

Comprendre, évaluer et traiter l'addiction à l'alimentation en contexte d'obésité

2^{ème} Journée territoriale de la filière Obésité
Caen, le 10/11/2023

Dr Paul Brunault - Psychiatre et Addictologue – MCU-PH
CHRU de Tours – Service d'Addictologie Universitaire, ELSA-37
& INSERM U1253 iBrain & Département de Psychologie EE 1901 QualiPsy

Déclaration de liens d'intérêts – PB

Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude	D&A Pharma (2013)
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	Lundbeck (2014-2015), Astra Zeneca (2016), Roche (2013)
Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)	Lundbeck (2014)

Situation clinique



Situation clinique

Comment caractériser le comportement alimentaire ?

Comment aborder cette patiente (sur le plan alimentaire)?



Comment aider la patiente à comprendre et faire face à ces difficultés ?

Comment intégrer les soins psychologiques / psychiatriques à la prise en charge multidisciplinaire ?

Comment personnaliser la prise en charge selon son « profil » psychologique ?

Quid des « troubles alimentaires » ?

Pas de TCA



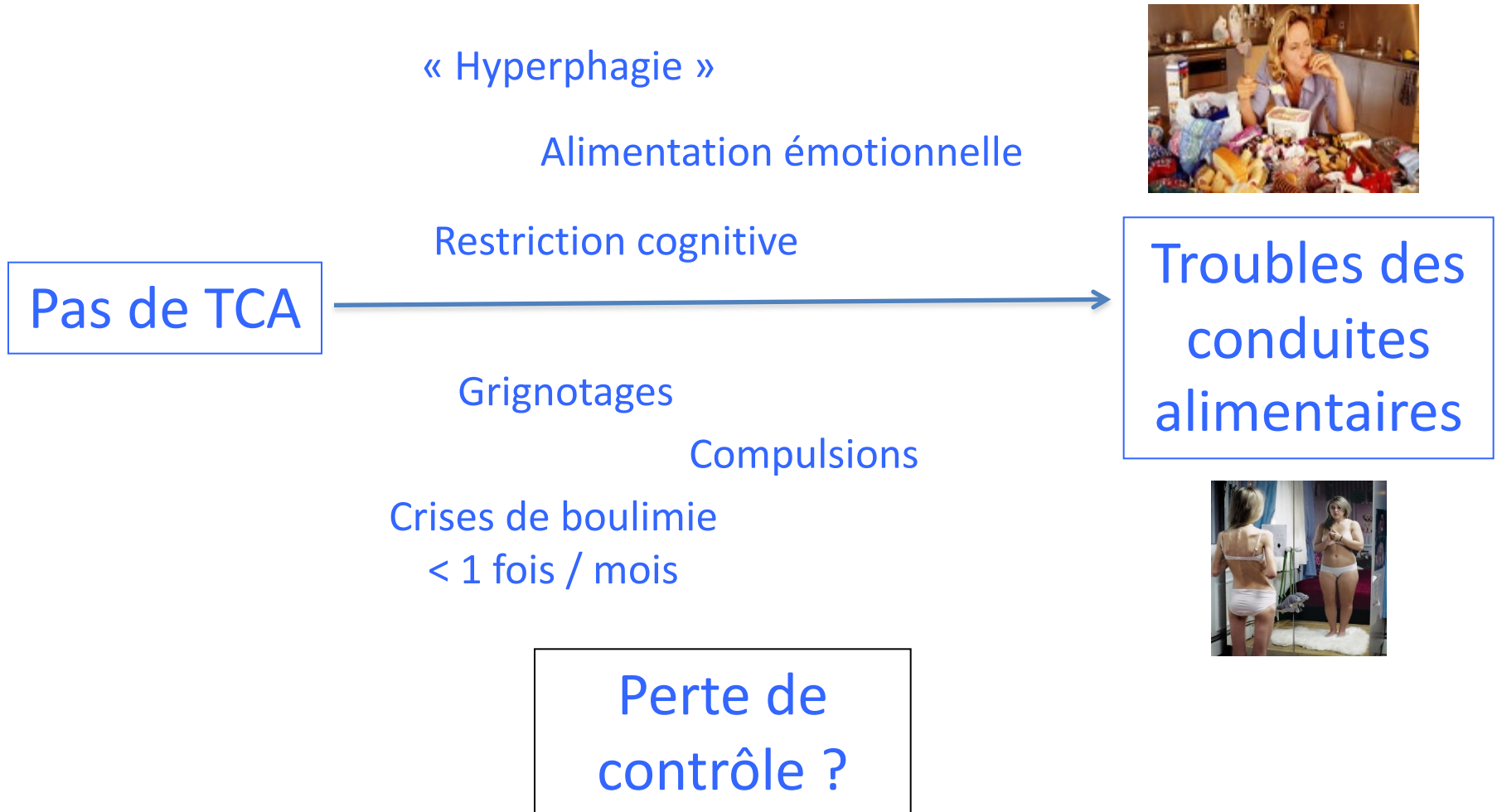
Hyperphagie
boulimique

Boulimie



Anorexie
mentale

Quid des autres « troubles alimentaires » ?



Quid des autres « troubles alimentaires » ?

Pas de TCA



Troubles des conduites alimentaires

« Hyperphagie »
Alimentation émotionnelle



Restriction cognitive

Grignotages
Compulsions

Crises de boulimie
< 1 fois / mois

Addiction à l'alimentation ?
(Food addiction / Eating addiction /
Compulsive eating behavior)



Addiction à l'alimentation : concept ancien, mesure récente

Historique du concept

- Concept évoqué ... (Randolph, 1956)
- ... mais sans mesure fiable ...
 - Anorexie mentale/boulimie : des addictions ?
 - Si dépendance à l'alcool : pb alimentation ?
 - Obésité : trouble du comportement alimentaire ?
- Individualisation récente du champ
« food addiction » en clinique (Gearhardt et al. 2009)

**BINGE
EATING
DISORDER**



**Food and Addiction
Science & Treatment Lab**

Search



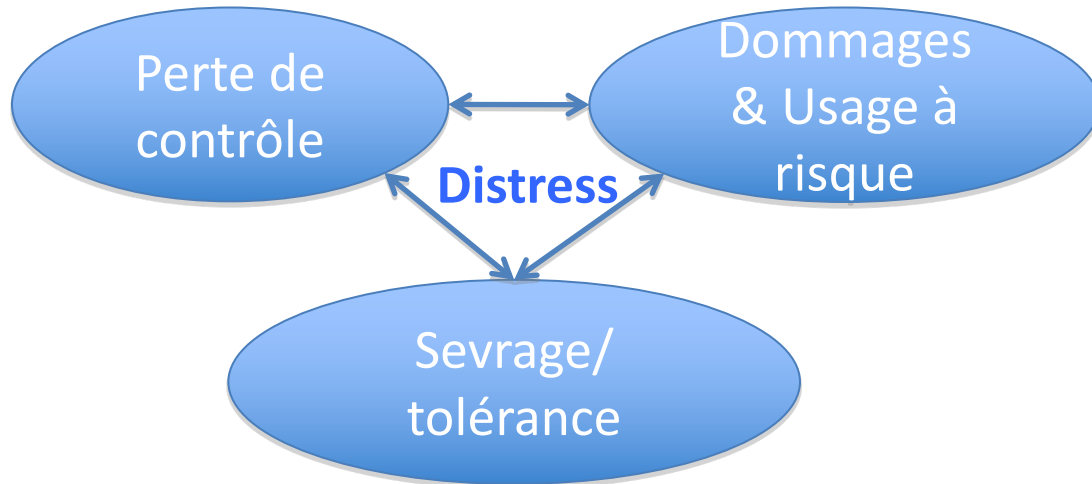
Addiction à l'alimentation

- Hypothèse :
 - il serait possible de développer une addiction vis à vis d'aliments riches en sucre, en graisse et/ou en sel
 - OU addiction au comportement alimentaire ?
- Concept initialement proposé aux USA dans le champ de l'obésité +++



Gearhardt et al. 2009
Cathelain et al. 2016
Bourdier et al. 2017

Addiction à l'alimentation : définition



APA 2000, APA 2013
Gearhardt 2009; Gearhardt 2016

Yale Food Addiction Scale (DSM-IV-TR)

Yale Food Addiction Scale 2.0 (DSM-5)

Meule & Gearhardt 2014 & 2019 pour une revue

Qu'est ce qui est addictif dans l'alimentation ?

Food addiction vs eating addiction / addictive-like eating

Review



“Eating addiction”, rather than “food addiction”, better captures addictive-like eating behavior

Johannes Hebebrand^a, Özgür Albayrak^a, Roger Adan^b, Jochen Antel^a, Carlos Dieguez^{c,d}, Johannes de Jong^b, Gareth Leng^e, John Menzies^{e,*}, Julian G. Mercer^f, Michelle Murphy^f, Geoffrey van der Plasse^b, Suzanne L. Dickson^g

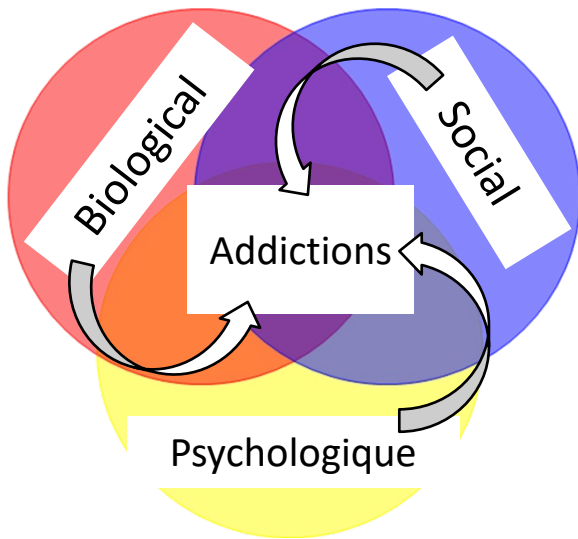
[Neuroscience and Biobehavioral Reviews 47 \(2014\) 295–306](#)



A commentary on the “eating addiction” versus “food addiction” perspectives on addictive-like food consumption [Appetite 115 \(2017\) 9–15](#)

Erica M. Schulte^{a,*}, Marc N. Potenza^{b,c,d}, Ashley N. Gearhardt^a

Que savons-nous des addictions et de leurs modèles de compréhension ?



Causes multiples

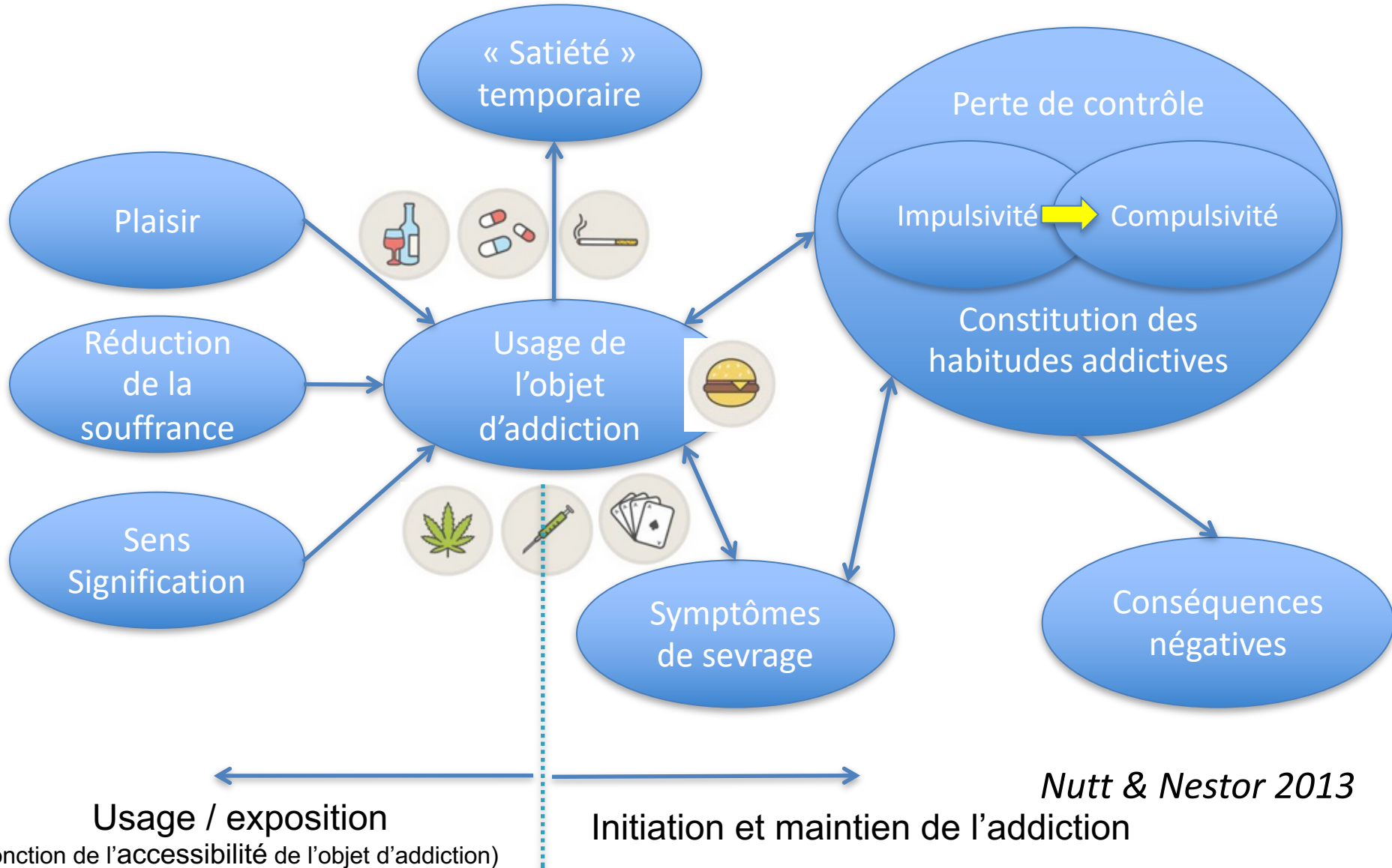
Différences interindividuelles



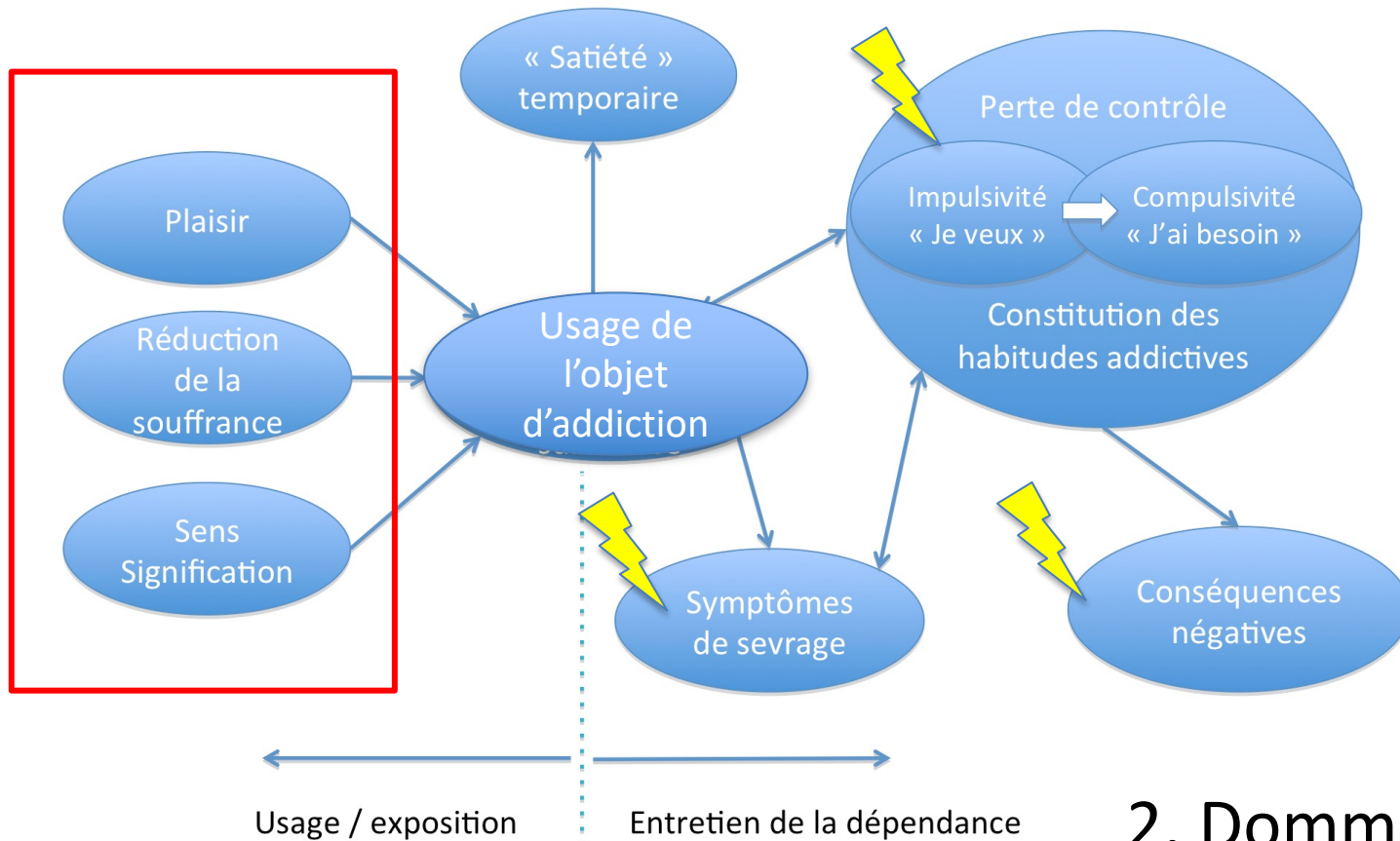
Troubles addictifs

Quels sont les facteurs individuels
spécifiquement impliqués?
Sous-groupes plus homogènes ?

