

# Troubles des conduites alimentaires et obésité à l'adolescence: implications cliniques

Dr CATHERINE CHAMAY WEBER<sup>a</sup> et Pr ISABELLE CARRARD<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 769-72

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) de type accès hyperphagiques sont associés à l'obésité et sont présents sous leurs formes complètes ou partielles chez près d'un quart des adolescents en excès de poids. Un dépistage systématique doit être effectué dans cette population lorsqu'elle consulte, afin de permettre une prise en charge optimale. Un outil de dépistage nommé ADO-BEDs a été spécifiquement développé pour ces adolescents. Utile pour guider la consultation, il permet au soignant d'aborder le trouble et d'adresser le patient pour une évaluation spécialisée en cas de suspicion de TCA. Viser une augmentation de l'insatisfaction corporelle ou faire des commentaires négatifs portant sur le physique de l'adolescent ne sont pas une aide à la motivation, mais augmentent le risque de TCA et devraient être évités en consultation.

## Eating disorders and obesity in adolescents: clinical implications

*Binge eating disorder (BED) is associated with obesity and a quarter of adolescents with weight excess may suffer from the complete or a partial form of this disorder. A systematic screening for BED should be performed in this population as non-identification will complicate the patient's management. A short screening tool, named ADO-BEDs, was specifically developed for these adolescents. This latter tool appears to be useful to guide the medical consultation. As such, the health professional will be able to refer the patient for further evaluation in case of BED suspicion. Health professionals should be aware that body dissatisfaction or teasing triggered by the adolescent's body are not an incentive to lose weight and increase the risk of eating disorders. Therefore, negative comments should be avoided in consultation.*

## TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ADOLESCENCE

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont principalement définis par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5)*, publié par l'Association américaine de psychiatrie et dont la dernière version a vu l'introduction de nouvelles catégories<sup>1</sup> (figure 1). Ces troubles concernent toutes les catégories de poids, allant du sous-poids à l'obésité.

<sup>a</sup>Unité santé jeunes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et Département de médecine de premier recours et des urgences, HUG, 1205 Genève, <sup>b</sup>Filière Nutrition et diététique, Haute école de santé Genève (HES-SO), Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge  
catherine.chamayweber@hcuge.ch | isabelle.carrard@hesge.ch

Ils partagent certains facteurs de risque et leur origine est décrite comme étant multifactorielle (figure 2).

Le pic d'apparition des TCA se situe à l'adolescence, soit entre 10 et 19 ans, l'anorexie mentale apparaissant plutôt en début/milieu d'adolescence, la boulimie et les accès hyperphagiques (AH) (*binge eating disorder* en anglais) en fin d'adolescence.<sup>2</sup>

### Vignette clinique

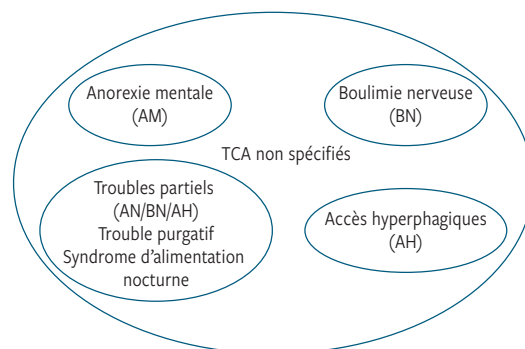
Vous suivez Aline, 15 ans, pour un problème d'obésité. La mère est très inquiète devant la prise pondérale progressive de sa fille, car les repas sont très équilibrés à la maison et Aline mange assez peu lors de ceux-ci. Pourtant, la courbe de poids est inquiétante, avec un IMC qui augmente à chaque consultation, malgré vos conseils de modifications d'habitude de vie. La maman rapporte beaucoup de conflits à la maison autour de cette prise pondérale. Vous vous demandez si Aline a conscience de son problème de poids et si son comportement alimentaire est aussi parfait que ce que décrit la mère.

