Dr Alain PERROUD - Psychiatre

Anaïs PARROCHE - Psychopraticienne

Pierrick MARTY - Diététicien

A. Restriction des apports énergétiques conduisant à un poids significativement bas

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids

C. Altération de la perception du poids ou de la forme du corps, influence excessive sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle

A. Accès d'hyperphagie récurrents (gloutonnerie) :
   Manger beaucoup et vite
   En perdant le contrôle

B. Comportements compensatoires :
   Vomissements, diurétiques, laxatifs, hyperactivité, etc.

C. Au moins une fois par semaine depuis au moins trois mois

D. Estime de soi fortement influencée par le poids ou la forme du corps

E. En dehors d'une anorexie mentale

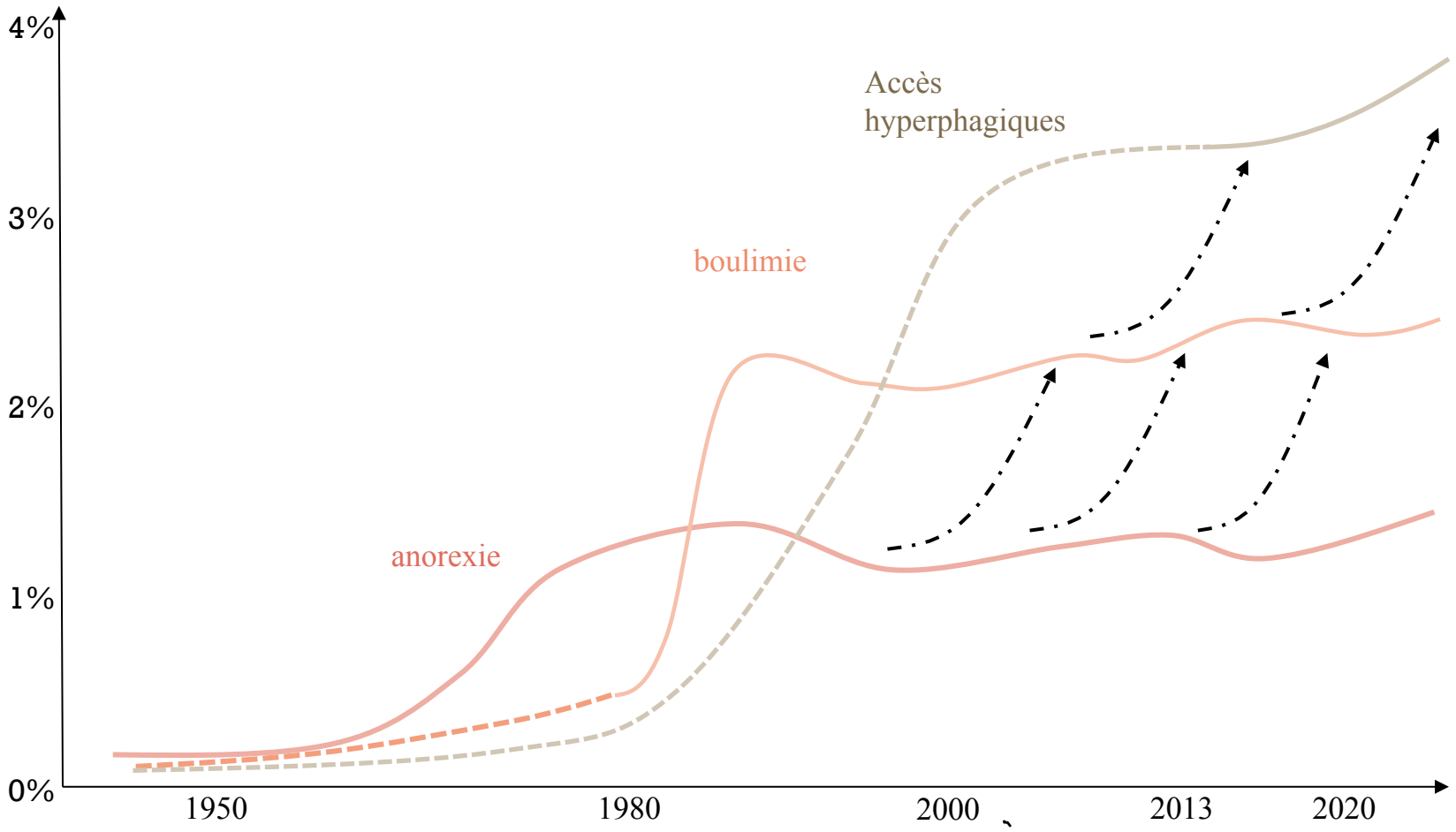
A. Accès d'hyperphagie récurrents (idem boulimie)