De l'usage à l'addiction



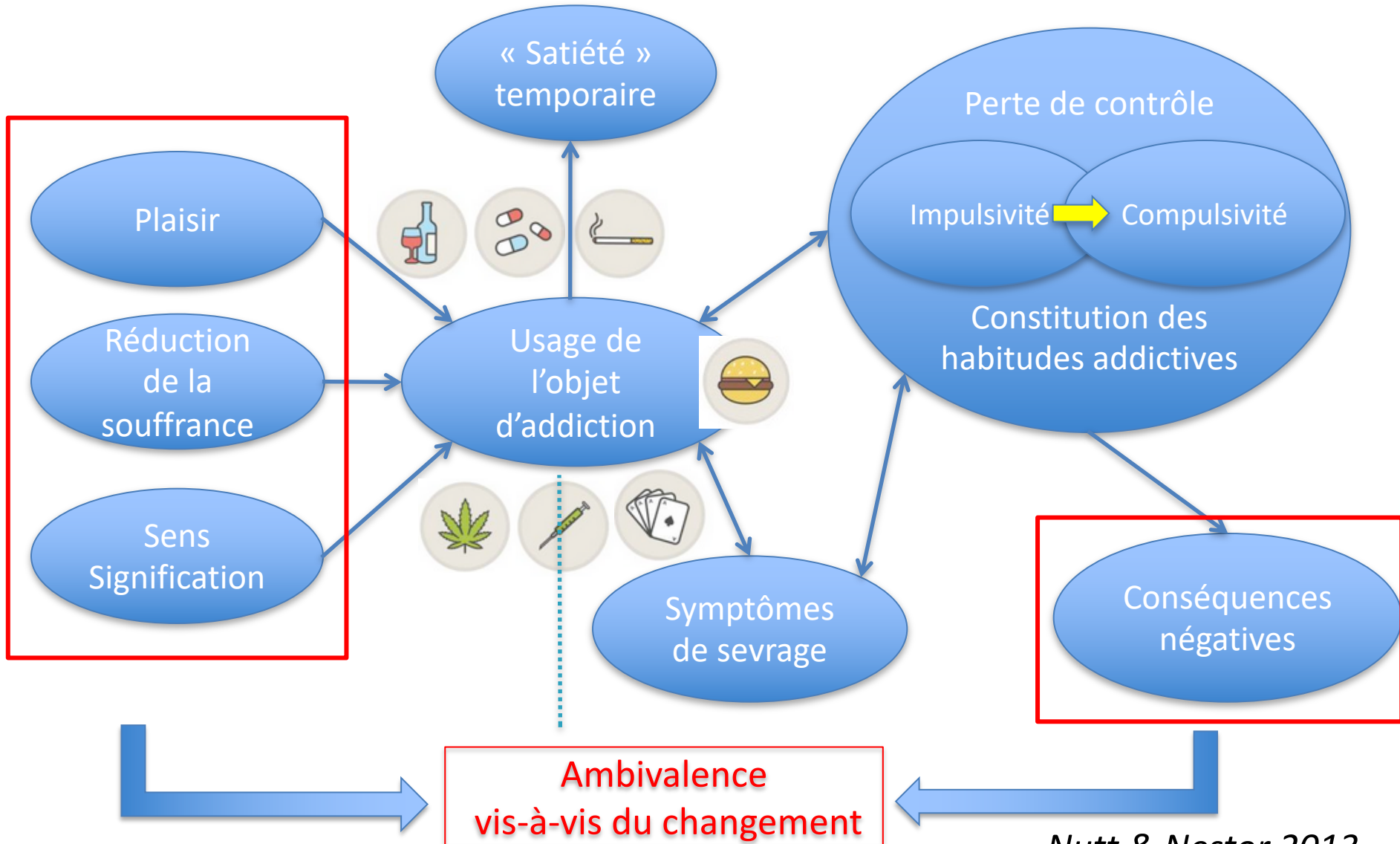
1. Perte de contrôle



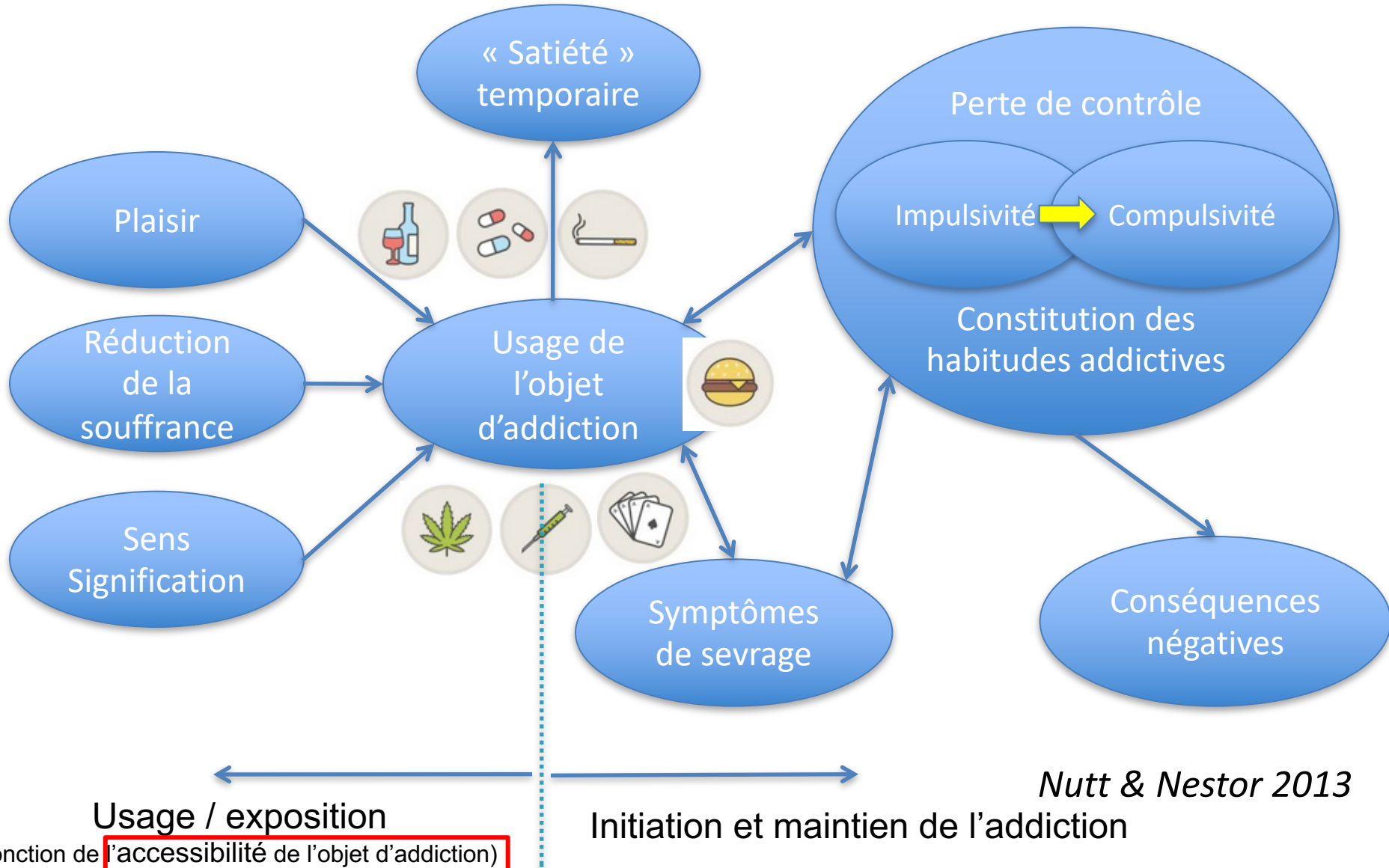
3. ± Dépendance « pharmacologique »

2. Dommages :
conséquences individuelles
et sociales

De l'usage à l'addiction

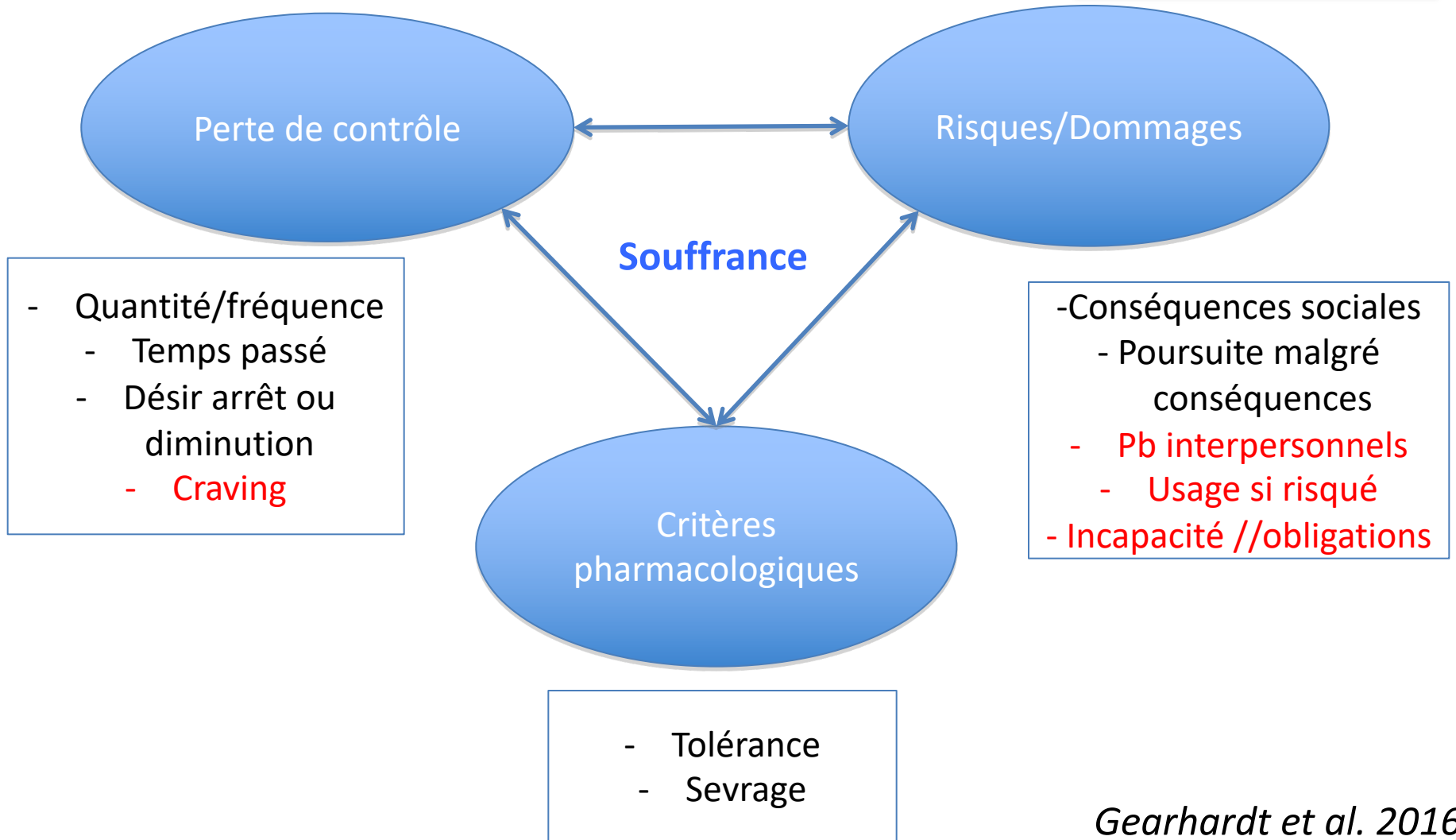


De l'usage à l'addiction



Addiction à l'alimentation (DSM-5)

Échelle Yale Food
Addiction Scale 2.0
(35 items
DSM-5)



Échelle Yale Food Addiction Scale YFAS et YFAS 2.0



- Diagnostic d'addiction à l'alimentation (oui/non)
- Et nombre de symptômes d'addiction (0 à 7; 0 à 11)
- Très bonnes propriétés psychométriques ; 1 facteur
- YFAS validée en allemand, français, espagnol, italien, chinois, ...
- Validation de l'échelle YFAS 2.0 (**DSM-5**)

YFAS: Gearhardt et al. 2009 Appetite

Avena et al. 2011 Addiction

YFAS 2.0 : Gearhardt et al. 2016 Psychol Addict Behav

V Fr: Brunault et al. 2014 et 2017 Canadian J Psychiatry

Consignes pour remplir l'échelle: Ce questionnaire porte sur vos habitudes alimentaires de l'année passée. Les gens ont parfois du mal à maîtriser leur consommation de certains aliments tels que:

- Les aliments sucrés comme la crème glacée, le chocolat, les beignets, les paquets de biscuits, les gâteaux et les bonbons.
- Les féculents comme le pain blanc, les petits pains, les pâtes et le riz.
- Les aliments salés comme les chips, les bretzels et les biscuits.
- Les aliments gras comme le steak, le bacon, les hamburgers, les cheeseburgers, les pizzas et les frites.
- Les boissons sucrées comme le soda.

Pour les questions suivantes qui portent sur « CERTAINS ALIMENTS », pensez à tout aliment équivalent à ceux qui sont énumérés ci-dessus ou d'autres aliments avec lesquels vous avez eu des difficultés au cours de l'année passée.

Au cours des 12 derniers mois :

	Jamais	Une fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 4 fois par semaine	Plus de 4 fois par semaine ou tous les jours
1. Je pense que lorsque je commence à manger certains aliments, je finis par manger beaucoup plus que prévu.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Je constate que je continue à manger certains aliments même lorsque je n'ai plus faim.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Je mange jusqu'à me sentir « mal » physiquement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Le fait d'arrêter de manger certains types d'aliments ou de les réduire, est quelque chose qui me préoccupe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Je passe beaucoup de temps à me sentir endormi(e) ou fatigué(e) après avoir trop mangé.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Je me retrouve fréquemment en train de manger certains aliments tout au long de la journée.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Lorsque certains aliments ne sont pas disponibles, je vais aller les acheter. Par exemple, je ne vais pas hésiter à me rendre dans un magasin pour en acheter alors que j'ai d'autres aliments à la maison.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Il m'est arrivé de consommer certains aliments si souvent ou en si grandes quantités que je mangeais au lieu de travailler, au lieu de passer du temps avec ma famille ou mes amis, ou de réaliser des activités importantes ou des activités de loisirs que j'apprécie habituellement.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

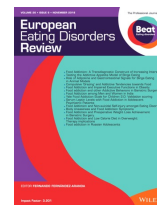
	Jamais	Une fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 4 fois par semaine	Plus de 4 fois par semaine ou tous les jours
13. J'ai consommé certains aliments pour éviter de me sentir anxieux, agité ou de développer d'autres symptômes physiques (Merci de ne pas inclure ceux provoqués par l'arrêt de boissons contenant de la caféine comme certains sodas, le café, le thé, les boissons énergisantes, etc.).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. J'ai constaté que j'avais un besoin plus important ou une envie irrésistible de manger certains aliments lorsque j'en diminuais la consommation ou lorsque j'arrêtais d'en manger.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Mon comportement vis-à-vis la nourriture et de l'alimentation est source d'une souffrance marquée.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Je rencontre des difficultés importantes pour mener à bien mes activités (pour les tâches quotidiennes, le travail / l'école, les activités sociales, les activités familiales, problèmes de santé) à cause de la nourriture et de l'alimentation.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Addiction à l'alimentation : Prévalence et facteurs associés