## TCA ET OBÉSITÉ

Les AH, dans leurs formes partielles ou complètes, sont le TCA le plus fréquemment rencontré chez les adolescents,

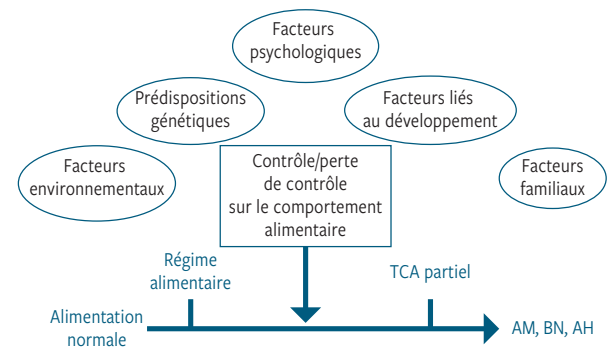
**FIG 1** Les différents troubles des conduites alimentaires selon le DSM-5

AH: accès hyperphagiques; AM: anorexie mentale; BN: boulimie nerveuse; TCA: troubles des conduites alimentaires.



**FIG 2** Facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires et continuum

AH: accès hyperphagiques; AM: anorexie mentale; BN: boulimie nerveuse.



particulièrement chez ceux qui présentent une obésité, avec une prévalence pouvant aller jusqu'à 22%, sans différence marquée entre les sexes.<sup>3</sup> Ce trouble consiste en des crises de boulimie sans compensation, c'est-à-dire des épisodes de consommation de grandes quantités de nourriture avec un sentiment de perte de contrôle, sans présence de comportements compensatoires (vomissements, activité physique excessive, etc.). Les critères diagnostiques définis par le DSM-5 sont décrits dans le **tableau 1**.

Les études faites chez les plus jeunes (enfants et adolescents) montrent qu'ils présenteraient plutôt des « pertes de contrôle sur l'alimentation » ou un sentiment de perte de contrôle, sans tenir compte des quantités ingérées.<sup>4</sup> Ce trouble partiel est rapporté par environ un tiers des enfants et des adolescents obèses et serait un marqueur prodromique du trouble AH.<sup>3,5</sup> Bien qu'elles ne remplissent pas tous les critères des AH, les pertes de contrôle sur l'alimentation partagent les mêmes comorbidités somatiques et psychologiques, comme la prise de poids, les marqueurs physiologiques du stress, un risque augmenté de syndrome métabolique, l'anxiété, la dépression, les abus de substance et les troubles du déficit de l'attention.<sup>6-8</sup>

Sur le plan théorique, les AH et les pertes de contrôle sur l'alimentation sont des tentatives de régulation émotionnelle, comme la tristesse, l'anxiété, la frustration, voire l'ennui, par l'absorption de nourriture.<sup>9,10</sup> Ne pas prendre en compte ces comportements de régulation conduit le plus souvent à un échec de prise en charge de l'obésité.

**TABLEAU 1** Critères DSM-5 des AH

AH: accès hyperphagiques.

**A. Survenue récurrente des AH:**

- Prise d'une grande quantité de nourriture (< 2 h), avec un sentiment de perte de contrôle

**B. Les crises sont associées à au moins 3 des 5 caractéristiques suivantes:**

1. Manger rapidement
2. Manger jusqu'à l'inconfort physique
3. Manger sans faim
4. S'isoler pour manger
5. Se sentir coupable après les AH

**C. Les AH sont associés à une détresse marquée**

**D. ≥ 1x/sem durant ≥ 3 mois**

**E. Pas de comportements compensatoires**

**Facteurs de risque partagés**

Certains facteurs de risque de l'obésité et des TCA sont partagés, comme les commentaires négatifs sur le poids, l'insatisfaction corporelle, ou les régimes.<sup>11</sup> Ceci explique leur co-occurrence relativement fréquente.

