

OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE



FORMATION CONTINUE
JEUDI 28 NOVEMBRE 2024

Dr. Loïc Locatelli
Psychiatre – Psychothérapeute FMH
Espace de Soins pour les troubles du Comportement
ALimentaire (ESCAL)
Service de psychiatrie de liaison et intervention de crise
Département de psychiatrie
HUG

MENU

- Le poids psychologique de l'obésité.
- Liens entre obésité et troubles psychiatriques.
- Liens entre obésité et troubles du comportement alimentaires.
- Conseils pratiques.

LE POIDS PSYCHOLOGIQUE DE L'OBÉSITÉ

Dès l'enfance, l'obésité influence la santé psychologique.



L'obésité peut impacter la capacité de régulation émotionnelle, la dynamique de l'attachement et les relations sociales durant les étapes de développement de l'enfance et l'adolescence.

L'estime de soi, l'image de soi et la régulation émotionnelle influencent dès l'enfance le comportement alimentaire.



Article

The Impact of Psychological Health on Childhood Obesity: A Cross-Developmental Stage Analysis

Georgios Feretzakis ^{1,2,*} , Athanasia Harokopou ³, Olga Fafoula ⁴, Athina Balaska ⁵, Antriana Koulountzou ⁴, Efstathia Katoikou ⁶, Athanasios Anastasiou ⁷ , Georgios Zagkavieros ⁶, Ilias Dalainas ⁶ and Georgios Gkritzelas ³

LE POIDS PSYCHOLOGIQUE DE L'OBÉSITÉ

Chez l'adulte, l'obésité peut aussi avoir des impacts psychologiques négatifs via :

- Une baisse de la qualité de vie.
- Une faible estime de soi.
- Un isolement social.
- Une stigmatisation liée au poids : notion de «sizeism» impliquant qu'une personne en situation d'obésité manquerait de volonté et de discipline et qu'elle serait responsable à 100% de son état.
Cette stigmatisation peut mener au suicide.

[Home](#) > [Monitor on Psychology](#) > [2022](#) > [March](#) >

NEWS

The burden of weight stigma

Weight gain is on the rise, but shaming people won't reverse the trend

By [Zara Abrams](#) Date created: March 1, 2022 9 min read

Vol. 53 No. 2

Print version: page 52

OBÉSITÉ ET MALADIES PSYCHIATRIQUES

Ce qu'en dit le DSM-5 :

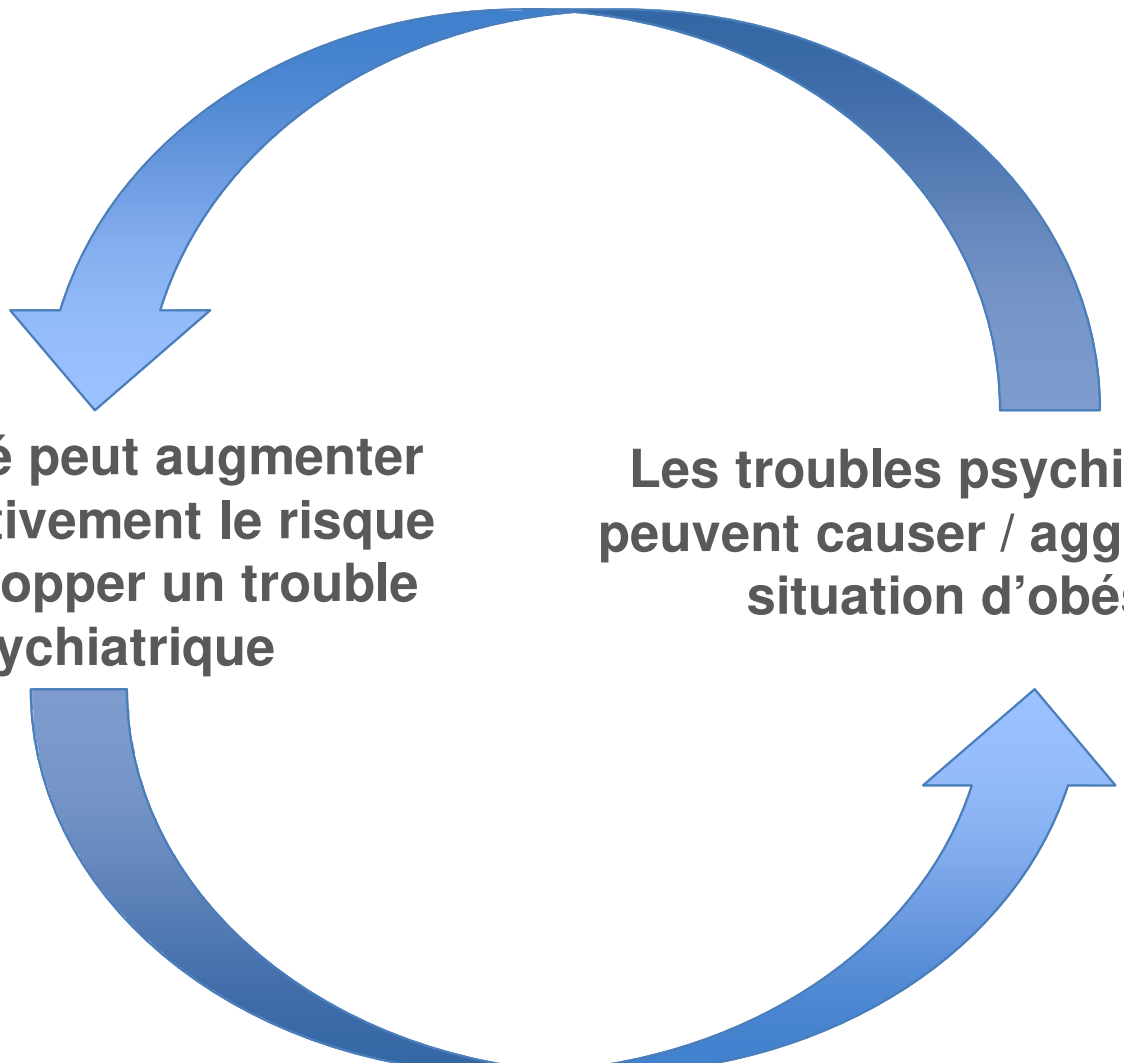
- L'obésité n'est pas considérée comme un trouble mental mais comme un facteur de risque de développement / exacerbation de certains troubles mentaux.
- Ses conséquences psychologiques peuvent nécessiter une prise en charge spécialisée.
- Les effets secondaires de certains médicaments psychotropes peuvent contribuer au développement d'une obésité.