Prévalence

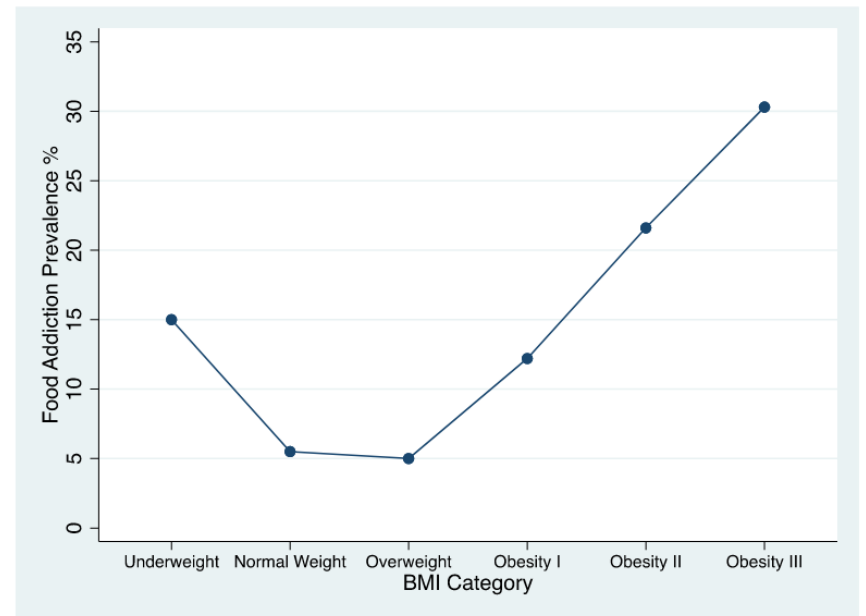
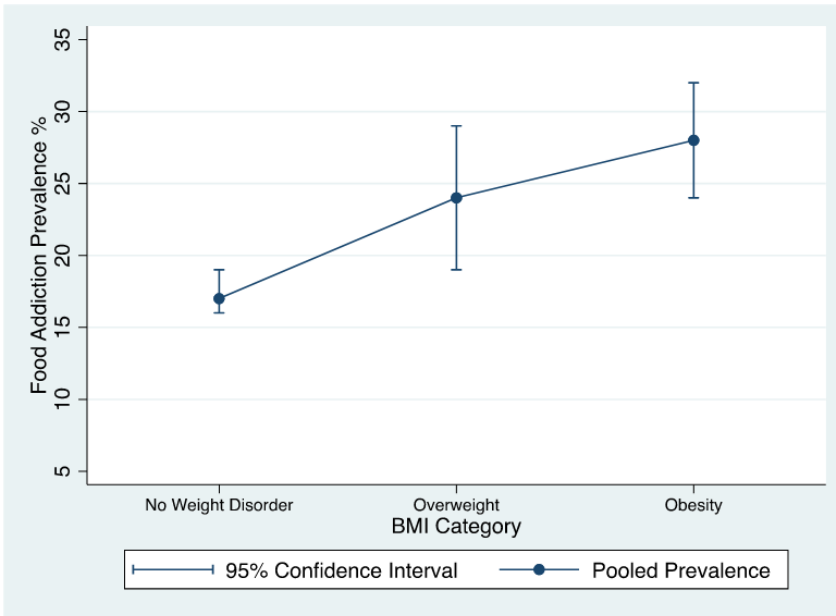
TABLE 2 Meta-analysis results on the prevalence of general food addiction, clinical and non-clinical sample, clinical conditions, gender, pandemic COVID-19, age group, YFAS version, type of collection and risk of bias ($n = 272$)

	Articles	n	N	Pooled prevalence	Lower 95% CI	Upper 95% CI	I^2
Total	272	25,879	256,936	20	18	21	98.46
Weight disorders							
No weight disorders	174	20,659	232,335	17	16	19	98.51
Overweight	41	2518	14,768	24	19	29	97.85
Obesity	58	3233	13,948	28	24	32	96.87
Bariatric surgery	39	2177	9605	28	24	32	94.90
Eating disorder							
Anorexia (non-clinical diagnosis)	10	788	7331	12	6	19	98.59
Anorexia (clinical diagnosis)	11	828	1965	44	26	62	98.57
Bulimia (non-clinical diagnosis)	14	1313	9353	16	09	25	99.17
Bulimia (clinical diagnosis)	18	1221	3070	48	35	62	98.20
Binge eating (non-clinical diagnosis)	3	199	1130	18	4	38	98.73
Binge eating (clinical diagnosis)	5	308	521	55	34	75	95.49
Sex							
Female	22	8791	138,554	24	16	34	98.87
Male	2	47	212	27	10	49	87.29
Both	247	16,600	114,394	19	18	21	98.06



Praxedes et al. meta-analysis (2021 Eur Eat Dis Rev)

Addiction à l'alimentation: populations à risque



Wiss 2022

Praxedes et al. 2021 (meta-analysis); Hauck et al. 2017

Addiction à l'alimentation : quelle utilité clinique ?

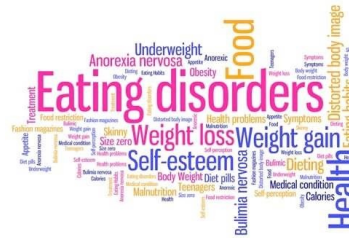
Granero 2014; Hauck 2020
Cassin 2020



Addiction à
l'alimentation



Vs.



Plus forte sévérité du
TCA

Phénotype distinct du BED

Plus de troubles
psychopathologiques et
psychiatriques

Facteurs associés ? (études surtout dans l'obésité)



Facteurs individuels

- Âge >35 ans, **sexe** féminin
- **Statut marital** (célibataire)
- **Personnalité** (↑N, ↓E, ↓C, ↑impulsivité)



Variables biologiques et physiologiques

- **Obésité**: âge début ? (± sévérité?)
- **Neurobiologiques** (récompense/opioïde)

Symptômes

- **Dépression**
- **Stress post-traumatique**
- **TDAH** dans enfance
- **Régulation émotionnelle**

Addiction à l'alimentation

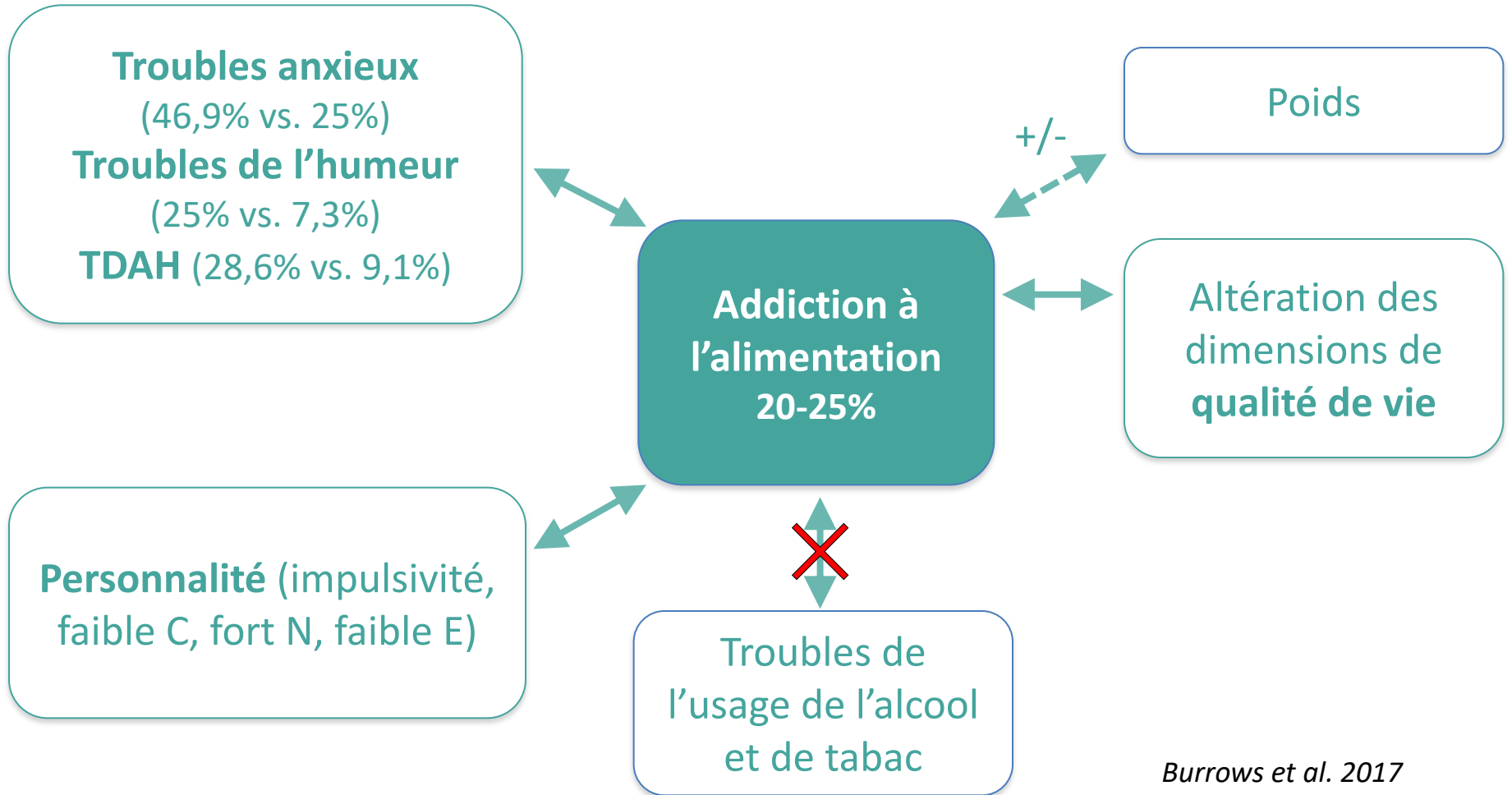


Facteurs environnementaux

- **Atcd** de traumatismes physiques/sexuels



AA : Facteurs associés chez les personnes avec obésité sévère



Burrows et al. 2017
Meule & Gearhardt 2019 Curr Add Rep
Benzerouk 2018 Psychiatry Res
Brunault 2019 Appetite

Addiction à l'alimentation et TCA

Food Addiction in a Spanish Sample of Eating Disorders: DSM-5 Diagnostic Subtype Differentiation and Validation Data

Roser Granero^{1,2†}, Ines Hilker^{3†}, Zaida Agüera², Susana Jiménez-Murcia^{2,3,4}, Sarah Sauchelli³, Mohammed A. Islam², Ana B. Fagundo^{2,3}, Isabel Sánchez³, Nadine Riesco³, Carlos Dieguez^{2,5}, José Soriano⁶, Cristina Salcedo-Sánchez⁶, Felipe F. Casanueva^{2,7}, Rafael De la Torre^{2,8}, José M. Menchón^{3,4,9}, Ashley N. Gearhardt¹⁰ & Fernando Fernández-Aranda^{2,3,4*}

- Anorexie mentale restrictive = 50%
 - Anorexie mentale purgative = 85,7%
 - Boulimie nerveuse = 81,5%
 - Hyperphagie boulimique = 76,9%
- Association avec sévérité du TCA, faible perception intéroceptive, traumatismes dans l'enfance

Granero et al. Eur Eat Disorders Rev 2014

Fauconnier et al. Nutrients 2020

Tran et al. Psychiatry Res 2020

Bou Khalil et al. Nutrients 2020

Addiction à l'alimentation : Implications



Comprendre



Évaluer



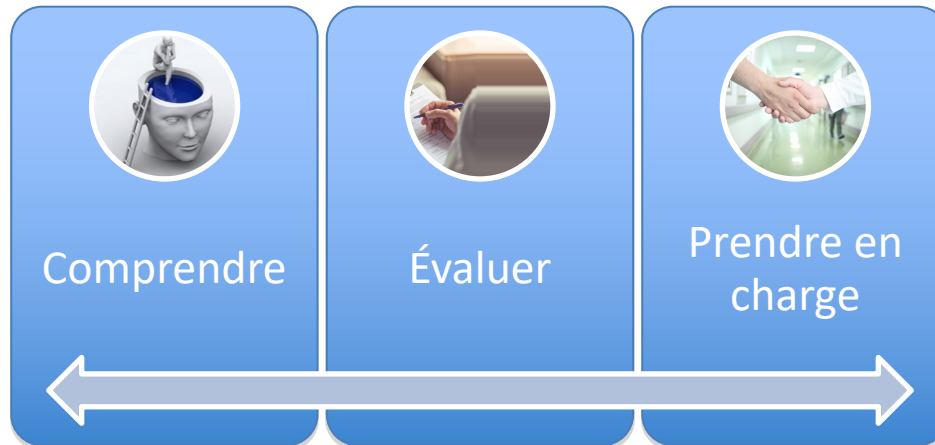
Prendre en
charge



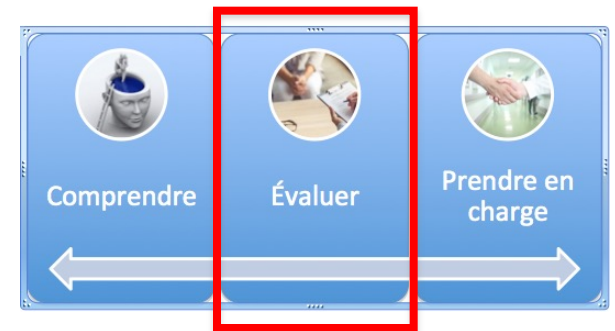
Situation clinique



- Quelles implications d'une conceptualisation addictologique du trouble ?

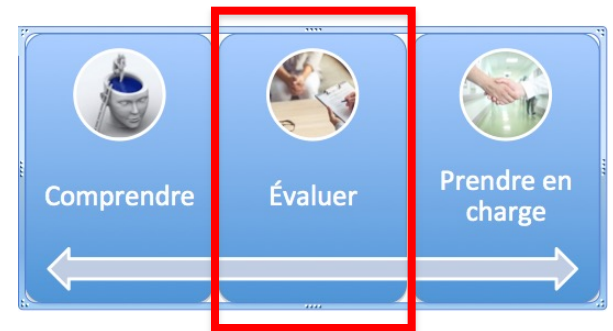


Implications



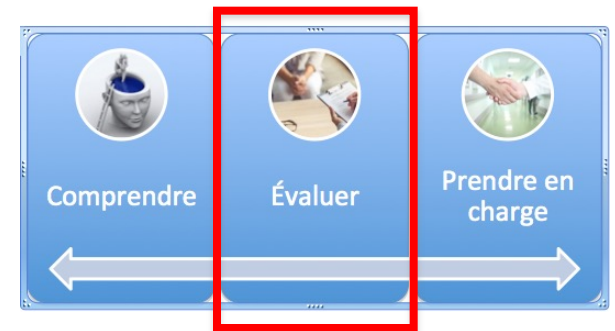
1. Évaluation sémiologique du comportement alimentaire
 - Perte de contrôle vs. Quantités consommées
2. Évaluation de la motivation au changement
3. Repérage des troubles psychiatriques co-occurrents
4. Évaluation de tous les dommages associés

Implications



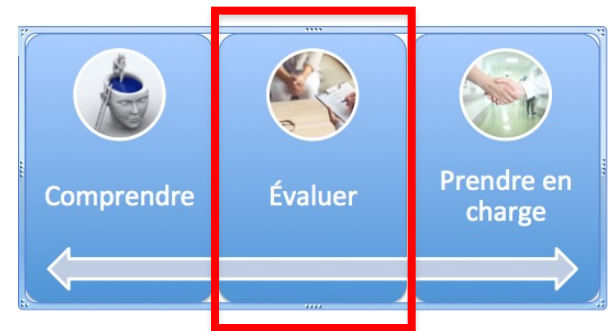
1. Évaluation sémiologique du comportement alimentaire
 - Perte de contrôle vs. Quantités consommées
2. Évaluation de la motivation au changement
3. Repérage des troubles psychiatriques co-occurrents
4. Évaluation de tous les dommages associés

Implications



1. Évaluation sémiologique du comportement alimentaire
 - Perte de contrôle vs. Quantités consommées
2. Évaluation de la motivation au changement
3. Repérage des troubles psychiatriques co-occurrents
4. Évaluation de tous les dommages associés

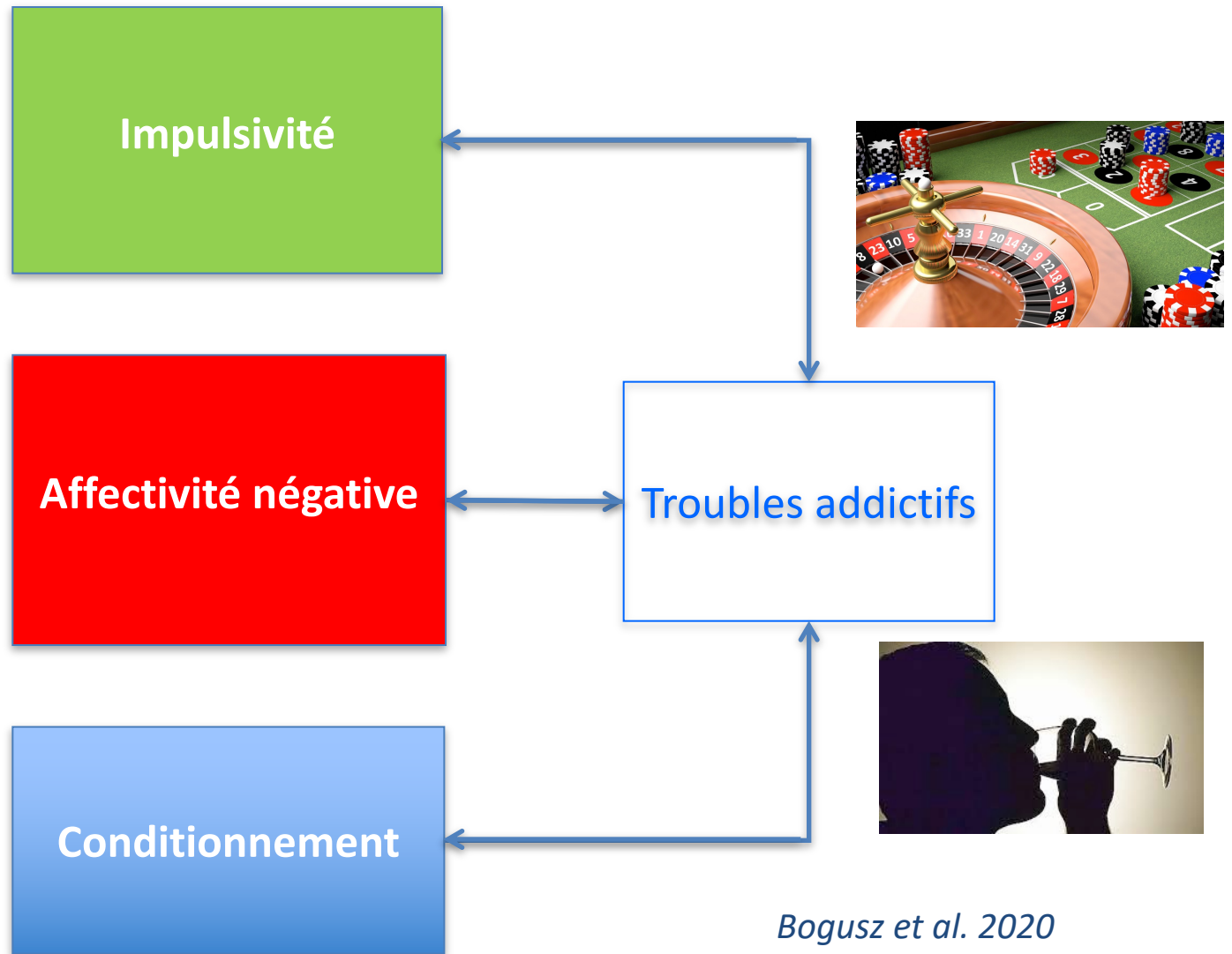
Implications



1. Évaluation sémiologique du comportement alimentaire
 - Perte de contrôle vs. Quantités consommées
2. Évaluation de la motivation au changement
3. Repérage des troubles psychiatriques co-occurrents
4. Évaluation de tous les dommages associés

Une destination, plusieurs chemins...

