leurs effets indésirables sur un terrain dénutri (allongement du QT)
- Certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des syndromes spécifiques concomitants (troubles dépressifs, anxieux, TOC) s'ils ne sont pas améliorés par la reprise pondérale: **ISRS, sertraline***

Boulimie – recos HAS 2022

- ISRS = **en 2^e ligne** (si impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée)

Toujours associés à une prise en charge psychologique et multidisciplinaire

Prescription de plusieurs mois nécessaire

Fluoxetine 20 à 60mg/jour

- Topiramate : compte tenu du bénéfice/risque et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé
- Antidépresseurs tricycliques non recommandés dans cette indication
- Les psychotropes peuvent être utilisés **en cas de comorbidités avec des troubles psychiatriques** ; mais attention aux effets secondaires pouvant être aggravés par les troubles métaboliques fréquents (hypokaliémie, déshydratation), et avec une administration à distance des vomissements.

BED – recos HAS 2022

- ISRS = **en 2^e ligne** (si impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée)

Toujours associés à une prise en charge psychologique et multidisciplinaire

Prescription de plusieurs mois nécessaire

Fluoxetine 20 à 60mg/jour

- Les psychotropes peuvent être utilisés dans leurs indications habituelles **en cas de comorbidités avec des troubles psychiatriques** ; en tenant compte du bénéfice/risque de ces traitements, métabolique et pondéral.

ARFID ?

- Prise en charge ? Recherches en cours
- **TCC en 1^{ère} intention, repas thérapeutiques/chaine d'aliments**
- **Cyproheptadine ?** = antihistaminique 1^{ère} génération, en vente libre, effet 2^{ème} orexigène, pas d'AMM,
- France : dernière AMM 1997 "pathologies allergiques, rhinite, conjonctivite, urticaire" adulte et enfant > 6 ans.
- USA : AMM pour l'indication orexigène adultes et enfants > 2 ans.
- Bertrand et al 2021 : E2 hépatiques 0,27 à 1.4/1000 qq soit l'âge (peu fréquent à rare).
- >> à discuter au cas par cas pour passer un cap.



La cyproheptadine est utilisée par les adeptes de la musculation pour induire une prise de poids à des fins esthétiques (illustration).

Résumé

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) met en garde contre un usage détourné de l'antihistaminique PERIACTINE (cyproheptadine).

Disponible en pharmacie sans prescription médicale obligatoire, ce médicament indiqué pour soulager les symptômes de l'allergie est utilisé hors AMM comme orexigène, pour prendre du poids à des fins esthétiques (en musculation par exemple).

frontiers
in Pediatrics

ORIGINAL RESEARCH
published: 29 September 2021
doi: 10.3389/fped.2021.712413



Safety of Cyproheptadine, an Orexigenic Drug. Analysis of the French National Pharmacovigilance Data-Base and Systematic Review

Valérie Bertrand^{1*}, Nathalie Massy², Nancy Vegas^{3,4}, Valérie Gras⁵, Christel Chalouhi^{3,4}, Marie-Pierre Tivolacci⁶ and Véronique Abadie^{3,4,7}