ISBN 2294739299

LIENS ENTRE OBÉSITÉ ET MALADIES PSYCHIATRIQUES

Il existe un **rôle bidirectionnel** entre l'obésité et les maladies psychiatriques :



L'obésité peut augmenter significativement le risque de développer un trouble psychiatrique

Les troubles psychiatriques peuvent causer / aggraver une situation d'obésité

OBÉSITÉ => MALADIES PSYCHIATRIQUES

Les troubles psychiatriques sont surreprésentés chez les personnes en situation d'obésité :

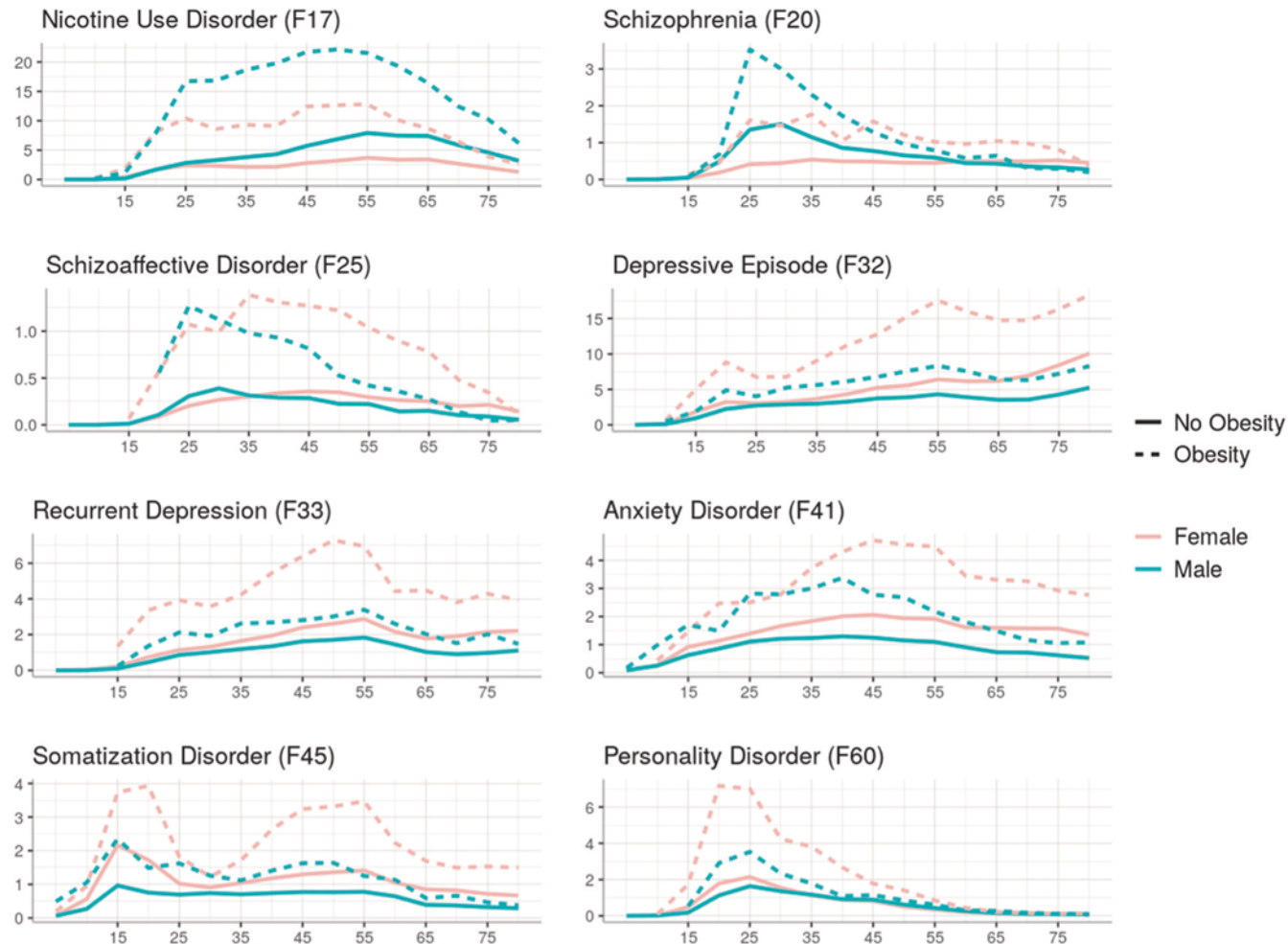


Fig. 3 Diagnosis rates for common psychiatric comorbidities stratified by presence and absence of a diagnosis of obesity (ICD-10: E66) and by sex. Gender gaps towards male overrepresentation are seen in schizophrenia and nicotine use disorders, while all other comorbidities were showed increased risk in females. Gender gaps further widened in the presence of a diagnosis of obesity.

Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life

OBÉSITÉ => MALADIES PSYCHIATRIQUES

Des hypothèses neurobiologiques :

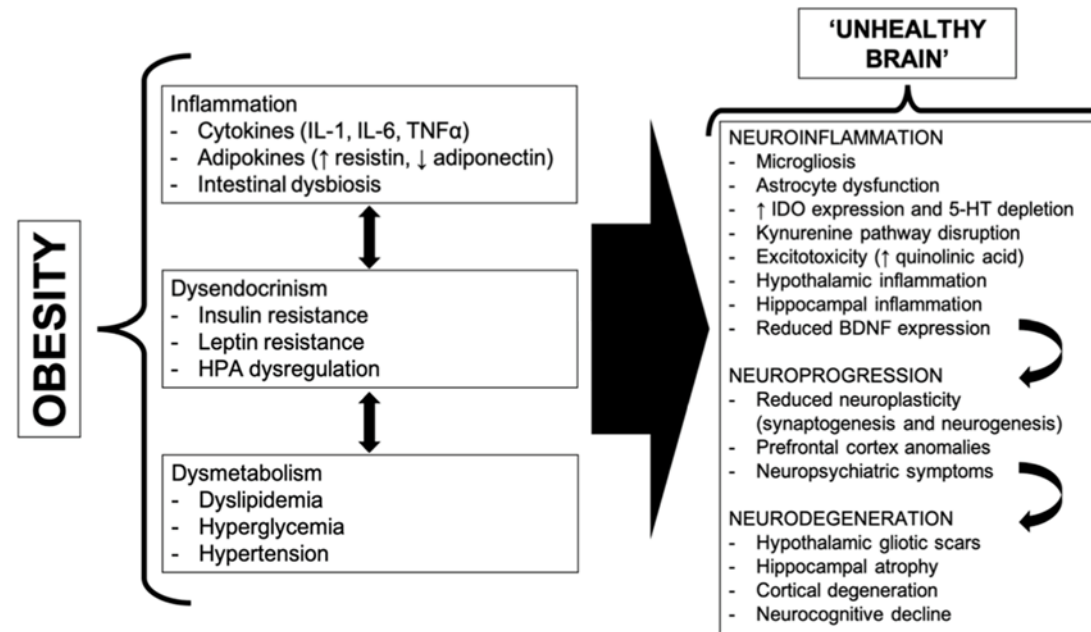


Figure 1. Theoretical model attempting to delineate some of the most significant pathobiological mechanisms, currently thought to explain the link between obesity and brain function. Acronyms—IL-1—interleukin 1; IL-6—interleukin 6; TNF α —tumor necrosis factor alpha; HPA—hypothalamus–pituitary–adrenal; IDO—indoleamine-2; 3-dioxygenase; 5-HT—5-hydroxytryptamine; BDNF—brain derived neurotrophic factor.

Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life

Michael Leutner^{1,5}, Elma Dervic^{2,3,5}, Luise Bellach¹, Peter Klimek^{2,3}, Stefan Thurner^{2,3} and Alexander Kautzky⁴

TROUBLES PSYCHIATRIQUES => OBÉSITÉ

Les troubles psychiatriques peuvent favoriser la prise de poids en raison de **comportements alimentaires désordonnés**, d'une forte tendance à la **sédentarité** et/ou des **effets secondaires de psychotropes**.

Un exemple

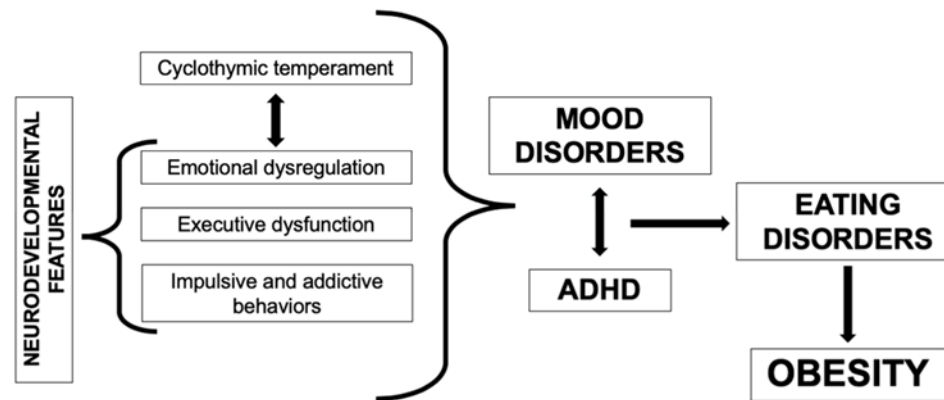


Figure 2. Obesity-related neuropsychiatric syndromes display a substantial overlap or homology, suggesting the existence of a common psychopathologic ground for the emergence of maladaptive eating behaviors, which can lead to obesity in the long run.