B. Avec au moins 3 des critères suivants :
   - Manger beaucoup plus rapidement que la normale
   - Manger jusqu'à distension abdominale pénible
   - Manger beaucoup sans véritable faim
   - Manger seul du fait de la gêne liée aux excès
   - Dégout de soi et culpabilité

C. Les accès hyperphagiques entrainent une détresse marquée

D. Au moins une fois par semaine depuis au moins trois mois

E. Peu ou pas de comportements compensatoires inappropriés


4%
3%
2%
1%
0%
Accès
hyperphagiques
boulimie
anorexie
1950
1980
2000
2013
2020

Staging + prémices

- Surtout des femmes (9 fois sur 10)
- Surtout des ados (12-25 ans)
- Surtout si :
  - Elles sont perfectionnistes
  - Elles doutent de leur valeur
  - Elles sont anxieuses
  - Si elles font de la danse classique et/ou du sport de haut niveau
  - Si elles sont nées en occident

Prémices

- Attention excessive envers le poids et la forme du corps.
- Régimes divers, même avec un poids normal, orthorexie.
- Evitements divers : repas, sorties, relations affectives, etc.

Prodromes

- Retrait, isolement.
- Hyperactivité (physique et/ou intellectuelle)
- Variations du poids
- Changement de caractère (irritabilité, impulsivité, obsessionalité, tristesse…)
- Changement de look (vêtements amples ou trop près du corps, marginalité…)

Détection des TCA-Test rapide SCOFF (1, 2)

1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous 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 ?

Analyse du résultat : deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire et donc la nécessité de consulter un professionnel de la santé.

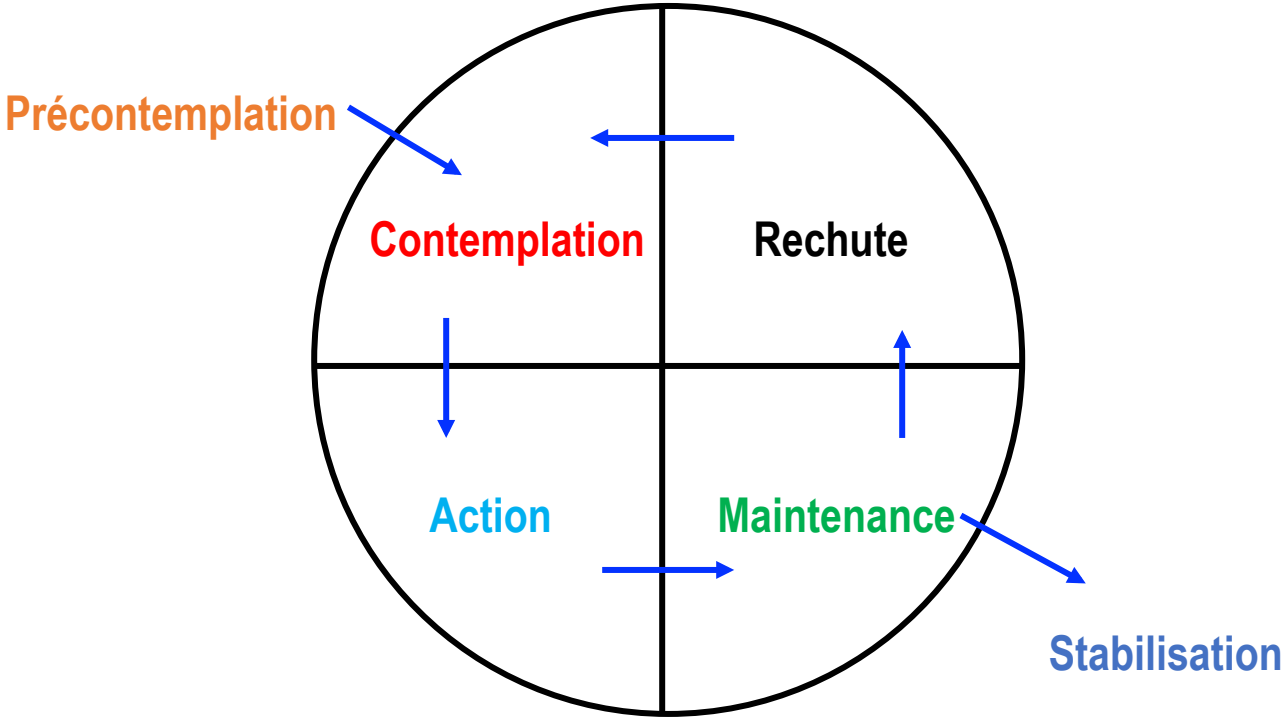
1- Luck A.J. and coll., The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, october 2002.
2- Garcia F.D. and al., Detection of eating disorders in patient : validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire, Clinical Nutrition, Volume 30, Issue 2, , Pages 178-181, April 2011 .