Commentaires sur le poids

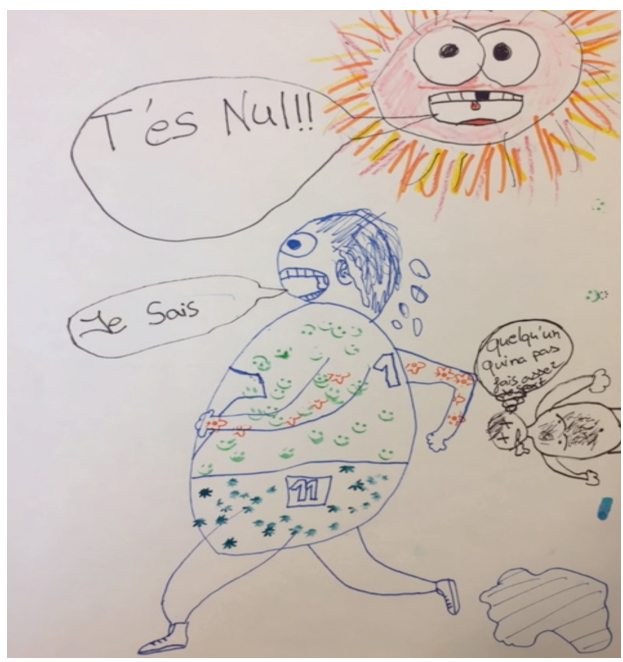
Les commentaires négatifs sur le poids par les proches participent aux mécanismes qui entretiennent la prise pondérale et favorisent l'apparition d'un TCA. En effet, bien souvent les parents ont des sentiments négatifs, tels que le découragement, voire la culpabilité, face à la prise pondérale de leur enfant. De ces sentiments résultent des commentaires négatifs sur le corps de l'adolescent dans le but de lui faire prendre conscience de son obésité et le motiver à changer ses habitudes de vie. Ces pressions se terminent le plus souvent en conflit autour de la nourriture, pouvant alors provoquer des envies alimentaires par compensation.<sup>12</sup> Ces critiques s'ajoutent aux nombreuses autres situations stigmatisantes vécues par le jeune souffrant d'obésité et renforcent une vision de lui-même déjà bien abîmée (**figure 3**).

Insatisfaction corporelle

Dans notre société qui valorise la minceur comme idéal de beauté et de santé, un jeune en excès de poids est généralement préoccupé par son poids et insatisfait de son physique. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'insatisfaction corporelle ne motive pas l'adolescent à adopter des comportements qui favorisent un poids de santé, alors que l'entourage ou les soignants comptent sur cette insatisfaction pour induire un changement. Une étude a démontré chez des adolescentes en surpoids que les plus insatisfaites de leur

**FIG 3** Dessin d'un adolescent obèse

Cet adolescent avait reçu l'instruction de dessiner ce qu'il ressent face à son problème de poids (consultation Santé et Mouvement des HUG).



corps prenaient plus de poids à 5 ans que celles qui en étaient satisfaites.<sup>13</sup> L'insatisfaction corporelle et la pression perçue à être mince étant les facteurs de risque parmi les mieux identifiés de TCA, les soignants devraient être particulièrement attentifs à ne pas provoquer leur augmentation au cours de la consultation.<sup>14</sup>

### QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE SANTÉ?

En tant que professionnel de santé, comment se comporter pour ne pas renforcer ces problématiques alors que le setting autour de la prise en charge d'un excès de poids implique d'en parler et de le mesurer? Phelan et coll. ont souligné l'importance de l'attitude du soignant pour ces patients qui expérimentent de la stigmatisation au quotidien.<sup>15</sup> Ainsi, énumérer des stratégies pour contrôler son poids sans avoir pris la peine d'investiguer la complexité de la situation du jeune patient s'avère plutôt néfaste. Les auteurs proposent des stratégies permettant d'améliorer la prise en charge des patients en excès de poids, comme:

- Réduire l'attention portée au poids et se concentrer plutôt sur le dépistage des maladies pour lesquelles l'obésité est un facteur de risque.
- Encourager des comportements que le patient peut réaliser et qui améliorent sa santé et son bien-être.
- Adopter des stratégies de communication centrées sur le patient, comme l'entretien motivationnel, qui assure une meilleure adhésion au traitement.
- Veiller à ce que l'équipement de l'établissement et le matériel médical soient adaptés aux patients.