Obesity as pleiotropic risk state for metabolic and mental health throughout life

Michael Leutner^{1,5}, Elma Dervic^{2,3,5}, Luise Bellach¹, Peter Klimek^{2,3}, Stefan Thurner^{2,3} and Alexander Kautzky⁴

L'OBÉSITÉ ET LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

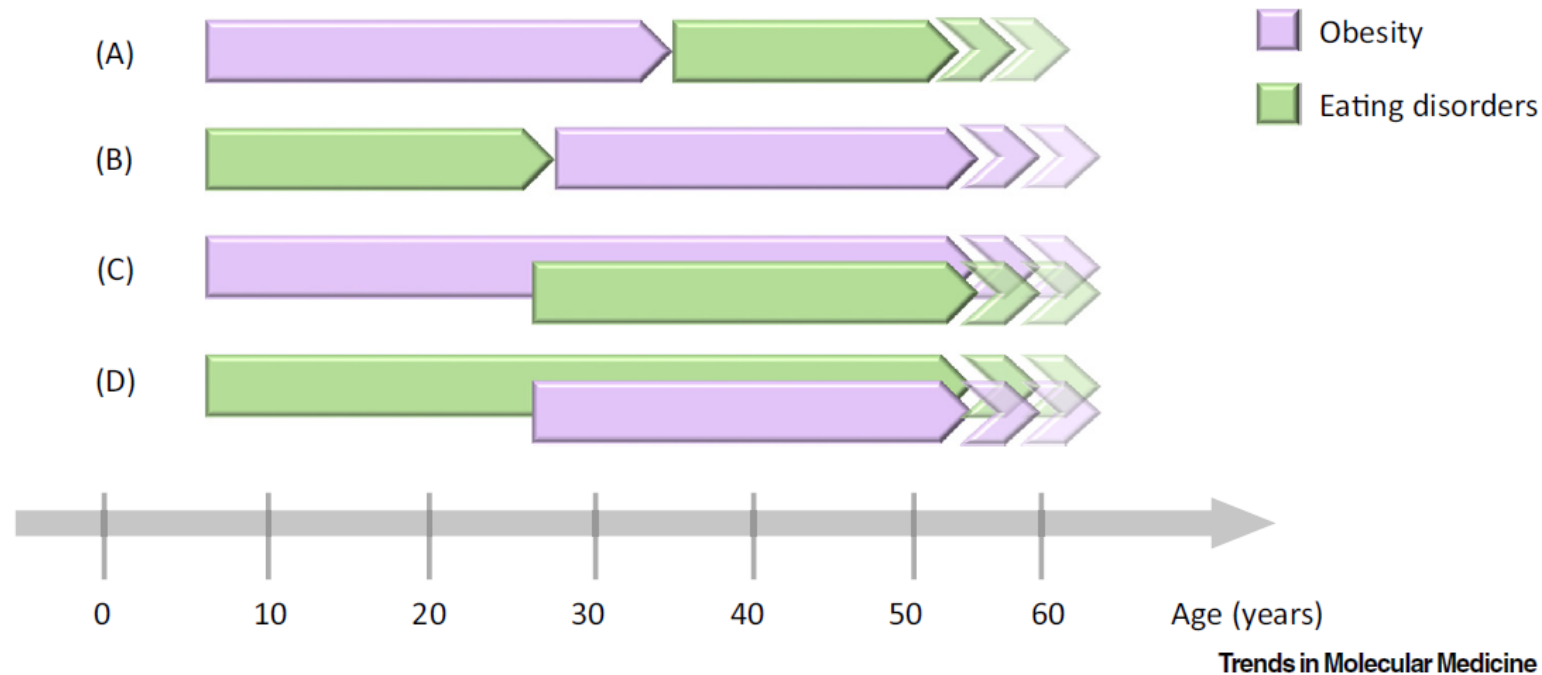
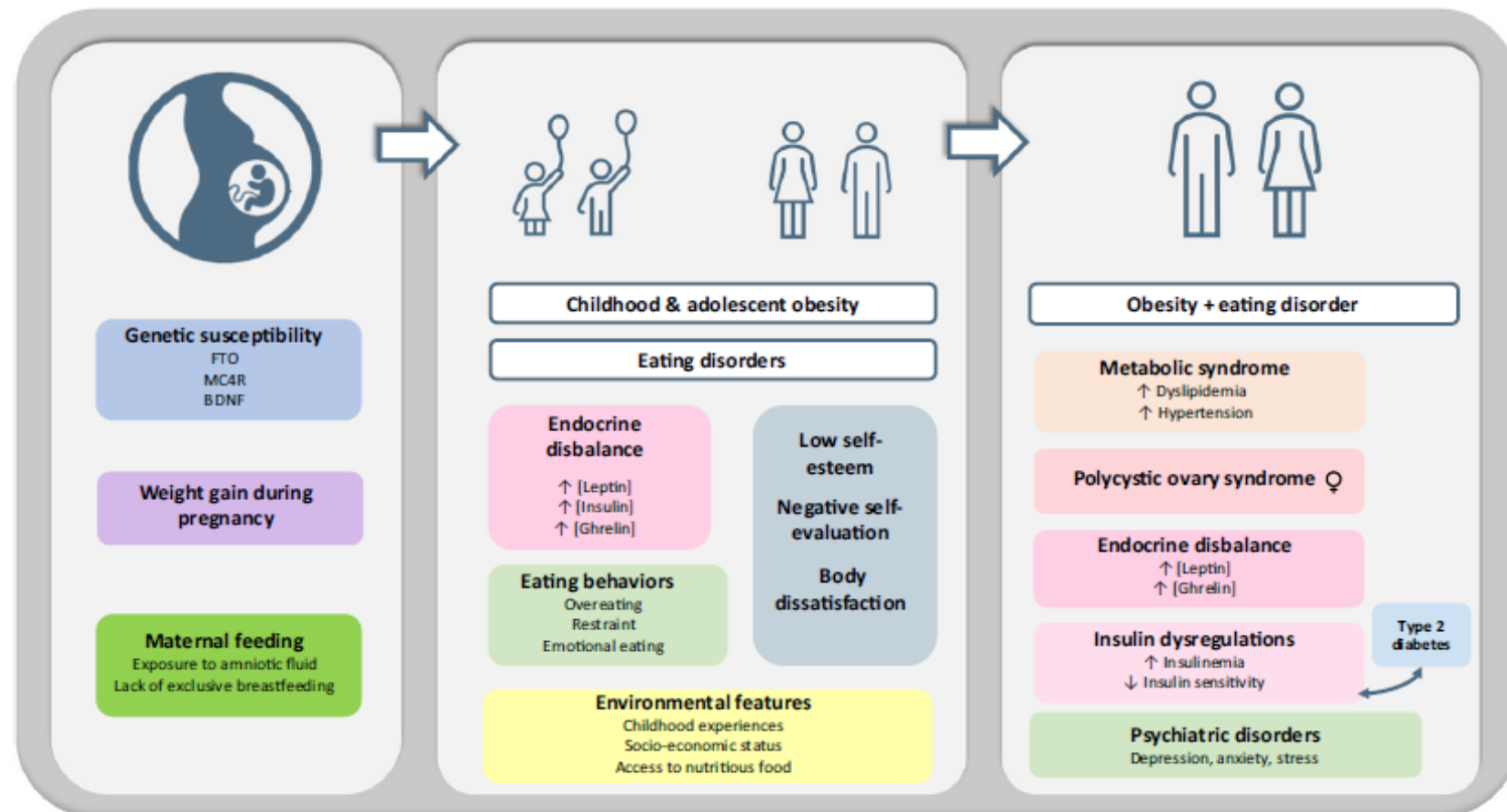