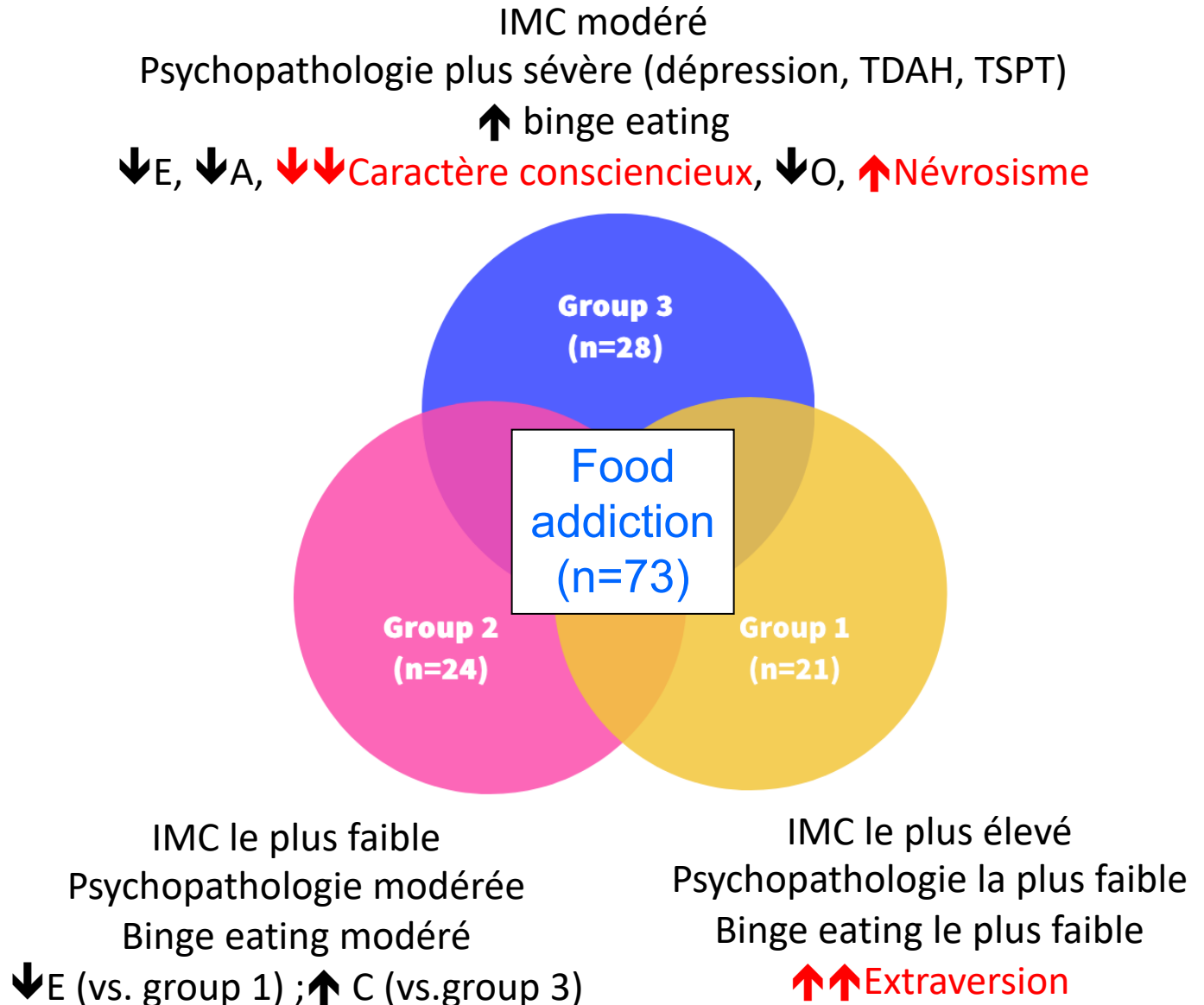




*Bogusz et al. 2020
Noel et al. 2013;Blaszczinski et Nower, 2002
Moore et al. 2017*

Profils de patients avec obésité et AA ?

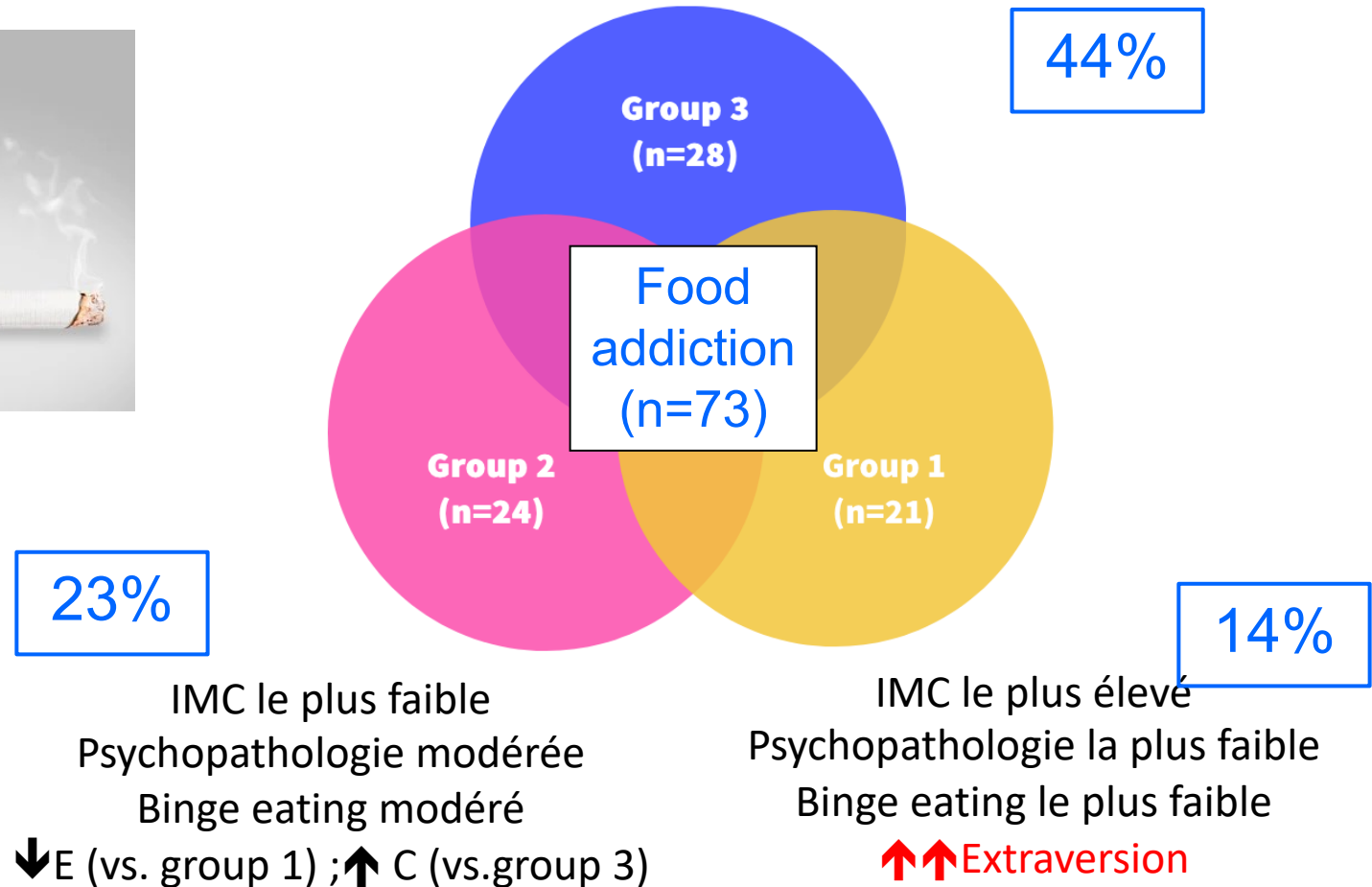
Analyse hiérarchique en cluster auprès de 73 candidats à chir bariatrique avec AA



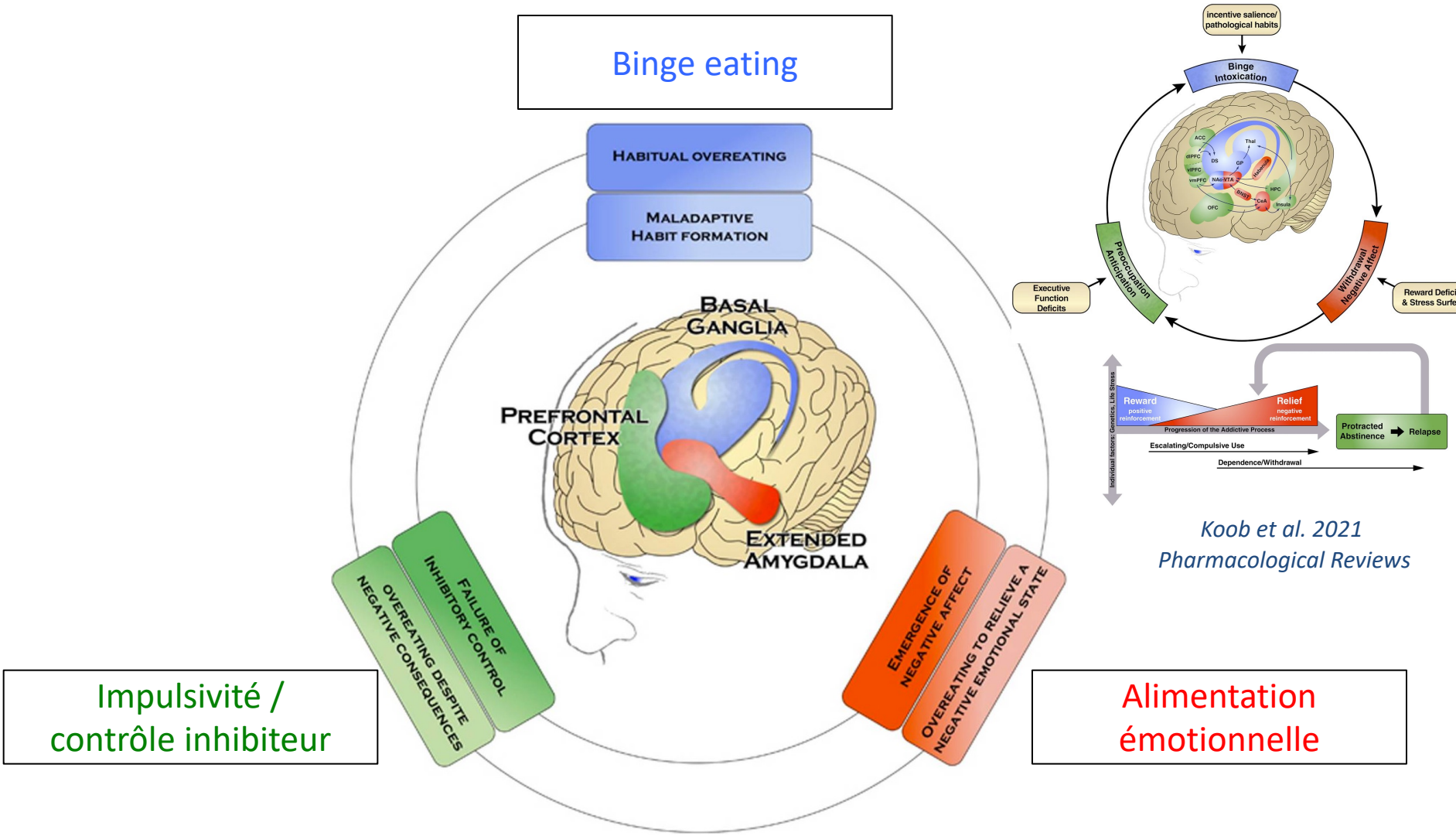
Profils de patients avec obésité et AA ?

Analyse hiérarchique en cluster auprès de 73 candidats à chir bariatrique avec AA

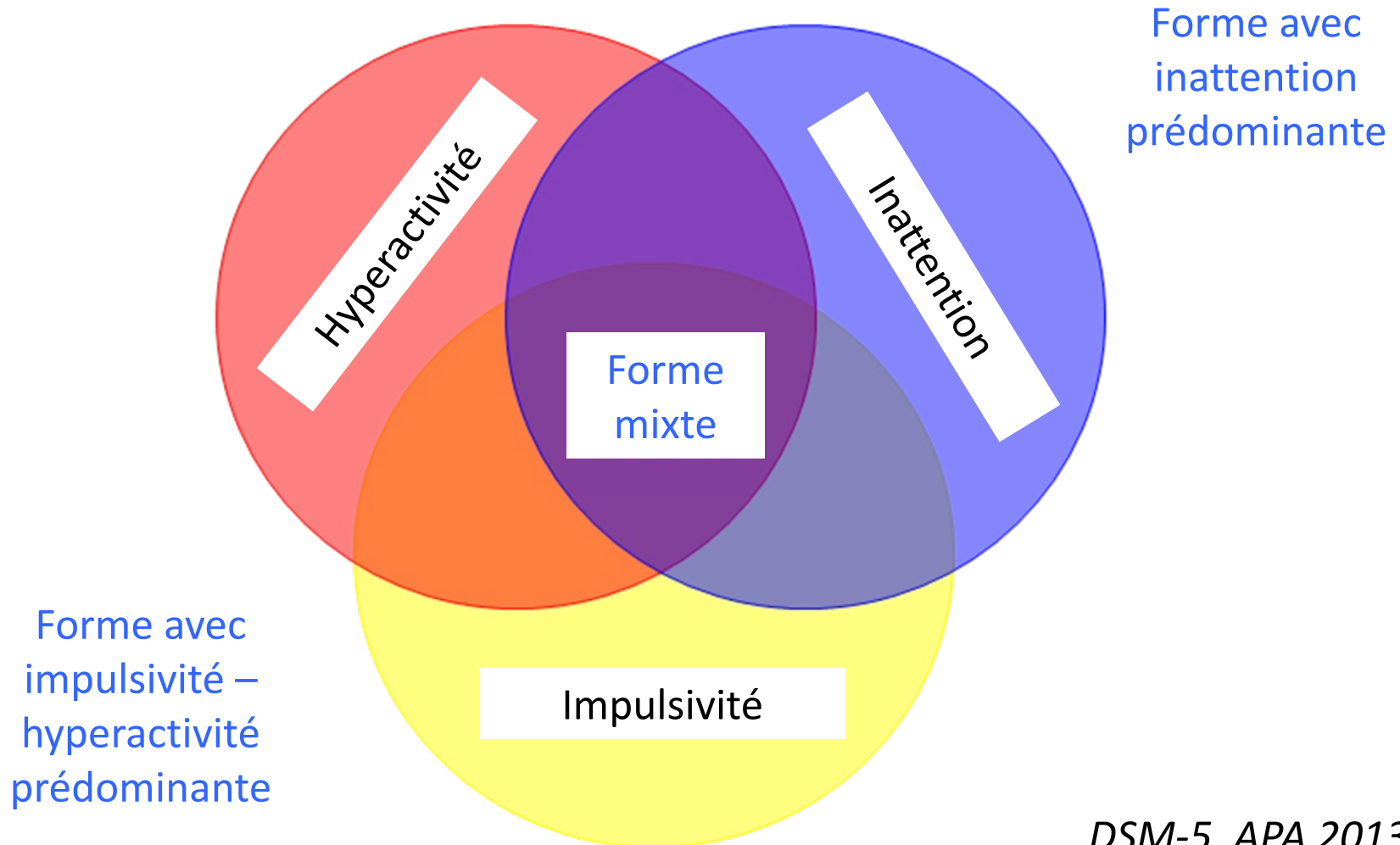
IMC modéré
Psychopathologie plus sévère (dépression, TDAH, TSPT)
↑ binge eating
↓E, ↓A, ↓↓Caractère consciencieux, ↓O, ↑Névrosisme