### IMPORTANCE DU DÉPISTAGE D'UN TCA CHEZ UN ADOLESCENT EN EXCÈS DE POIDS OU OBÈSE

Du fait de la répercussion des AH et de la perte de contrôle alimentaire sur la prise pondérale et la santé tant physique que psychologique, le dépistage de ces troubles est indispensable chez les adolescents en excès de poids. Il va permettre au soignant de prendre connaissance du comportement alimentaire qui survient indépendamment de la volonté du patient et qui n'est souvent pas spontanément rapporté en consultation. Ne pas le dépister met le patient à risque d'échec de traitement, renforçant ainsi son insatisfaction corporelle et sa mauvaise estime de soi.

L'importance de dépister et de traiter les TCA a été soulignée par J. Y. Nau dans la rubrique «Avancée thérapeutique» de la *Revue médicale suisse*<sup>16</sup> suite à la parution en septembre 2019 des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité française de santé (HAS) pour le repérage et la prise en charge de la boulimie et l'hyperphagie. La HAS propose peu de questionnaires simples en français, utilisables en médecine de premier recours, pour le dépistage des AH. Elle mentionne le SCOFF-F, mais les questions ciblent plus particulièrement l'anorexie mentale et la boulimie.<sup>17</sup>

La consultation Santé jeunes des HUG a développé et évalué un court autoquestionnaire de dépistage des pertes de contrôle alimentaire et des AH chez l'adolescent obèse (ADO-BEDs)

(tableau 2). Il est basé sur les critères de perte de contrôle alimentaire des enfants et des préadolescents, pierre angulaire des AH des plus grands et tient compte du fait que la manifestation des AH n'est pas exactement similaire chez les plus jeunes, en comparaison des adultes.<sup>18</sup> Il adopte également un langage simple qui puisse être compréhensible dès l'âge de 12 ans.

Outre le dépistage du TCA, ce court autoquestionnaire permet également au soignant, lorsqu'il le reprend en consultation avec le patient, d'ouvrir la discussion sur la perte de contrôle alimentaire et les émotions associées (prise alimentaire lors d'émotions négatives, culpabilité postprandiale).<sup>19</sup> D'après notre expérience clinique, il nous semble important de laisser le jeune remplir ce questionnaire seul, sur papier, plutôt que de lui poser les questions oralement, en face à face. Ce moment lui permet de prendre le temps de réfléchir à son comportement alimentaire, sans pression ni gêne. Le fait que ce soit un questionnaire de dépistage standardisé lui permet également de réaliser que ce trouble est reconnu, ce qui peut déjà induire un soulagement chez le patient dépisté positif, se sentant alors moins coupable de ne pas réussir à suivre les recommandations de perte de poids.

Un jeune évalué comme étant à risque élevé de présenter des AH doit être référé à un centre spécialisé ou à un pédopsychiatre/psychologue formé dans les TCA pour confirmer ou non le diagnostic et proposer une prise en charge adéquate.

### PRISE EN CHARGE DES AH

Les TCA nécessitent tous une prise en charge multidisciplinaire somatique (évaluation et suivi des complications

	TABLEAU 2	ADO-BEDs, questionnaire de dépistage	
--	-----------	--------------------------------------	--

AH: accès hyperphagiques.

1. T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger? (oui/non)
2. Dans cette situation-là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter? (oui/non)
3. Dans ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim:
  - a) as-tu besoin d'être seul-e, de t'isoler pour manger? (oui/non)
  - b) as-tu l'impression d'être ailleurs, inconscient-e, comme si tu mangeais en étant dans la lune? (oui/non)
  - c) manges-tu parce que tu te sens mal, triste, en colère ou que tu t'ennuies? (oui/non)
  - d) as-tu l'impression de trop manger ou de manger plus que les autres? (oui/non)
  - e) as-tu des regrets, te sens-tu honteux-euse après avoir mangé? (oui/non)
4. Combien de fois as-tu ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim?
 