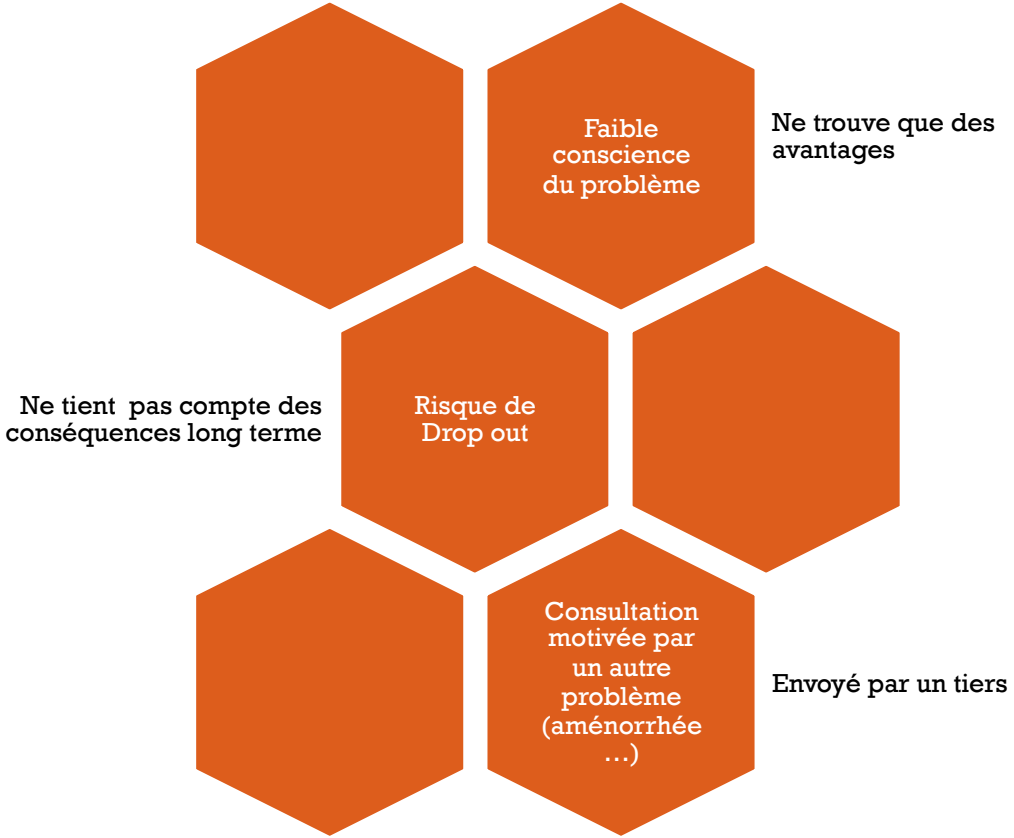
EAT-26 (Eating Attitudes Test-26)

	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 gloutonnerie 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.						

LEICHNER P.[1] ; STEIGER H. ; PUENTES-NEUMAN G. ; PERREAULT M. ; GOTTHEIL N. ; Canadian journal of psychiatry, vol. 39(1): 49-54, 1994.