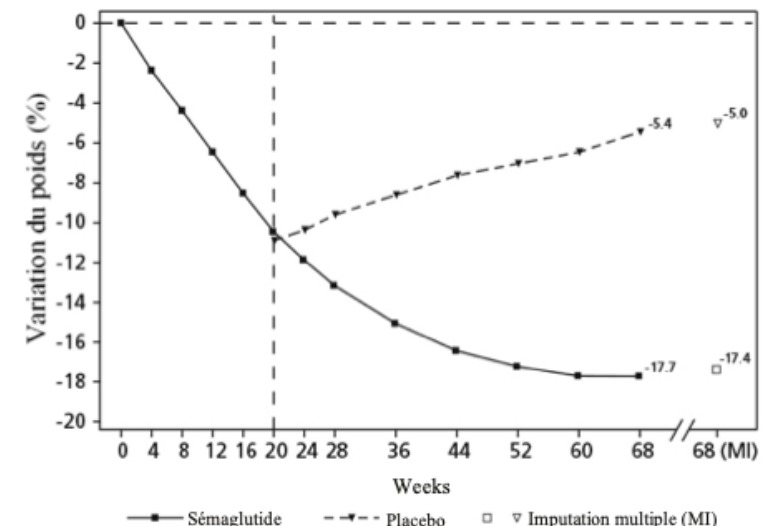
Traitements de l'obésité

- Analogues du GLP1 +- GIP – Indication Obésité – 2nde intention
- JAMAIS de prescription de première intention
- TOUJOURS prise en charge pluridisciplinaire et prescription après début de prise en charge diététique, psychologique, AP...
- Nécessité d'éduquer le patient++ sur alimentation sous traitement
- Prévenir de l'effet suspensif
- Principal frein à la prescription : coût
- Pas d'étude selon présence d'un TCA ou non
- Expérience :
 - Diminue les compulsions alimentaires
 - Diminue les quantités aux repas
 - Diminue/change les envies alimentaires
 - Diminue les obsessions alimentaires

WEGOVY* Semaglutide
MOUNJARO* Tirzepatide



Figure 3 STEP 4 : Variation moyenne du poids corporel (%) entre la semaine 0 et la semaine 68



Rôle de l'entourage

- Eviter les commentaires et les jugements sur le poids et l'image corporelle
- Essayer d'être à l'écoute sans être sur protecteur
- Communiquer++ essayer d'en parler pour aider la personne qui souffre de TCA
- **En pédiatrie** : inclusion nécessaire de la famille dans le processus de prise en charge que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire +++
- Entretiens enfant/ado seul, parent seul, puis +/- les 2 ensemble
- Ils sont là en soutien mais l'enfant/ado/adulte va se sortir de là seul : permet d'éviter que certains parents soient trop 'présents' dans le processus de psychothérapie.
- **TCC + famille = thérapie familiale de Maudsley (Family Based Treatment)** = psychothérapie protocolisée et basée sur des preuves dans la littérature pour les adolescents atteints d'Anorexie. Aide les familles à externaliser la maladie et aide les parents à établir des limites aux comportements qui permettent la malnutrition, tout en leur fournissant des outils concrets pour fournir un soutien émotionnel à leur enfant ou à l'adolescent. Trois phases de traitement. Surtout utilisée en Angleterre, moins connue en France.

4- Orientation, coordonner ville et hôpital

- Accompagnements en soins primaires
- Les consultations spécialisées
- Spécificités du parcours enfant

20 minutes

Objectif : Orientation - Coordonner la ville et l'hôpital

Les consultations spécialisées au GHH

- **Enfants/Ado**

Dr Valérie Bertrand

2 Diététiciennes

Orthophoniste Mme Chabanel

Psychologue TCC Mme Ledean

Psychologue EMDR Mme Dairin

> consultations, HDJ, Hospitalisation TP

- En lien MADDO (pédopsychiatres, Dr Stoller)

- **Adultes**

Dr Agnès Aubourg

Diététicienne

Psychologue

Moniteur APA

Consultation TCA

Projet HDJ thérapeutique TCA

Filière Obésité

secretariat.diabeto@ch-havre.fr



Ressources extérieures :