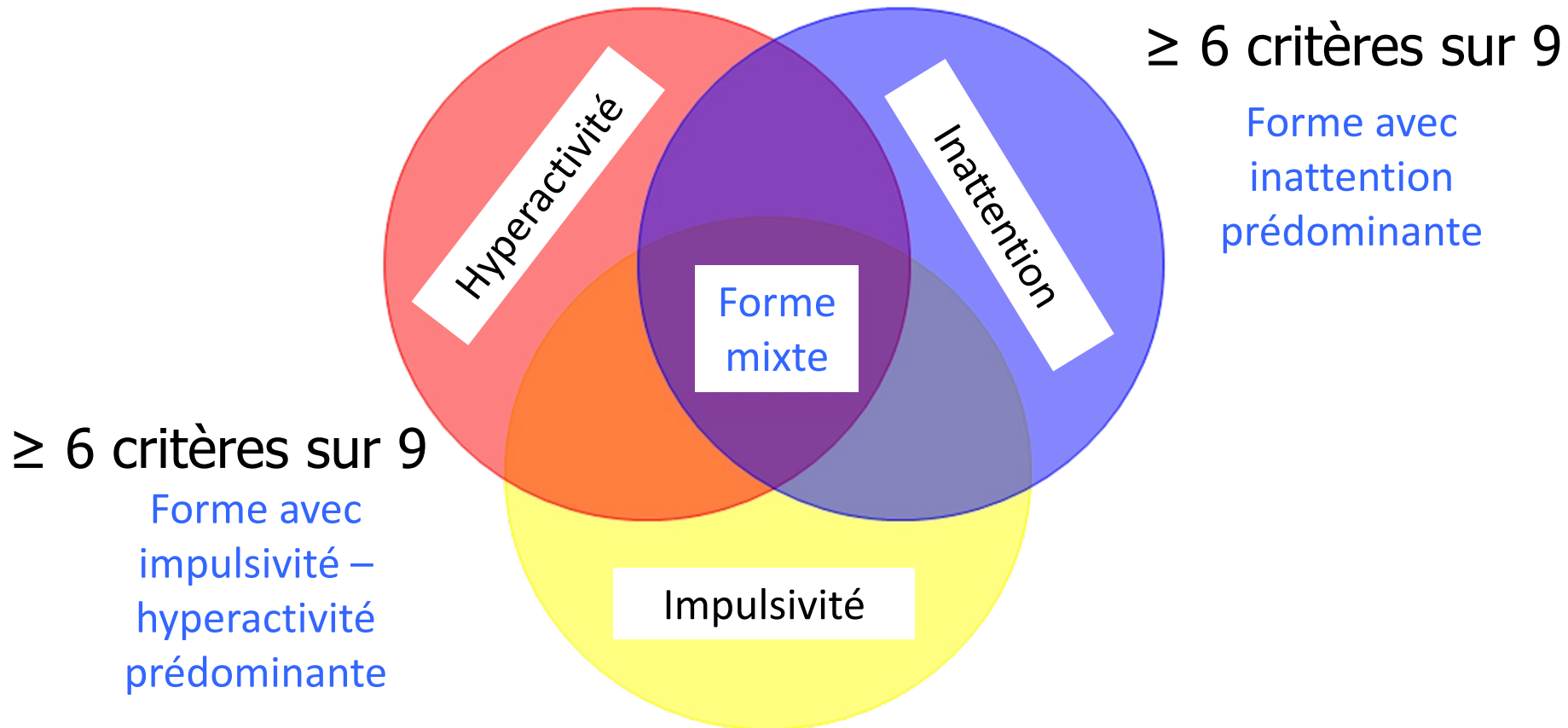
Compulsive eating behavior



Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité



TDAH : définition clinique

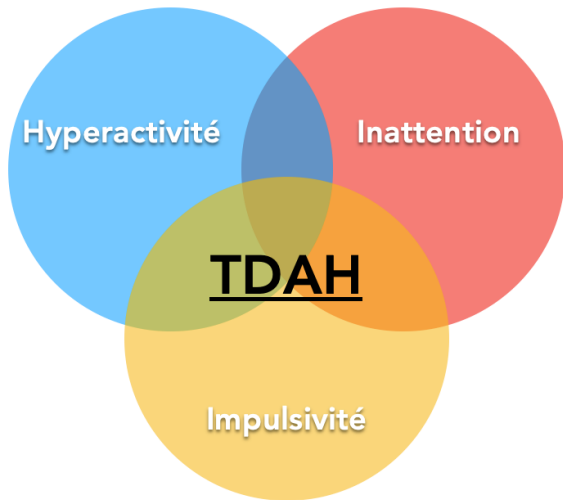


Début avant l'âge de 12 ans
Altération du fonctionnement
Dans au moins 2 types d'environnements
Exclusion (schizophrénie)

DSM-5, APA 2013

Le TDAH, facteur de vulnérabilité d'AA et de binge eating ?

26,7% (DIVA 2.0)



22% (ASRS/WURS)

Candidats à
une chirurgie bariatrique
Brunault et al. 2019 Appetite

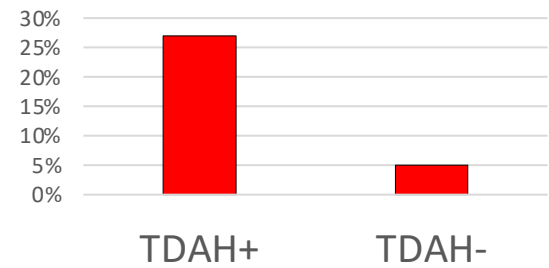


Patients hospitalisés pour
trouble de l'usage d'alcool

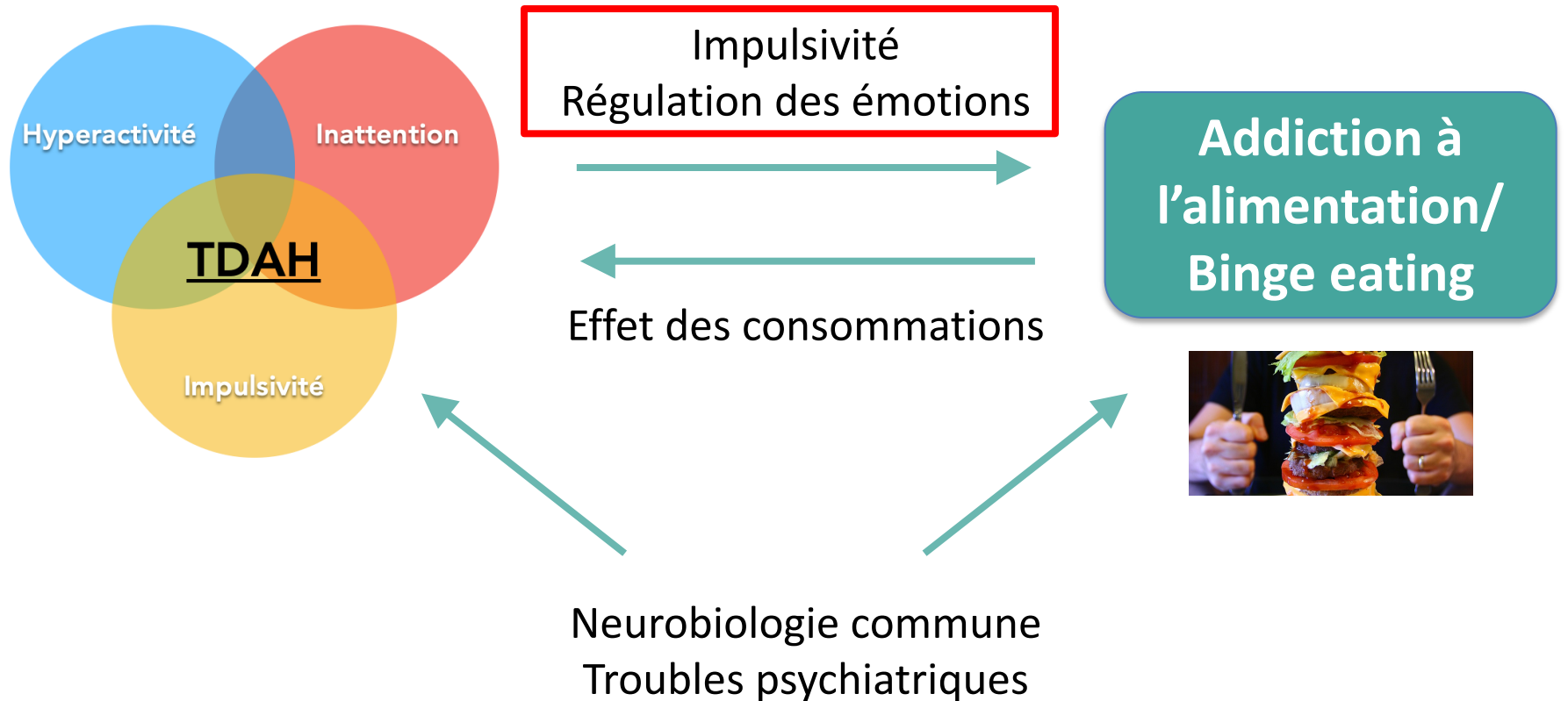
El Ayoubi et al. 2022 Appetite



**Addiction à
l'alimentation/
Binge eating**






Le TDAH, facteur de vulnérabilité d'AA et de binge eating ?



*Urcelay & Dalley 2012; Khantzian 1997; Cortese et al. 2016
Van Emmerik-Van Oortmersenn et al. 2012*

Review

Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review

Sarah El Archi ¹, Samuele Cortese ^{2,3,4,5}, Nicolas Ballon ^{6,7}, Christian Réveillère ¹,
Arnaud De Luca ^{8,9}, Servane Barrault ^{1,10,†} and Paul Brunault ^{1,6,7,*,†}

Abstract: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is associated with disordered eating, especially addictive-like eating behavior (i.e., binge eating, food addiction, loss of control overeating). The exact mechanisms underlying this association are unclear. ADHD and addictive-like eating behavior are both associated with negative affectivity and emotion dysregulation, which we hypothesized are mediators of this relationship. The purpose of this systematic review was to review the evidence related to this hypothesis from studies assessing the relationship between childhood or adulthood ADHD symptomatology, negative affectivity, emotion dysregulation and addictive-like eating behavior. The systematic review followed the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) recommendations. The literature search was conducted in PubMed and PsycINFO (publication date: January 2015 to August 2020; date of search: 2 September 2020). Out of 403 potentially relevant articles, 41 were retained; 38 publications reported that ADHD and disordered eating or addictive-like eating behavior were significantly associated, including 8 articles that suggested a mediator role of negative affectivity or emotion dysregulation. Sixteen publications reported that the association between ADHD symptomatology and disordered eating or addictive-like eating behavior differed according to gender, eating behavior and ADHD symptoms (hyperactivity, impulsivity and inattention). We discuss the practical implications of these findings and directions future research.

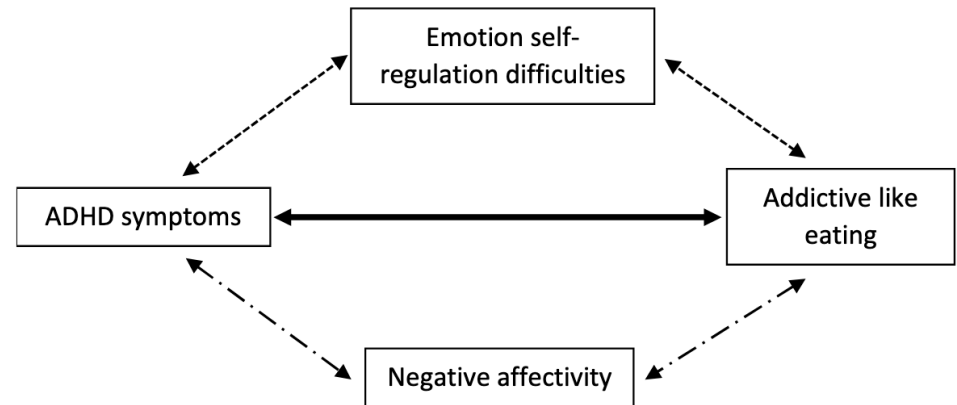
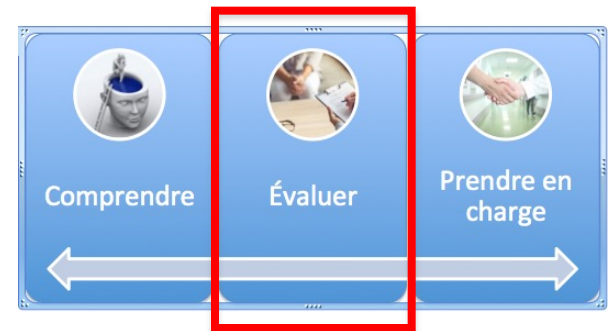


Figure 3. Model illustrating association between ADHD symptoms and disordered eating mediated by emotion self-regulation difficulties and negative affectivity. \longleftrightarrow : [9,11,103,105,112,113,116,117,120–124,126,127,129–138]. \dashrightarrow : [135]. \dashleftarrow : [108,109,112,126,137,138].

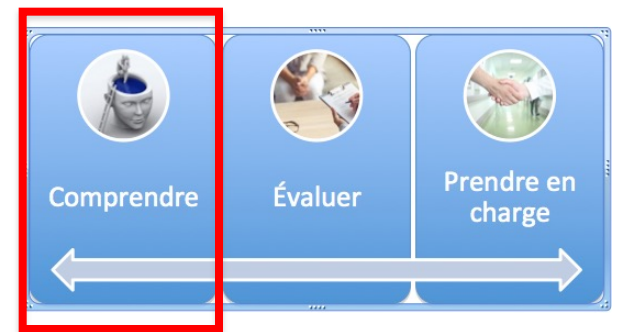
El Archi et al. 2021 Nutrients

Implications



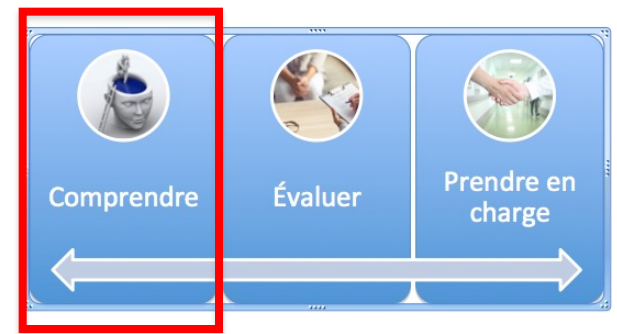
1. Évaluation sémiologique du comportement alimentaire
 - Perte de contrôle vs. Quantités consommées
2. Évaluation de la motivation au changement
3. Repérage des troubles psychiatriques co-occurents
4. Évaluation des dommages associés

Implications



1. Comprendre la motivation au changement des patients : L'ambivalence vis-à-vis du changement est la règle plutôt que l'exception
2. Prendre en compte les différences inter-individuelles (troubles psychiatriques et psychopathologiques co-occurents)
3. Resituer l'alimentation dans une perspective biopsychosociale (notamment l'accessibilité et la représentation de l'objet « alimentation »)

Implications



1. Comprendre la motivation au changement des patients
2. Prendre en compte les différences inter-individuelles (troubles psychiatriques et psychopathologiques co-occurents)
3. Resituer l'alimentation dans une perspective biopsychosociale

On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres.