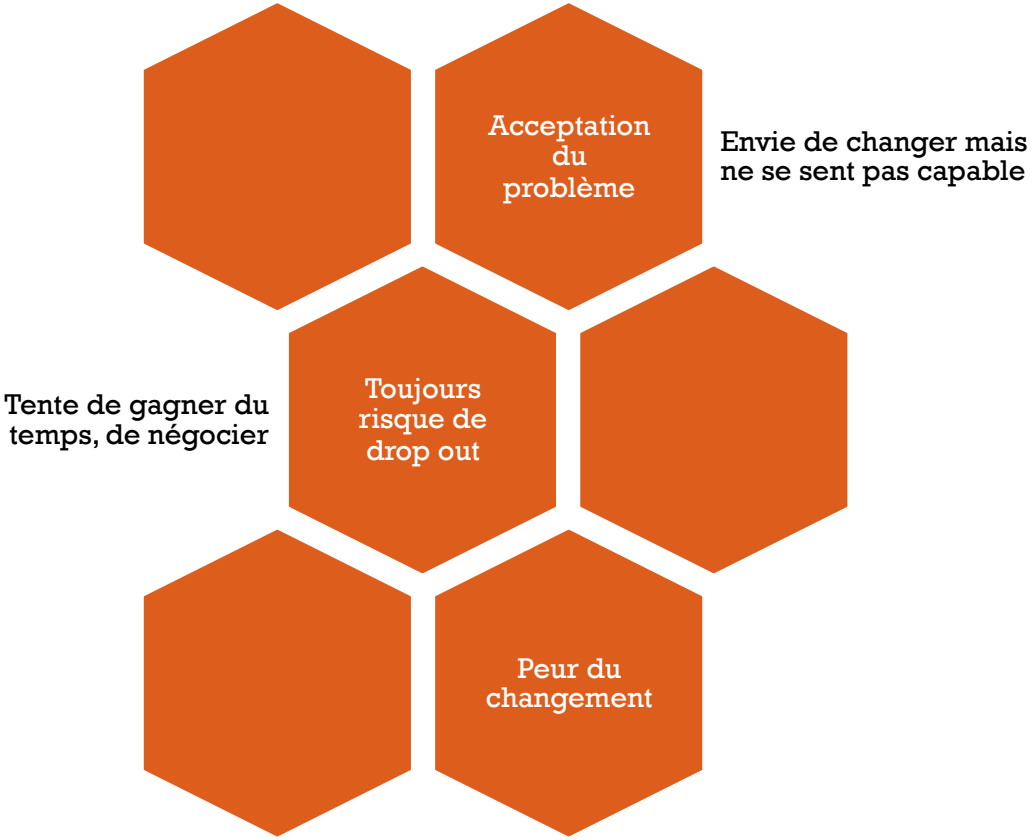
Prise en charge adaptée en fonction des différents stades d’évolution du patient.


Précontemplation
Contemplation
Rechute
Action
Maintenance
Stabilisation

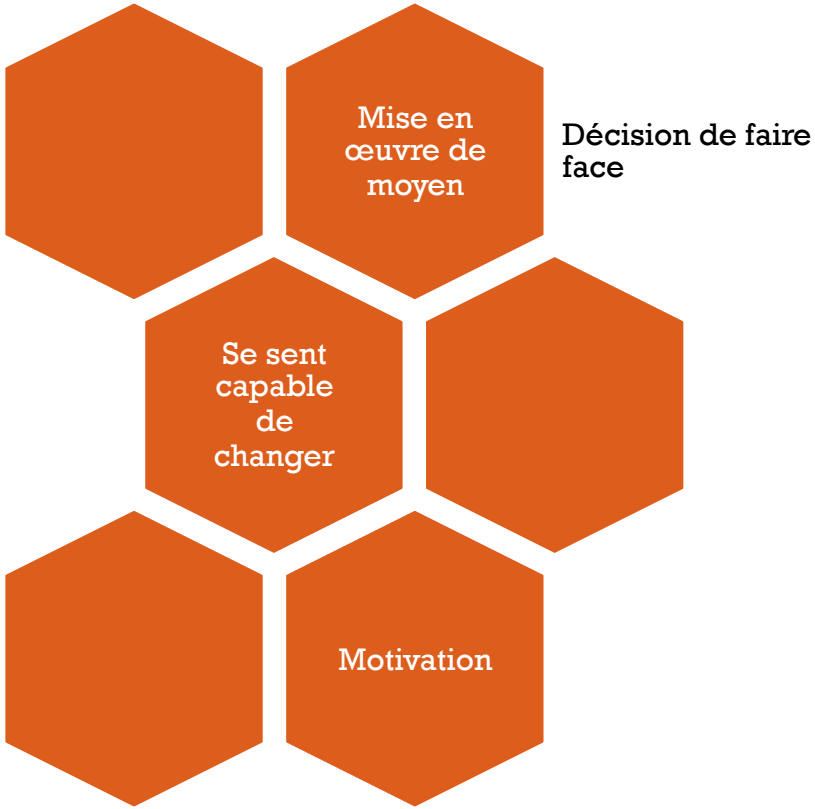


- Donner de l'information pour favoriser la prise de conscience du trouble
- Maintenir le lien en obtenant des rdv moyen terme