Figure 1. Reciprocal interaction between obesity and eating disorders. Historically, obesity and eating disorders have been considered as separate conditions, studied from different theoretical frameworks. However, there is growing evidence of an increase in the prevalence of eating disorders in people with obesity, confirming the need to assess the co-occurrence of these disorders. To do this, it is important to recognize the reciprocal interaction that exists between them, knowing that obesity may act as (a) a previous condition or (b) a consequent condition for the development of eating disorders. However, they can also interact simultaneously, with obesity being (c) the primary or (d) the secondary disorder.

OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Key figure

Complex interplay between evidence-based results of risk factors, and metabolic and behavioral features from gestation to the development of obesity and eating disorders (EDs) in adulthood



Trends in Molecular Medicine

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

Les troubles de conduites alimentaires / trouble de l'alimentation sont définis comme :

- Des perturbations persistantes dans les comportements alimentaires ou dans les comportements liés à l'alimentation entraînant une altération significative de la santé physique et/ou du fonctionnement social.

Ils se caractérisent par des préoccupations excessives autour du poids, de l'apparence corporelle ou de la nourriture, souvent associées à des pratiques inadaptées ou dangereuses.



ISBN 2294739299

LES DIFFÉRENTS TROUBLES DE CONDUITE ALIMENTAIRE

- L'anorexie mentale
- La boulimie
- Les accès hyperphagiques (hyperphagie boulimique / binge-eating disorder / frénésie alimentaire selon CIM-11)
- Le syndrome de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (ARFID)
- Le PICA
- Le mérycisme

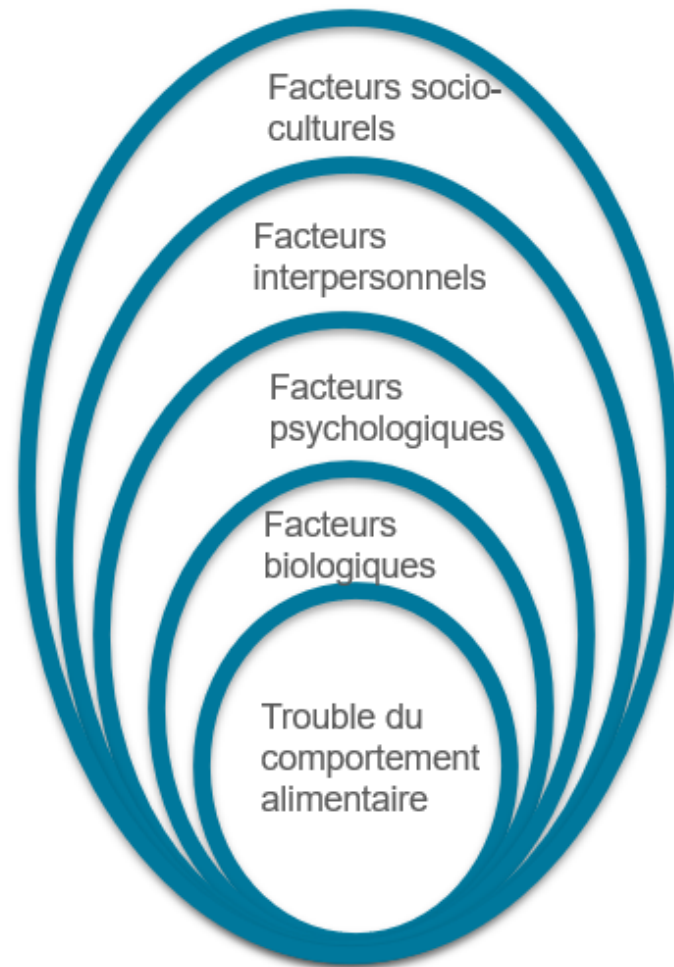
- Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliment, spécifié (p.ex : syndrome d'alimentation nocturne)
- Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non-spécifié

Chaque trouble est évalué en fonction de leur **intensité**, **fréquence** et **durée**.