Comprendre la motivation au changement des patients (pour mieux personnaliser la prise en charge)

3 dimensions de la motivation au changement

Prochaska et Di Clemente 1984
Miller et Rollnick 1991

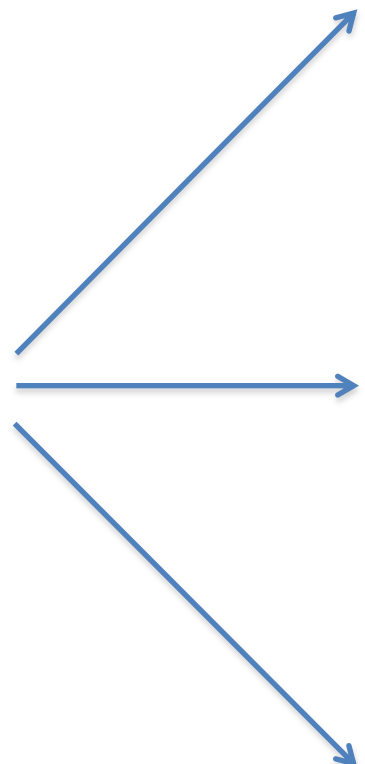


*Balance
décisionnelle*



Comprendre la motivation au changement des patients (pour mieux personnaliser la prise en charge)

3 dimensions de
la motivation
au changement

A central point on the left has three blue arrows pointing outwards to the right. The top arrow points to the text 'Importance du changement selon l'individu (vouloir changer)'. The middle arrow points to 'Confiance dans le changement (se sentir capable)'. The bottom arrow points to 'Disposition au changement (se sentir prêt)'.

```
graph LR; A[3 dimensions de la motivation au changement] --> B[Importance du changement selon l'individu (vouloir changer)]; A --> C[Confiance dans le changement (se sentir capable)]; A --> D[Disposition au changement (se sentir prêt)];
```

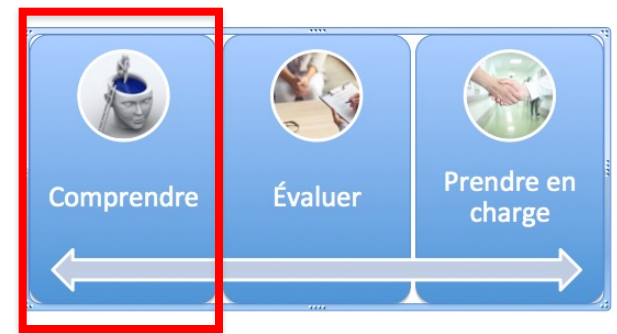
Prochaska et Di Clemente 1984
Miller et Rollnick 1991

Importance du changement
selon l'individu
(*vouloir changer*)

Confiance dans
le changement
(*se sentir capable*)

Disposition
au changement
(*se sentir prêt*)

Implications

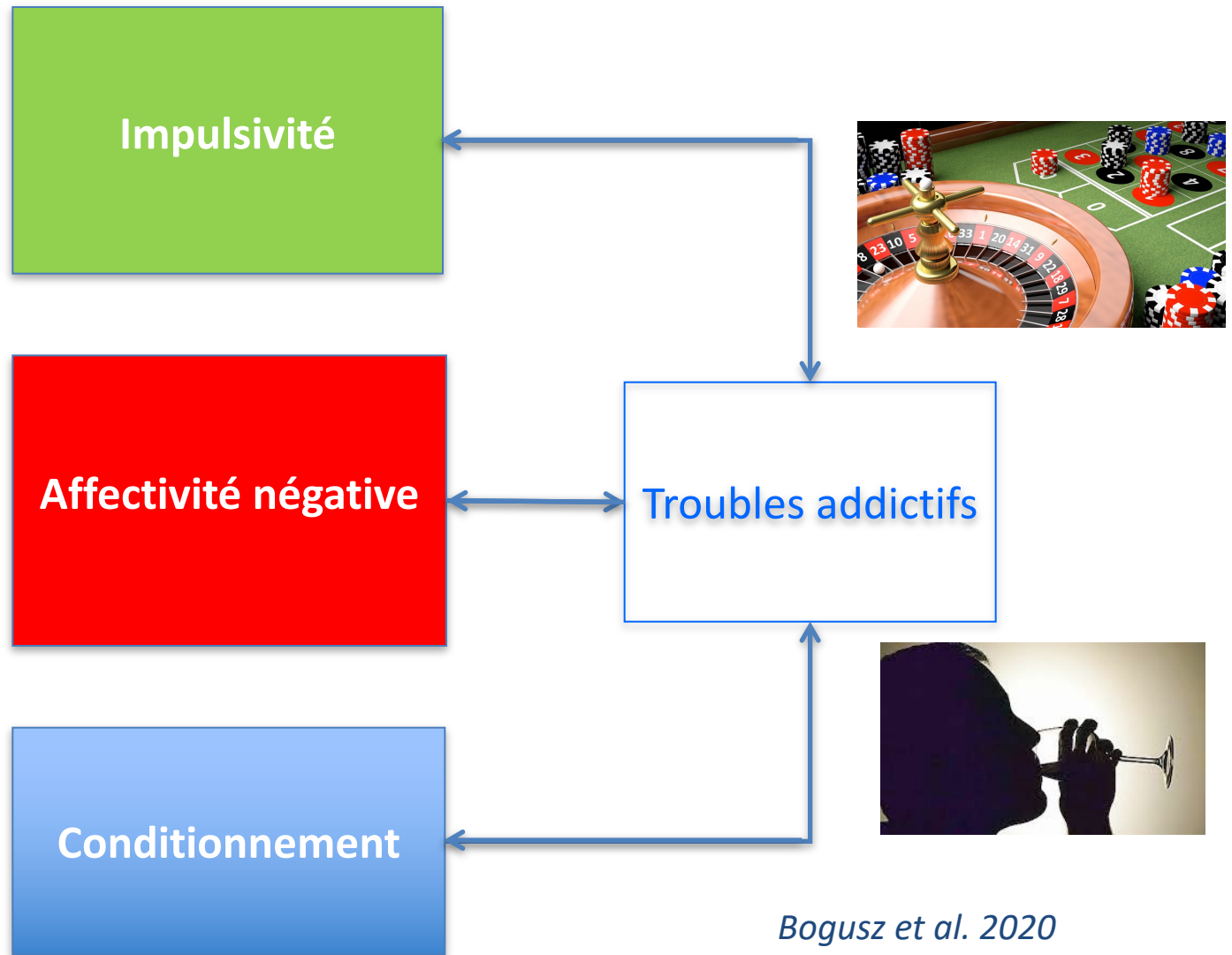


1. Comprendre la motivation au changement des patients
2. Prendre en compte les différences inter-individuelles (troubles psychiatriques et psychopathologiques co-occurents)
3. Resituer l'alimentation dans une perspective biopsychosociale

Une destination, plusieurs chemins...

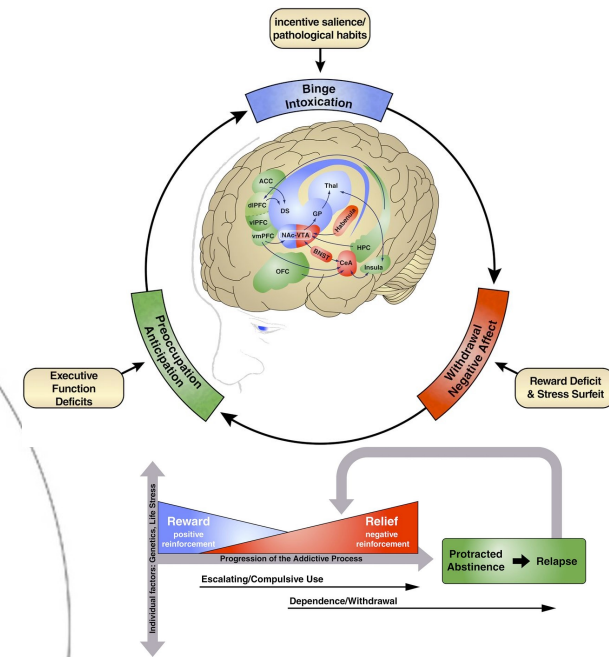
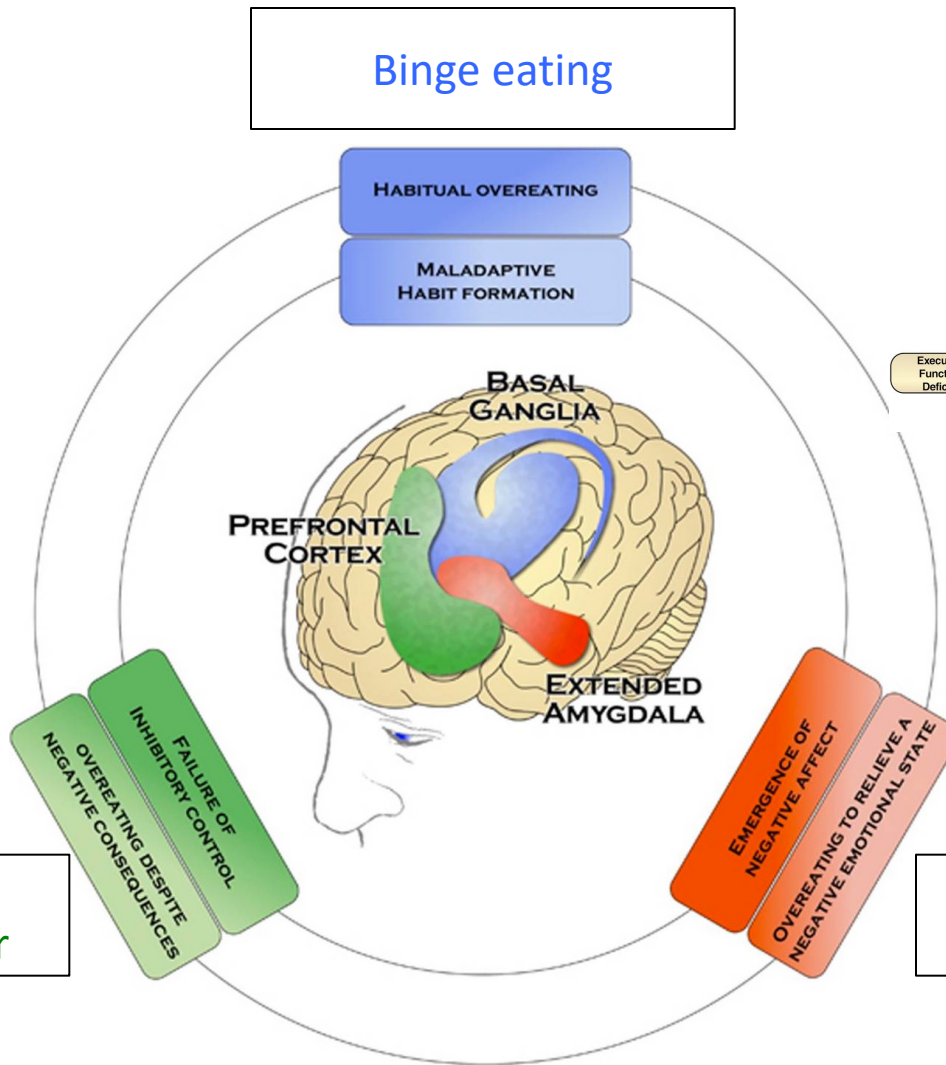


L'existence d'un facteur de risque
n'empêche pas la recherche des autres !



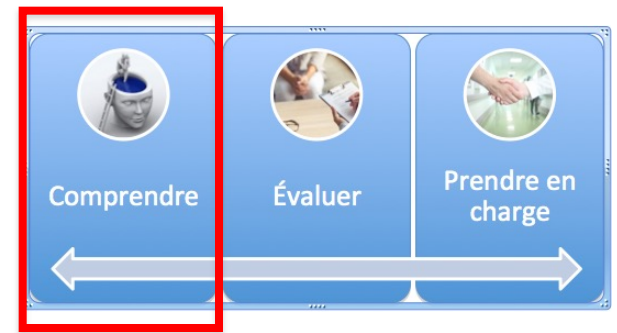
*Bogusz et al. 2020
Noel et al. 2013;Blaszczinski et Nower, 2002
Moore et al. 2017*

Compulsive eating behavior



Coob et al. 2021
Pharmacological Reviews

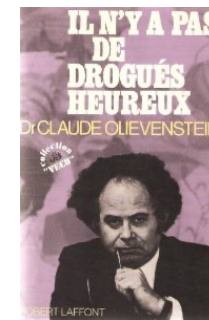
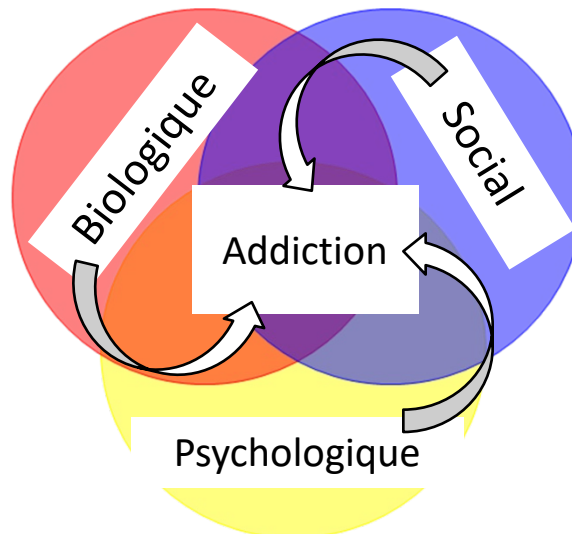
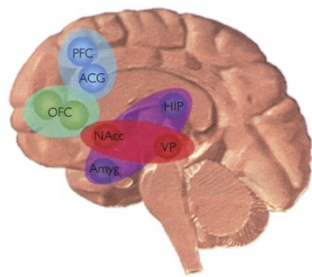
Implications



1. Comprendre la motivation au changement des patients
2. Prendre en compte les différences inter-individuelles (troubles psychiatriques et psychopathologiques co-occurents)
3. Resituer l'alimentation dans une perspective biopsychosociale

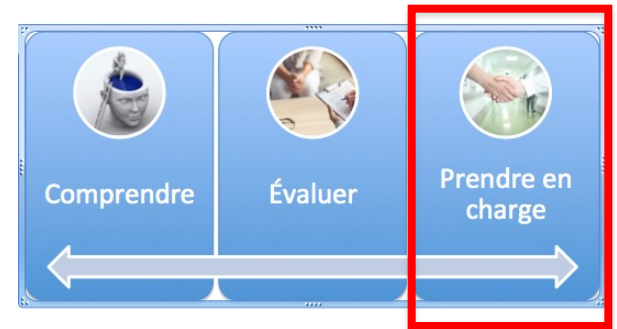
Resituer l'alimentation dans une perspective biopsychosociale

- « L'addiction est le fruit de la rencontre entre une personne, un produit (ou un comportement) et un moment socio-culturel donné »



Olievenstein 1977

Implications



1. Adapter l'objectif thérapeutique à la motivation du patient
2. Ne pas attendre la constitution d'un TCA constitué pour prendre en charge
3. Pec de l'AA doit être intégrée à pec globale
4. Personnaliser la prise en charge selon les troubles psychiatriques et psychopathologiques co-occurrents



Objectif thérapeutique

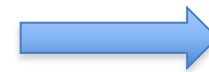
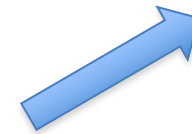
T0