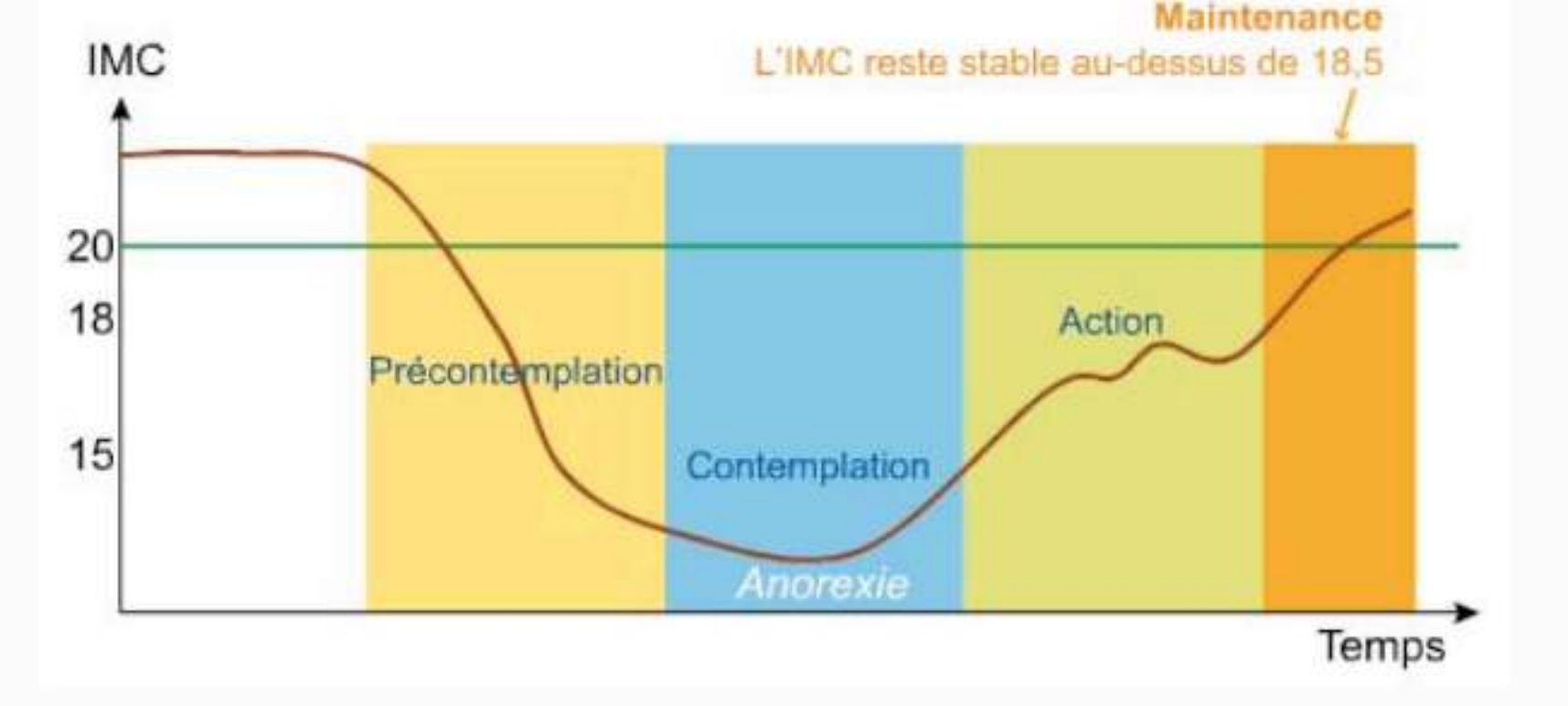
- Ne pas essayer de convaincre
- Ne pas adopter la position de l'expert
- Eviter l'étiquetage diagnostique