ISBN 2294739299

LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



<http://www.psy-lyon.com/troubles-alimentaires/4587870034>

ÉPIDÉMIOLOGIE



Troubles alimentaires



Un trouble alimentaire est un trouble du comportement dans lequel la préoccupation mentale et émotionnelle permanente du thème "nourriture" joue un rôle central. Les troubles alimentaires concernent la prise ou le refus de nourriture. Ils commencent généralement dans l'enfance ou au début de l'adolescence et se rencontrent aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

3,5 % des personnes domiciliées en Suisse souffrent d'un trouble alimentaire au cours de leur existence

Les troubles alimentaires comprennent l'anorexie (*anorexia nervosa*), la boulimie (*bulimia nervosa*) ainsi que d'autres comportements problématiques. Ils peuvent provoquer de graves problèmes aux niveaux physique, mental et social, voire entraîner l'invalidité ou la mort.

Cette étude montre que 3,5 % des personnes domiciliées en Suisse souffrent d'un trouble alimentaire au cours de leur existence. Elle met en lumière les taux de prévalence-vie entière pour les trois formes de troubles alimentaires. Il en ressort que 1,2 % des femmes sont touchées par l'*anorexia nervosa*, 2,4 % par la *bulimia nervosa* et 2,4 % par l'hyperphagie boulimique tandis que, chez les hommes, 0,2 % sont touchés par l'anorexie, 0,9% par la boulimie et 0,7 % par l'hyperphagie boulimique. Au total, 3,5 % des personnes domiciliées en Suisse souffrent d'un trouble alimentaire au cours de leur existence.

Femmes

1.2% Anorexia nervosa
2.4% Bulimia nervosa
2.4% hyperphagie boulimique

Hommes

0.2% Anorexia nervosa
0.9% Bulimia nervosa
0.7% hyperphagie boulimique

OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

L'hyperphagie boulimique est le trouble du comportement alimentaire le plus courant et est particulièrement prévalent chez les personnes en situation d'obésité.

chez ces patients, sa prévalence **varie entre 10 à 20 %** selon les sources et serait corrélée à la sévérité de l'obésité. Elle pourrait atteindre **jusqu'à 50 %** chez les candidats à une chirurgie bariatrique.



L'Encéphale
Volume 42, Issue 5, October 2016, Pages 426-433



Article de recherche

Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique
Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population

P. Brunault^{a b c}, P. Gaillard^{c d e}, N. Ballon^{a d}, C. Couet^{e f}, P. Isnard^{g h i j}, S. Cook^j, I. Delbachian^f, C. Réveillère^b, R. Courtois^{b c}

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>

LES ACCÈS HYPERPHAGIQUES

Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (Binge Eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

- Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures) en dehors des repas, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :

- Manger beaucoup plus rapidement que la normale
- Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
- Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
- Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
- Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.



ISBN 2294739299

LES ACCÈS HYPERPHAGIQUES

Ils entraînent une détresse marquée et surviennent, en moyenne, **au moins une fois par semaine pendant 3 mois**.

Ils **ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés** comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

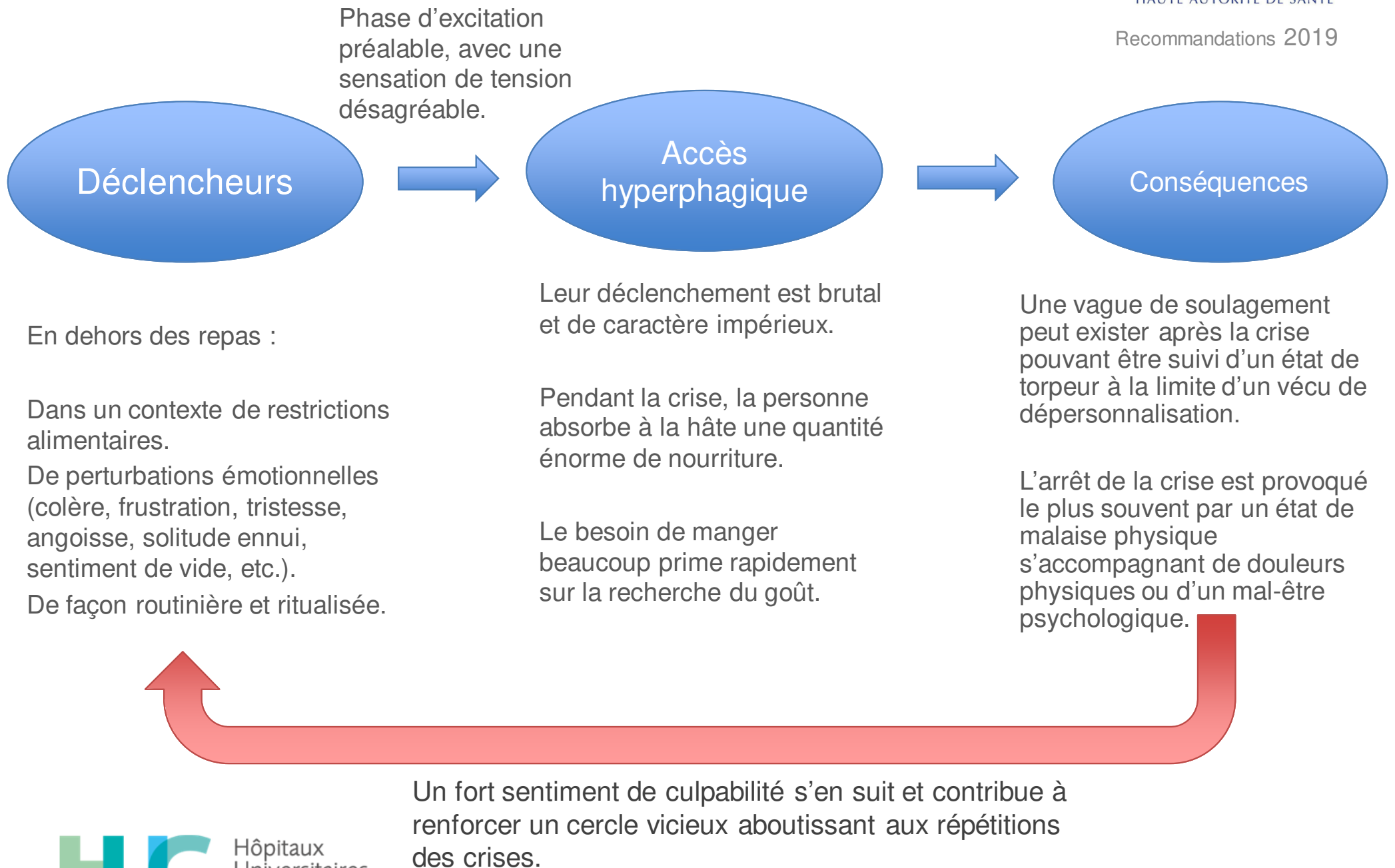
Spécifier si :