6 mois plus tard

Abstinence

OU

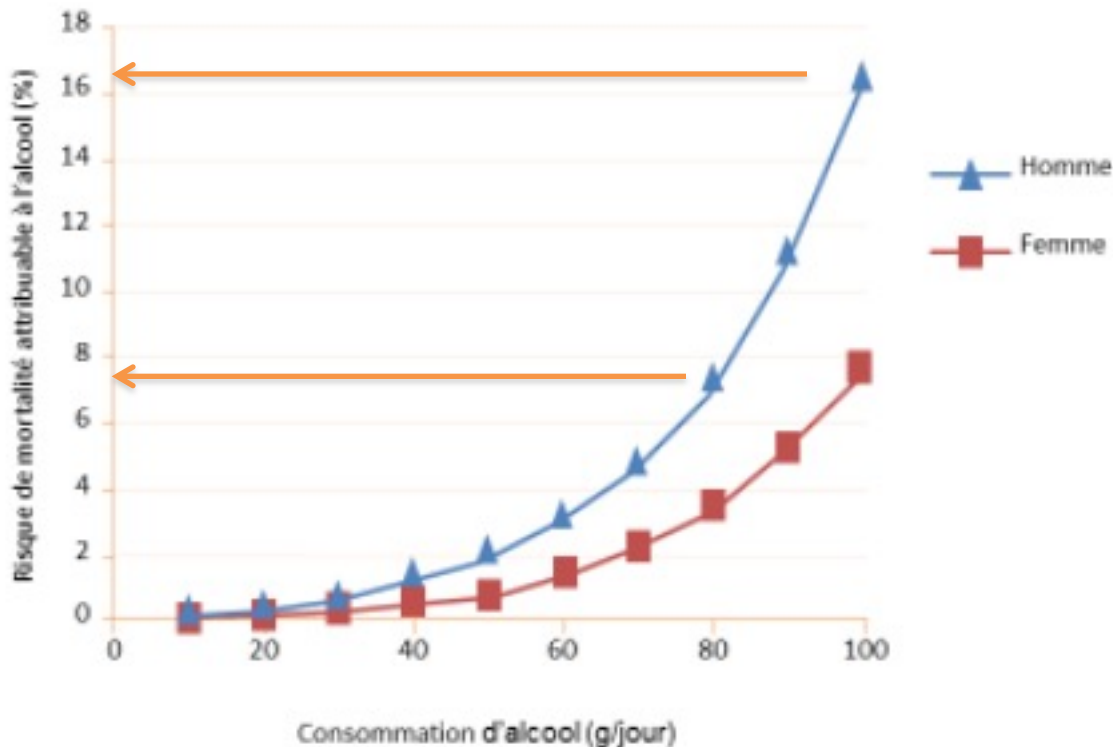
Réduction de
consommation



L'objectif se fixe avec le patient

Risques de perdus de vue si abstinence imposée à T0

Principe de réduction des risques et des dommages

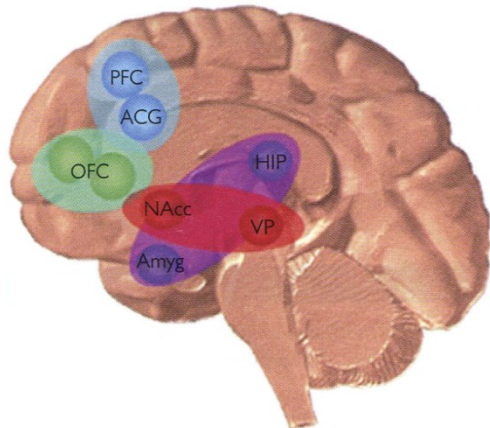
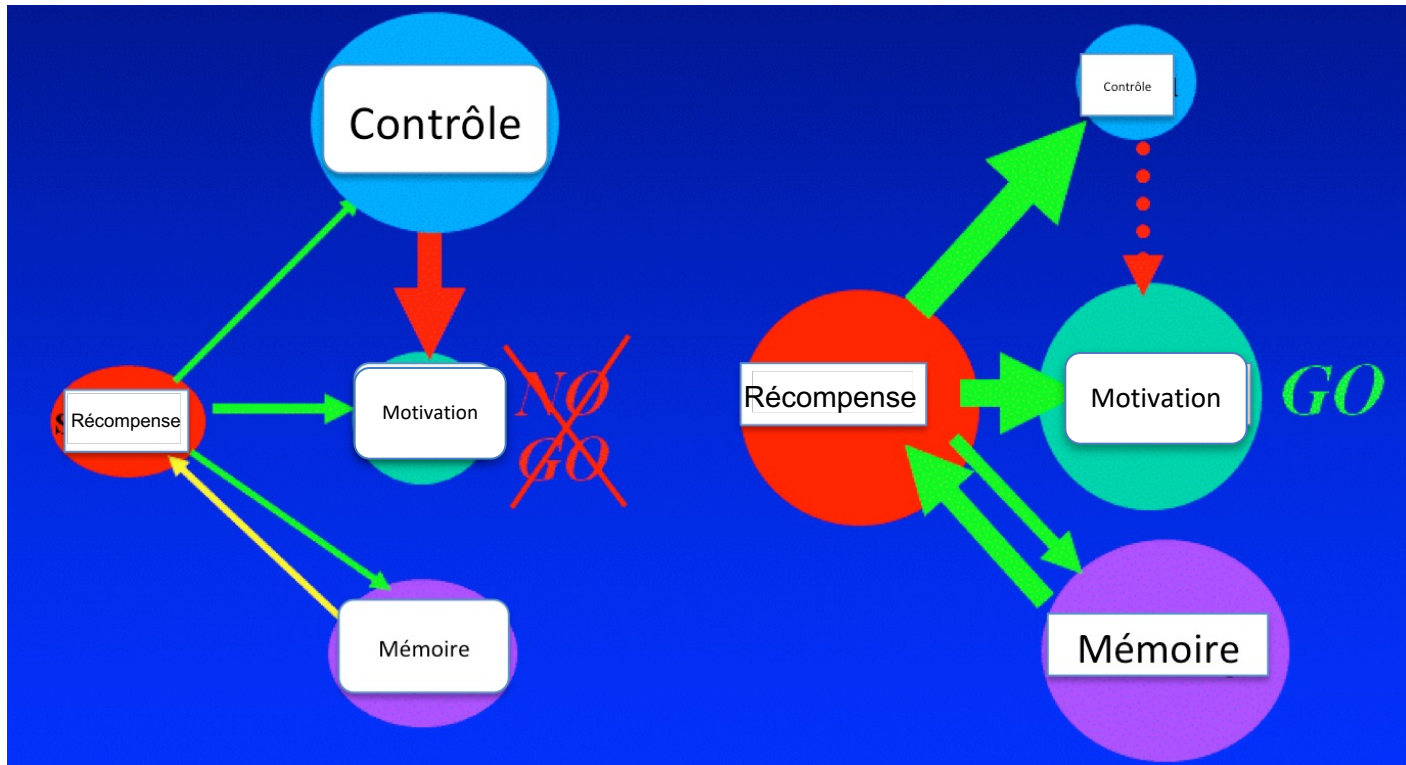


Si consommation de 10 verres par jour:

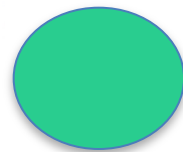
Diminution de 2 verres par jour = diminution de 50% de mortalité

« Non addict »

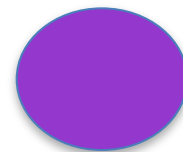
« Addict »



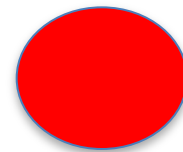
Contrôle cognitif
Cortex préfrontal et
cingulaire



Motivation (et
« salience
attribution »)
Cortex
orbitofrontal



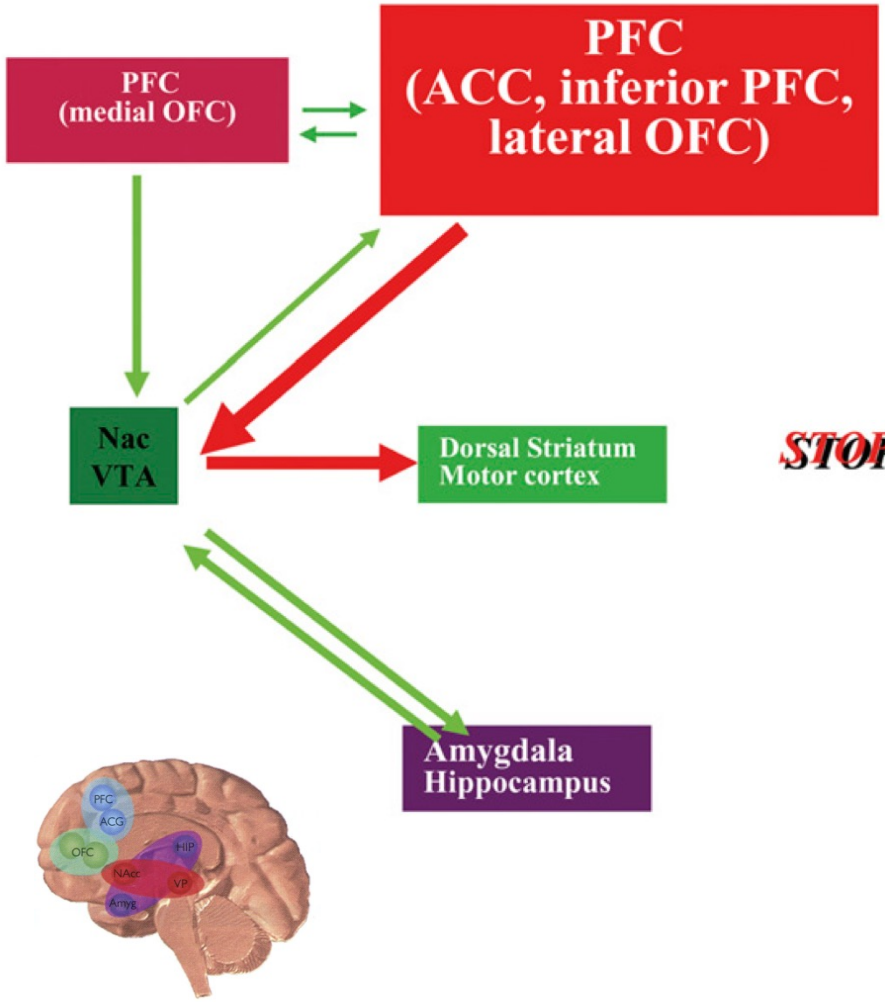
Système d'apprentissage
et de mémoire
Amygdale et hippocampe



Système de récompense
Nucleus accumbens –
striatum

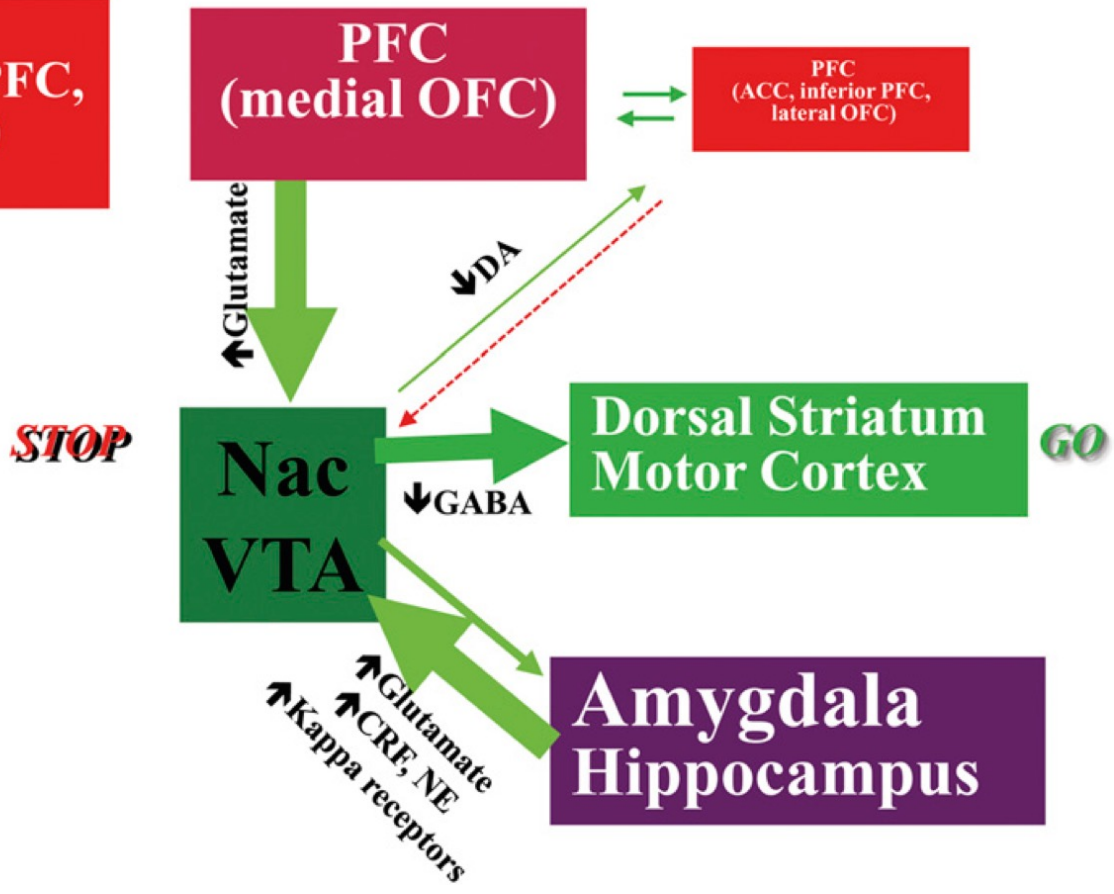
A

Non-Addicted Brain

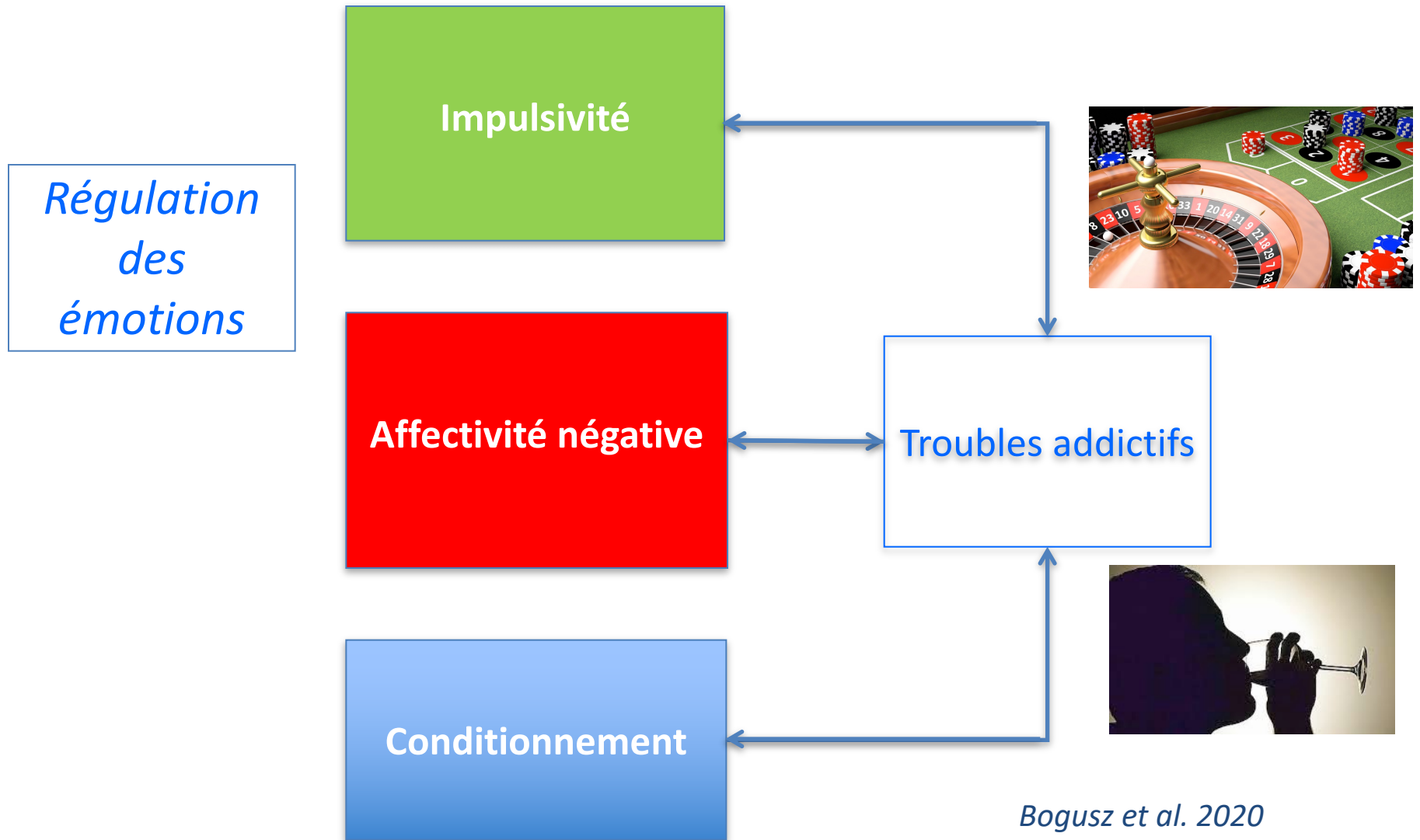


B

Addicted Brain

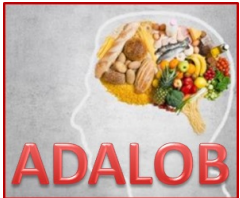


Prendre en charge les troubles psychopathologiques associés



*Bogusz et al. 2020
Noel et al. 2013;Blaszczinski et Nower, 2002
Moore et al. 2017*

PHRC Interrégional 2018



ADALOB: Impact d'une Thérapie comportementale et Cognitive par téléphone sur l'ADdiction à l'ALimentation chez des personnes avec obésité sévère ou morbide : essai contrôlé randomisé

(130 recrutés sur 154 ; en cours)

9 centres: Angers, Brest, Caen, Cherbourg, Nantes, Poitiers, Reims, Rennes, Tours

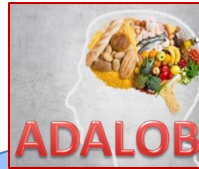
French HUGONUT – HUGOPSY Networks



GOHIER Bénédicte	Service de psychiatrie et addictologie/CHU d'Angers & Université d'Angers EA 4638
SALLE Agnès	Département d'endocrinologie-diabétologie-nutrition/CHU d'Angers
GRINER-ABRAHAM Véronique	Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychiatrie de liaison/CHU de Brest & Université de Brest EA 4686
DELARUE Jacques	Département de nutrition/CHU de Brest & Université de Brest INSERM FED 4216
GRALL-BRONNEC Marie	Service d'addictologie et de psychiatrie de liaison/CHU de Nantes & Université de Nantes – INSERM U1246 SPHERE
JACOBI David	Service d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition/CHU de Nantes & Université de Nantes, INSERM UMR 1087 / CNRS 6291
JAAFARI Nematollah	CH Henri Laborit & Université de Poitiers INSERM U1084
PIGUEL Xavier	Service de médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques/ CHU de Poitiers
LEVY Diane	CH Henri Laborit
SAVEY Véronique	CHU Caen