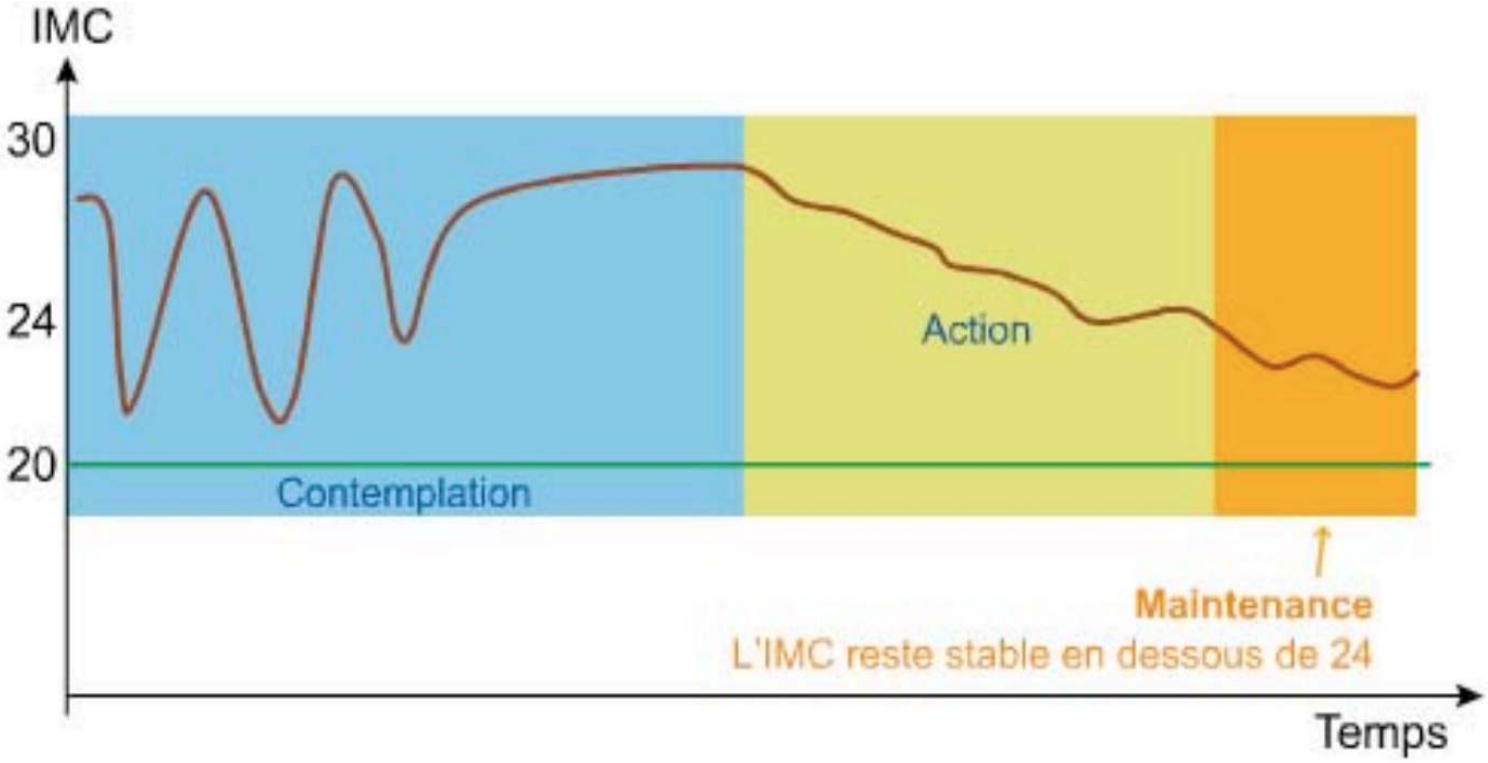


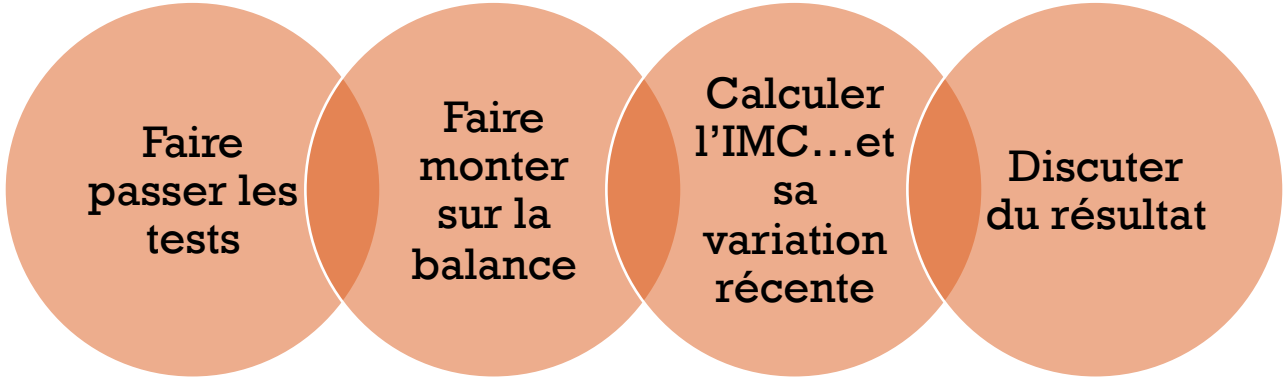
- Exprimer de l'empathie
- Enoncer le conflit d'ambivalence
- Eviter la réactance (pas d'escalade symétrique)
- Encourager le sentiment de compétence personnelle