1 fois ou moins;  2 à 3 x/mois;  2 à 3 x/sem;  tous les jours (réponse positive si ≥ 2 à 3 x/mois)
5. Depuis combien de temps as-tu ces moments-là?
 

moins de 3 mois;  plus de 3 mois (réponse positive si plus de 3 mois)
6. Après ces moments-là, t'arrive-t-il de faire quelque chose pour éliminer ce que tu viens de manger? (oui/non)

Score: risque de 83% de présenter des AH partiels ou complets si: réponses positives aux questions 1 et/ou 2, associée(s) à au moins 6 réponses positives aux 8 questions suivantes.

médicales), diététique et psychologique. Il existe encore peu d'études sur la prise en charge psychologique des AH de l'adolescent obèse. Actuellement, plusieurs approches semblent avoir un effet bénéfique, comme les thérapies cognitivo-comportementales, interpersonnelles et dialectiques, ainsi que les thérapies systémiques, particulièrement recommandées à l'adolescence.

## CONCLUSION

Les TCA sont d'origine multifactorielle et peuvent être induits, entre autres, par un environnement ou une prise en charge non adaptée (commentaires négatifs sur le poids, régimes stricts, etc.). Les AH sont les TCA les plus fréquents, particulièrement chez les adolescents obèses. Tout soignant qui suit ce type de patient doit connaître ce trouble, savoir le dépister et pouvoir référer son patient à un spécialiste.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les accès hyperphagiques (AH) sont fréquemment associés à l'excès de poids chez les adolescents
- L'obésité et les troubles des conduites alimentaires (TCA) partagent certains facteurs de risque communs
- Il est important de dépister systématiquement les accès hyperphagiques (AH) chez les jeunes en excès de poids
- Les AH compliquent la prise en charge de l'obésité s'ils ne sont pas adressés
- Les soignants doivent faire attention à leurs attitudes potentiellement stigmatisantes lorsqu'ils suivent ces patients

1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e éd. 2013.

2 Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013;3.

3 He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2017;50:91-103.

4 Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy KT, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:901-13.

5 Byrne ME, LeMay-Russell S, Tanofsky-Kraff M. Loss-of-Control Eating and Obesity Among Children and Adolescents. *Curr Obes Rep* 2019;8:33-42.

6 Mitchell JE. Medical comorbidity and

medical complications associated with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2016;49:319-23.

7 Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42:33-43.

8 Micali N, Solmi F, Horton NJ, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:652-9 e1.

9 Eddy KT, Tanofsky-Kraff M, Thompson-Brenner H, et al. Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behav Res Ther* 2007;45:2360-71.

10 Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17:68-78.

11 Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman

SL, Field AE, Austin SB. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:336-43.

12 Chamay Weber C, Camparini N, Lanza L, Narring F. Parents' integration in the treatment of adolescents with obesity: A qualitative study. *Fam Syst Health* 2016;34:396-403.

13 Van den Berg P, Neumark-Sztainer D. Fat 'n happy 5 years later: is it bad for overweight girls to like their bodies? *J Adolesc Health* 2007;41:415-7.

14 Micali N, De Stavola B, Ploumidis G, et al. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *Br J Psychiatry* 2015;207:320-7.

15 \*\*Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015;16:319-26.

16 Nau J.-Y. Boulimie et hyperphagie : les repérer au plus vite, agir au mieux. *Rev Med Suisse* 2019;15: 2114-2115.

17 \*Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, et al. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:888-93.

18 Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating Behaviors* 2008;9:360-5.

19 \*\*Chamay-Weber C, Combescur C, Lanza L, Carrard I, Haller DM. Screening Obese Adolescents for Binge Eating Disorder in Primary Care: The Adolescent Binge Eating Scale. *J pediatr* 2017;185:68-72 e1.

\* à lire

\*\* à lire absolument