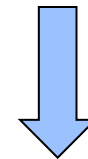
BENZEROUK Farid	CHU de Reims & Université de Reims Laboratoire C2S, EA 6291
BERTIN Éric	Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition/CHU de Reims
MOIRAND Romain	Univ Rennes, INSERM, INRA, CHU de Rennes, Institut NUMECAN (Nutrition, Métabolismes and Cancer) Unité d'Addictologie, SMF, F-35000 Rennes, France
THIBAUT Ronan	Univ Rennes, INSERM, INRA, CHU de Rennes, Institut NUMECAN (Nutrition, Métabolismes and Cancer), Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, F-35000 Rennes, France
BRUNAUT Paul	CHRU de Tours – Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie & Université de Tours INSERM U1253
BALLON Nicolas	CHRU de Tours – Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie & Université de Tours INSERM U1253
HANKARD Régis	Unité Mobile de Nutrition/CHU de Tours & Université de Tours INSERM U1069
DE LUCA Arnaud	Service de médecine interne-nutrition/CHU de Tours & Université de Tours INSERM U1069
BECHE Cindy	CH du Cotentin, Cherbourg

Introduction et motivation
au changement (1-2):
place alimentation dans la
vie, motivation au
changement, présentation
de la TCC, objectifs

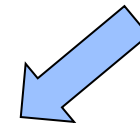


TCC adaptée à
l'addiction à
l'alimentation
chez les
personnes avec
obésité

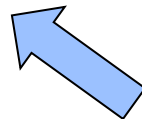
Travail comportemental
(3-5) :
Restriction cognitive, ttt au
long cours, planification,
activités agréables,
identifications situations à
risque



Travail cognitif (5-6):
Identification pensées
automatiques et schémas
cognitifs, pensées
alternatives



Travail émotionnel (7-9)
Identification émotions;
lien entre émotions,
situations, pensées et
comportement; régulation
des émotions

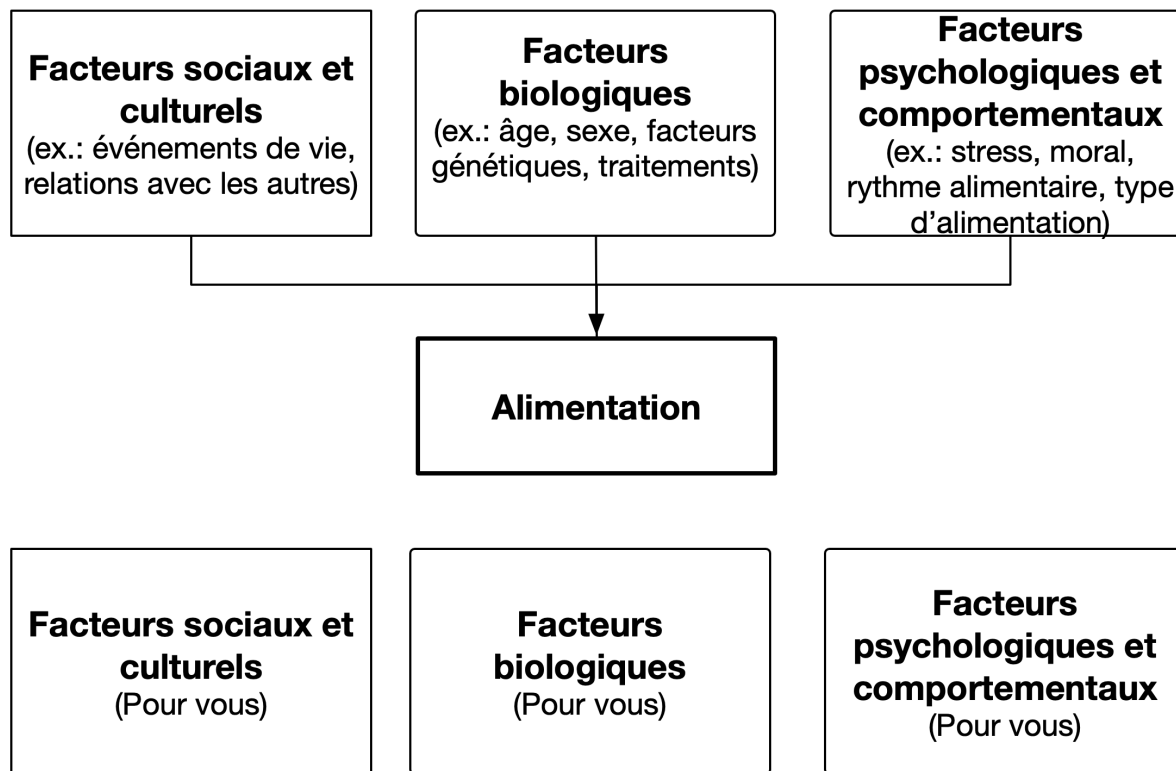


Prévention de la rechute
et revue du programme
(10-12):
Prévention de la rechute,
plan d'urgence, feedback
sur le programme

*Exemple de prise en charge en TCC de
l'AA chez des personnes avec obésité :
le programme ADALOB (PHRC-I 2018)*

Exemples d'exercice

Nous vous proposons ici de préciser quels sont, POUR VOUS, les facteurs qui pourraient contribuer à votre alimentation (vous pouvez vous aider des facteurs indiqués en exemple, mais vous pouvez aussi en indiquer de nouveaux).



Session 7. Document d'information : Qu'est-ce qu'une émotion ? A quoi servent les émotions ?

Les émotions correspondent à ce que nous ressentons psychologiquement dans une situation donnée et à un moment donné. Les émotions peuvent ainsi être associées à des sensations de plaisir, de déplaisir ou encore à des sensations liées à la tonalité agréable ou désagréable d'une situation donnée. Les émotions peuvent également être associées à des manifestations physiques (par exemple : avoir la gorge serrée, avoir des palpitations, avoir des sueurs, avoir du mal à respirer, avoir chaud à la tête, ...)

Il existe 6 émotions de base (que l'on appelle aussi « émotions primaires ») :

Tristesse - Colère - Joie - Dégoût – Peur – Surprise

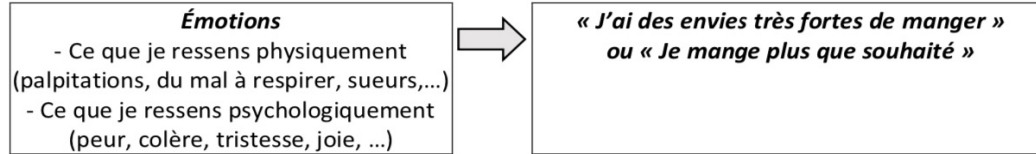
« émotions primaires »
6 pictogrammes



A vous de découvrir lesquelles se cachent derrière ces pictogrammes !

Session 7. Exercice n°1 : Identification des émotions et lien avec les prises alimentaires

Nous vous proposons d'utiliser la feuille d'auto-observation ci-dessous pour identifier les émotions que vous avez eues avant d'avoir des envies très fortes de manger ou avant de manger plus que souhaité. Pour chaque émotion, vous pouvez évaluer son intensité : de 0 (émotion absente) à 10 (émotion très forte).



Ressenti physique :

Ce qui se passe dans mon corps

.....

.....

.....

.....

.....

Ressenti psychologique :



Tristesse ? Intensité : / 10



Colère ? Intensité : / 10



Joie ? Intensité : / 10



Dégoût ? Intensité : / 10



Peur ? Intensité : / 10



Surprise ? Intensité : / 10



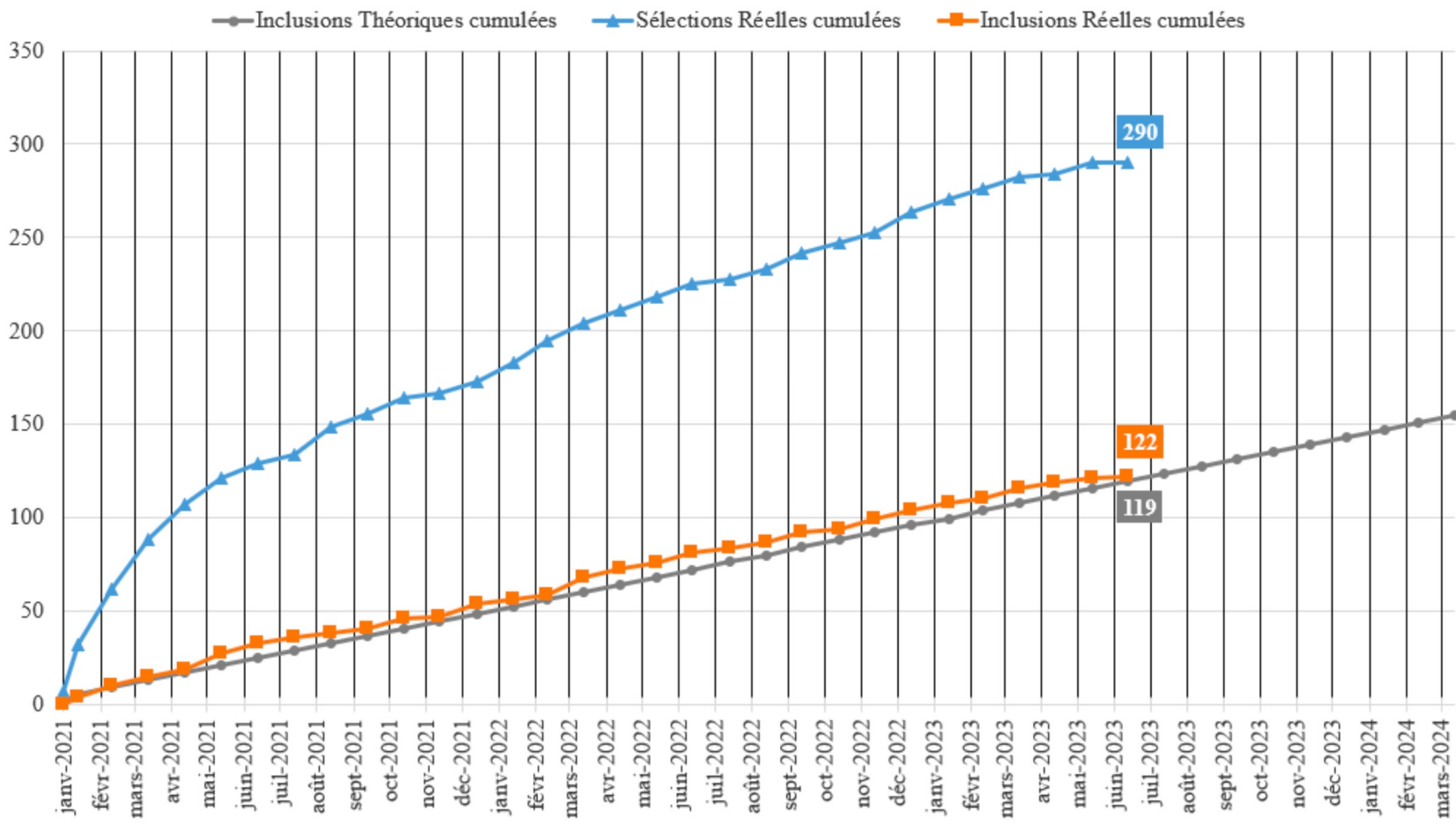
.....

.....

.....

.....

.....



Etude NABAb

PHRC-N

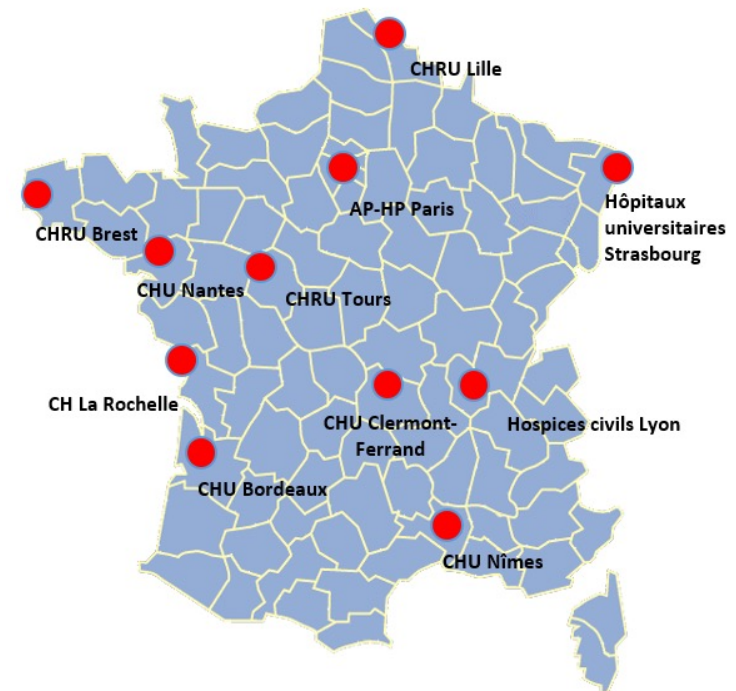
« Évaluation de l'efficacité du Nalméfène versus placebo en adjonction du traitement habituel sur le craving dans les addictions comportementales »



Investigateur coordonnateur
Pr Marie GRALL-BRONNEC

Coordinatrice de l'étude
Dr Gaëlle CHALLET

Promoteur
CHU de Nantes



Situation clinique

Comment caractériser le comportement alimentaire ?

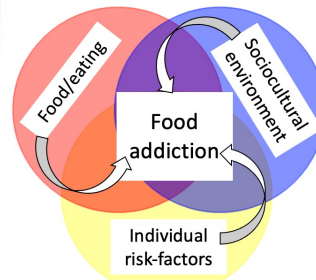
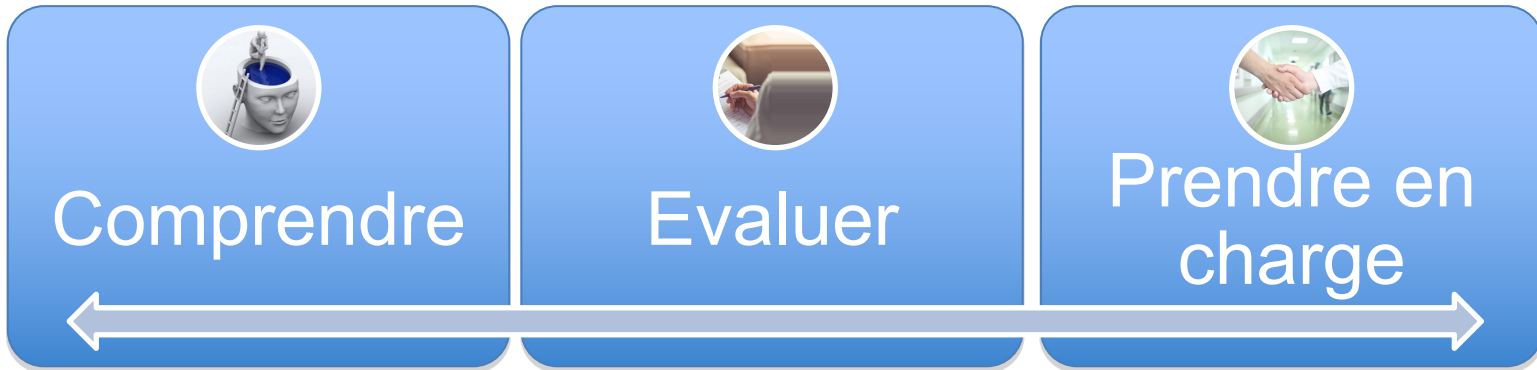
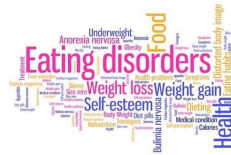
Comment aborder cette patiente (sur le plan alimentaire)?



Comment aider la patiente à comprendre et faire face à ces difficultés ?

Comment intégrer les soins psychologiques / psychiatriques à la prise en charge multidisciplinaire ?

Addiction à l'alimentation: messages clés





INSERM U1253



EE 1901



Merci
pour votre attention

Remerciements



Service de Médecine Interne
Nutrition
Pôle de Psychiatrie et
d'Addictologie

paul.brunault@univ-tours.fr

DIU - TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Modalités d'accès

- ▶ Sur dossier de candidature accompagné d'une lettre de motivation, d'un CV et de la copie des diplômes.
- ▶ Candidature en ligne www.formation-continue.univ-tours.fr

Modalités d'évaluation

- ▶ Rédaction et soutenance d'un mémoire

4 sessions de 3 jours
soit 88 heures au total
+ 70 heures obligatoires uniquement pour les
stagiaires sans expérience dans le domaine des TCA
Groupe de 30 personnes max

Lieux de formation :
UFR de Médecine de Lille, Montpellier, Nantes et Tours

Dates de la formation : de septembre 2023 à juin 2024 / Inscriptions en 2023-2024 à l'université de Nantes

Renseignements : Catherine PESCHARD au 02 47 36 81 45 catherine.peschard@univ-tours.fr

Diplôme d'université Addictologie


DIPLÔME D'ÉTABLISSEMENT HOMOLOGUÉ

 **Domaine·s** : Sciences, Technologies, Santé

 **Niveau de diplôme** : > Bac+5

 **Durée du programme** : 1 année

 **Lieu·x** : Caen

 **Précision du lieu** : Pôle des Formations et de Recherche
en Santé - Campus 5