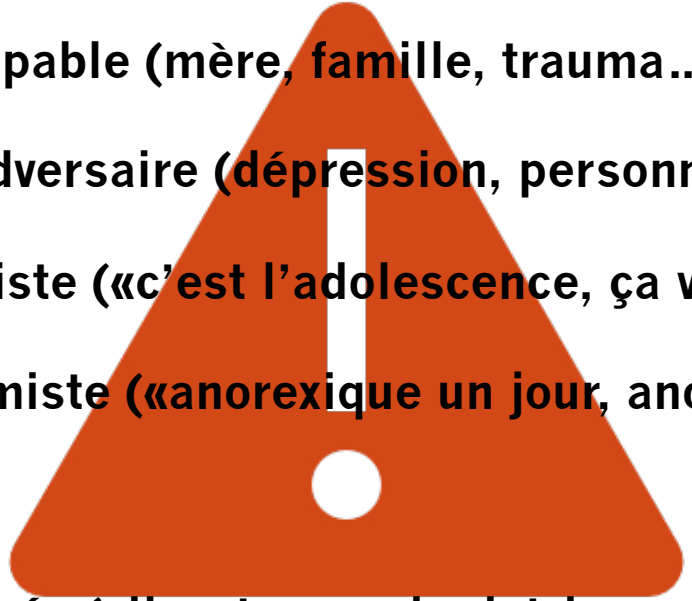
- Encourager à engager l'action
- Aider à constituer l'équipe en orientant
- Hospitalisation si nécessaire (AM/B)
- Association de la famille
- Bilan biologique, ECG…


Maintenance
L'IMC reste stable au-dessus de 18,5
IMC
20
18
15
Précontemplation
Contemplation
Action
Anorexie
Temps


IMC
30
24
20
Contemplation
Action
Maintenance
L'IMC reste stable en dessous de 24
Temps


Faire passer les tests
Faire monter sur la balance
Calculer l'IMC…et sa variation récente
Discuter du résultat

Les écueils de la prise en charge



- Chercher le coupable (mère, famille, trauma…)
- Se tromper d’adversaire (dépression, personnalité, etc.)
- Être trop optimiste («c’est l’adolescence, ça va passer»)
- Être trop pessimiste («anorexique un jour, anorexique toujours»)
- Prescrire
- Avoir des préjugés (clivante, manipulatrice, autodestruction, toute puissance, mensonge, etc.)

Méduse : hypersensible, inconsistante, anxieuse

Autruche : intellectualise, évite de parler des problèmes

Rhinocéros : directif, critique, «rentre dedans»

Kangourou : protecteur, «gentil», fait trop de concessions

Saint-bernard : Bienveillant, secourable, soutenant

Dauphin : montre la voie, accompagne

- Approche thérapeutique différente selon le TCA et son stade
- Si mauvaise PEC, risque:
  - Minimisation voire ignorance du TCA *(ex: jeune fille IMC 21 puis 19 qui souhaite maigrir plus)*
  - Chronicisation du TCA *(ex: statu quo du comportement alimentaire pendant plusieurs mois)*
  - Drop-out
  - Accentuation du TCA *(ex: régime restrictif et du BED)*
  - Discours discordant avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire

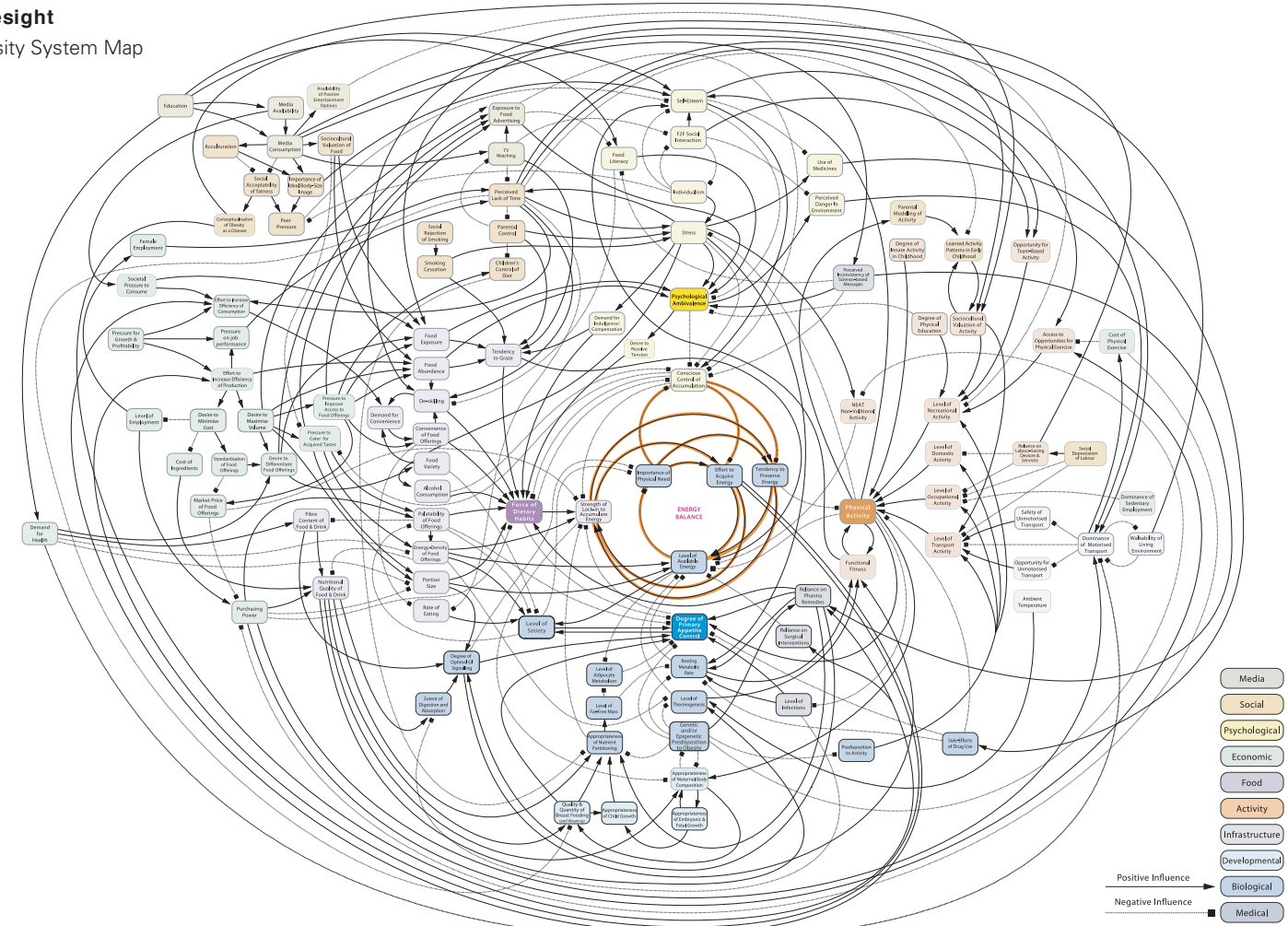
- Qu’est-ce qu’un régime?
- En quoi est-ce nocif?
- Quid de la prescription du régime
  - Pourquoi?
  - Quand?
  - Qui prescrit?

- Pas un simple problème de malbouffe et/ou volonté
  - Approche thermodynamique réductrice de la personne
  - Ils ont la volonté de perdre du poids ++ malgré les différents échecs de régimes vécus.

➔ Légèrement plus complexe…

Foresight

Obesity System Map



- Set-point
  - différents pour chacun
  - ≠ du poids souhaité par le/la patient(e)
- Aider à atteindre le set-point

Comment orienter en fonction du TCA ? Quels types de professionnels ? Ressources

- Médecin généraliste (bilan biologique, ECG, état médical général)
- Service nutrition du CHANGE (aspects somatiques)
- Psychiatre si troubles comorbides (troubles de l'humeur, troubles de la personnalité)
- Clinique des Vallées (hospitalisation complète, de jour, ambulatoire si IMC bas)
- Clinique Saint Vincent de Paul (Lyon)
- Centres référents TCA (Lyon, Grenoble, Saint Etienne)
- Association FFAB, Autrement,

- Que disent les recommandations internationales ?
  - Principalement UK (NICE), ANZ, USA (APA), Canada
  - Pour la boulimie et les accès hyperphagiques : la thérapie comportementale et cognitive en première intention
  - Les ISRS sont utiles, surtout Fluoxétine (et Sertraline pour les plus jeunes)
  - Dans l'anorexie mentale : thérapie de famille (FBT)
  - Aucune médication validée dans cette indication
- Que dit la HAS ?
  - Bof !

Merci de votre attention