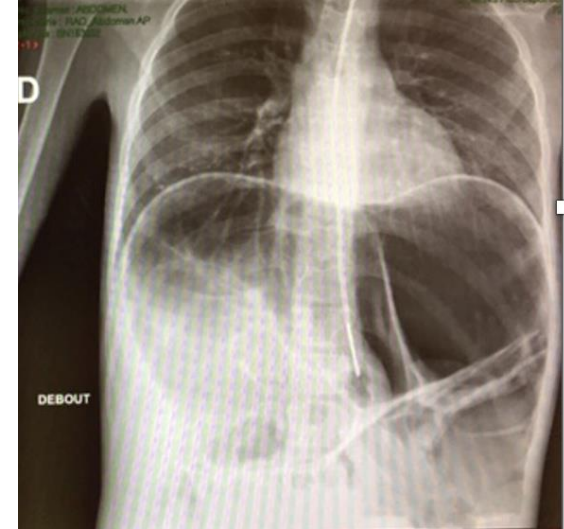
- **Le Havre SSR Les Jonquilles** : Obésité
- **CHU Rouen** :
 - Adultes TCA Unité Erik Satie (Cs) - Obésité : Le Belvédère et Centre Nutrition Bois Guillaume – Centre Spécialisé Obésité
 - Ados unité P Girardin
- **Croix Rouge Française Bois Guillaume** : Hospitalisation SMR TCA
- **Clinique Boucles de la Seine** à Yvetot Comorbidités psychiatriques
- **Paris** unité TCA prépubère Robert Debré, la maison de Solène ...



Quand hospitaliser un TCA ?



- **Critères anamnestiques** : perte 30% poids, >1-2kg en 7j, malaise, épuisement physique, aphagie totale
- **Critères biologiques** : hypoG, acétonémie, insuffisance rénale (urée créat), HypoNa, HypoK, Pancytopenie, cytolyse
- **Critères cliniques** :
 - . Signes de dénutrition majeure : IMC<14 (17-18ans), <13 (13-16ans)
Fc<40/min, tachycardie, Pas <80mmHg, PA <8/5, <35,5° C, ralentissement idéique/verbal
 - . Signes évoquant une aphagie totale : haleine acétonique
 - . Signes évoquant des complications :
syndrome occlusif, confusionnel, céphalées (potomanie)
tachycardie, décalage thermique, purpura, oedèmes, escarres
- **Critères psychiatriques** : idées suicidaires
- **Critères environnementaux** : famille inadaptée, pas de soins ambulatoires
- Réanimation si : confusion, bradycardie extrême à l'éveil, hypotension malgré remplissage, troubles ECG, troubles ionique sévères (convulsions ...)



Sites Internet Numéros pratiques



**ANOREXIE BOULIMIE
INFO ÉCOUTE**

09 69 325 900
Service anonyme

Nouveau numéro non surtaxé (mai 2023)

Une ligne téléphonique

pour les patients, familles, proches et professionnels...

“entre 16h00 et 18h00, des spécialistes
des troubles des conduites alimentaires
répondent à vos questions”

 Psychologues ● LUNDI	 Associations, de familles et d'utilisateurs ● MARDI
 Médecins ● JEUDI	 Ensemble des spécialistes en alternance ● VENDREDI

Conception, réalisation et impression : ATTT Paris - 01 53 94 20 20

RÉSEAU
TCA
FRANCILIEN
www.reseautca-idf.org

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
www.ffab.fr

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France
FNA-TCA
Fédération Nationale des Associations
Anorexie Boulimie
www.fna-tca.org

Information et prévention auprès de la population étudiante :

www.tasanteenunclic.org

Information et sensibilisation grand public, accompagnement
patients et entourage:

www.nourrirlavie.asso.fr (SCOFF-F en ligne)

06 50 97 37 00
contact@nourrirlavie.asso.fr



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia

Recos HAS et PNDS

Synthèse à destination du médecin traitant

Extraite du Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)

Anorexie Mentale à début Précoce (AMP)

Juillet 2022

Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Avec le partenariat méthodologique, Et le soutien financier de la

Avec le partenariat de

Avec la participation de

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AFDAS-TCA
COLLECTIF FRANÇAIS POUR LE DÉVELOPPEMENT DES APPROCHES SPÉCIALISÉES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

FFP

Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

RECOMMANDATIONS

Juin 2010

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FFAB
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage et éléments généraux de prise en charge

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Juin 2019

Post test de connaissances –
Evaluation de la formation