- En rémission partielle : après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée
 - En rémission complète : alors que tous les critères de ce trouble ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée
- Spécifier la sévérité actuelle, selon la fréquence hebdomadaire :
- Léger : un-trois accès hyperphagiques par semaine,
 - Moyen : quatre-sept accès hyperphagiques par semaine,
 - Grave : huit-13 accès hyperphagiques par semaine,
 - Extrême : > 14 accès hyperphagiques par semaine.



ISBN 2294739299

ACCÈS HYPERPHAGIQUES



ACCÈS HYPERPHAGIQUES

Les traitements préconisés :

Psychothérapie :

- **Thérapie cognitivo-comportementale**

Traitements médicamenteux :

- **Lisdexamphétamine et topiramate** (off-label en CH), aide à réduire à la fois la fréquence des accès hyperphagiques et le poids.
- **Antidépresseurs de seconde génération**, aide à réduire uniquement la fréquence des accès hyperphagiques et l'éventuelle comorbidité dépressive.

En cas d'obésité, une prise en charge conjointe est recommandée.

Binge-Eating Disorder in Adults:

A Systematic Review and Meta-analysis

Kimberly A. Brownley, PhD, Nancy D. Berkman, PhD, Christine M. Peat, PhD, Kathleen N.

Lohr, PhD, Katherine E. Cullen, BA, Carla M. Bann, PhD, and Cynthia M. Bulik, PhD

University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina; RTI International,

Research Triangle Park, North Carolina; and Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

ACCÈS HYPERPHAGIQUES : APPROCHE TCC

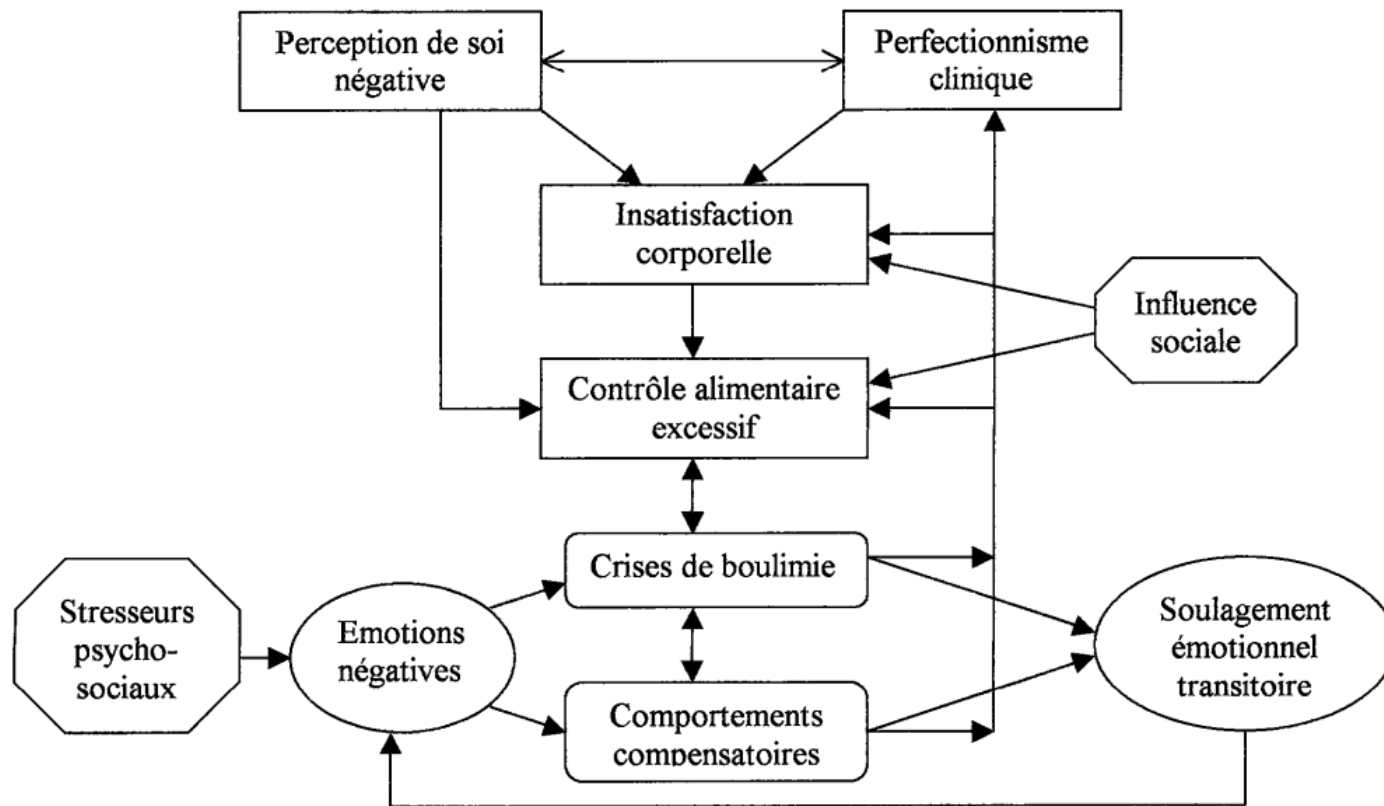


Schéma n° 4 — Théorie cognitive de la boulimie (d'après Fairburn, 1997 et 2003)

ACACÈS HYPERPHAGIQUES



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations 2019

Objectifs thérapeutiques :

- Renforcer la motivation à s'impliquer dans la prise en charge multidisciplinaire.
- Restaurer des habitudes alimentaires équilibrées et adaptées.
- Réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, l'image et l'estime de soi, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires.
- Traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions associées.
- Améliorer le fonctionnement interpersonnel et social ; traiter les comorbidités psychiatriques.
- Obtenir le soutien de la famille et de l'entourage.
- Aider l'entourage et proposer une guidance et une thérapie familiale dans les soins mis en place.

La prise en charge s'inscrit dans la durée

ACCÈS HYPERPHAGIQUES

▲ ECE2022 > Eposter Presentations > Diabetes, Obesity, Metabolism and Nutrition (318 abstracts)

Liraglutide improves binge-eating and increases ghrelin levels in obese diabetic 2 patients

[Fedir Laniush & Alina Urbanovych](#)

Situations particulières :

- Accès hyperphagiques et traitements agonistes GLP-1 :
 - Les traitements d'agonistes GLP-1 semblent être efficaces dans la gestion des accès hyperphagiques.
 - Préoccupations par rapport à l'éventuelle aggravation des manifestations cognitives des TCAs.
- Accès hyperphagiques et chirurgie bariatrique :
 - Peuvent **impacter négativement la perte de poids et limiter l'adhérence au suivi** post-opératoire.
 - **Nécessitent un traitement en amont** de l'opération et représentent de ce fait une contre-indication psychiatrique temporaire.

Binge-Eating Disorder in Adults:

A Systematic Review and Meta-analysis

Kimberly A. Brownley, PhD, Nancy D. Berkman, PhD, Christine M. Peat, PhD, Kathleen N. Lohr, PhD, Katherine E. Cullen, BA, Carla M. Bann, PhD, and Cynthia M. Bulik, PhD
University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina; RTI International, Research Triangle Park, North Carolina; and Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

International Society for the Study of
morbid Obesity
and metabolic disorders
www.smob.ch

Directives pour le traitement
chirurgical de l'obésité

ACCÈS HYPERPHAGIQUES : AIDE AU DIAGNOSTIC

- La Binge Eating Scale est une échelle aidant au diagnostic de l'hyperphagie boulimique.
- Il s'agit d'un auto-questionnaire de 16 questions à cotation progressive, pour un total maximal de 46 points.
- Un score **égal ou supérieur à 18 points** est fortement suspect pour une hyperphagie boulimique.





L'Encéphale
Volume 42, Issue 5, October 2016, Pages 426-433



Article de recherche

Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique
Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population

P. Brunault^{a b c}  , P. Gaillard^{c d e}, N. Ballon^{a d}, C. Couet^{e f}, P. Isnard^{g h i j}, S. Cook^j, I. Delbachian^f, C. Réveillère^b, R. Courtois^{b c}

OBÉSITÉ ET AUTRES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les personnes en situation d'obésité peuvent souffrir d'autres formes de troubles du comportement alimentaire :

- Entre 6 à 16 % souffriraient de syndrome d'alimentation nocturne et un peu moins de 3 % souffrent de boulimie.
- Certaines peuvent traverser des phases de restrictions alimentaires s'apparentant à des comportements anorexiques.
- N'oublions pas les comportements alimentaires pathologiques : alimentation émotionnelle, compulsions alimentaires, grignotages, addiction alimentaire, etc.



Honte

Méconnaissance

Recherche de solutions immédiates

Difficultés à accéder à des soins adaptés au bon moment

Peur

Déni

QUE FAIRE FACE À UN PATIENT CHEZ QUI ON SUSPECTE UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

Chronicisation des symptômes et conséquences

Emprise psychologique

Isolement social

Dérives thérapeutiques

Charge financière

Perte d'espoir en la guérison

Réponses inadéquates de professionnels de santé

DÉPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Questionnaire SCOFF-F :

- Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?
- Êtes-vous inquiet/inquiète d'avoir perdu le contrôle sur les quantités que vous mangez ?
- Avez-vous récemment perdu plus de 7 kg en mois de 3 mois ?
- Vous trouvez-vous gros/grosse alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Si la réponse est oui à **2 questions ou +**, il y a une très forte probabilité de **souffrir d'un trouble du comportement alimentaire**.

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE : ESPACES DE SOINS POUR LES TROUBLES DU
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : **ESCAL**



Tel : 022 372 55 45 / Fax : 022 372 55 44
Courriel : escal@hcuge.ch
Site internet HUG : www.escal.ch

MERCI POUR VOTRE ATTENTION