



Réseau de recherche
en santé des populations
du Québec



réseau **qualaxia** network

vivre en bonne santé mentale

L'accès hyperphagique :

Que savons-nous sur ce trouble alimentaire officiellement introduit
dans le DSM-5?



UNIVERSITÉ
LAVAL

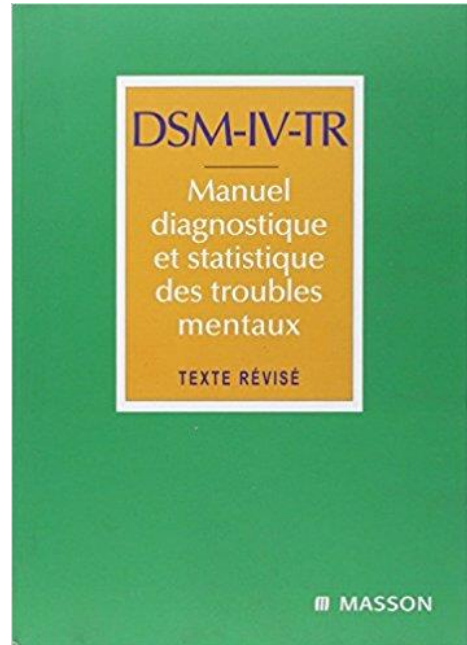


INSTITUT SUR LA NUTRITION ET
LES ALIMENTS FONCTIONNELS



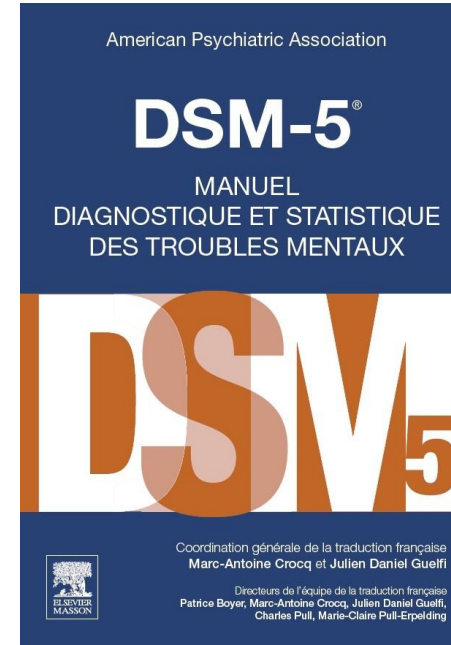
Catherine Bégin, Ph.D., psychologue
Professeure titulaire, Université Laval

Accès hyperphagique / Hyperphagie boulimique



Hyperphagie
boulimique

Trouble alimentaire
non-spécifié
Critères disponibles
pour la recherche



Accès hyperphagique

Introduction officielle
dans la catégorie des
Troubles des conduites
alimentaires

Description de l'hyperphagie boulimique

Critères DSM-5

Prévalence

Modèles étiologiques

Accès hyperphagique / Hyperphagie boulimique

(American Psychiatric Association, 2013)

Critères

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagique (crise de glotonnerie)

- ✓ Large quantité de nourriture en un court laps de temps (2 heures)
- ✓ Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire (ex. 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)

B. Les accès hyperphagiques (crise de glotonnerie) sont **associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus)**:

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

Accès hyperphagique / Hyperphagie boulimique

(American Psychiatric Association, 2013)

Critères

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques

✓ Large quantité de nourriture

✓

B. Les accès

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

Perte de contrôle

Absence de perte de contrôle

Grande quantité

Épisode boulimique objectif

Épisode de suralimentation objectif

Quantité normale, mais vue par le sujet comme excessive

Épisode boulimique subjectif

Épisode de suralimentation subjectif

de manger

ou plus):

Accès hyperphagique / Hyperphagie boulimique

(American Psychiatric Association, 2013)

Critères (suite)

- C. Les accès hyperphagiques entraînent une **souffrance marquée**
- D. Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne au moins **au moins 1 fois/semaine pour 3 mois**
- E. Les accès hyperphagiques **ne sont pas associés** au recours régulier à des **comportements compensatoires inappropriés** comme pour la boulimie et **ne surviennent pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie ou de boulimie.**

Accès hyperphagique / Hyperphagie boulimique

(American Psychiatric Association, 2013)

Niveau de sévérité

Faible: en moyenne, **1-3** épisodes/semaine

Modéré: en moyenne, **4-7** épisodes/semaine

Sévère: en moyenne, **8-13** épisodes/semaine

Extrême: en moyenne, **plus de 14** épisodes/semaine

Hyperphagie boulimique VS Boulimie

(American Psychiatric Association, 2013)

Hyperphagie boulimique

- ✓ **Crises associées à trois ou plus :**
 - 1) Manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - 2) Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
 - 3) Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim
 - 4) Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - 5) Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé

- ✓ **Crises de boulimie/ glotonnerie**

- ✓ **Souffrance marquée**

Boulimie

- ✓ **Comportements compensatoires inappropriés et récurrents** visant à prévenir la prise de poids tels que vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif
- ✓ **L'estime de soi** est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle

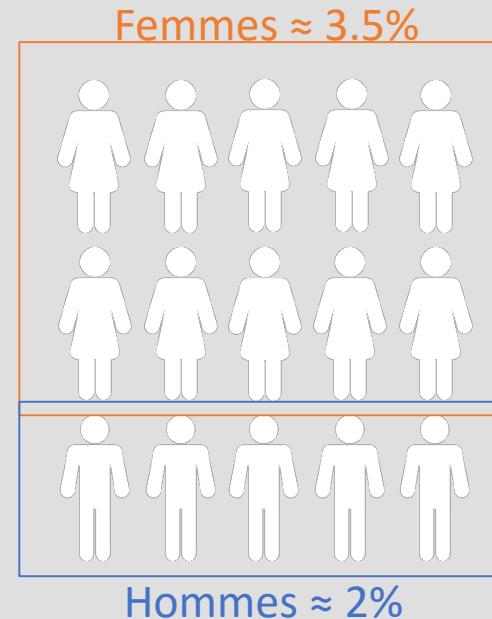
Accès hyperphagique / Hyperphagie boulimique

(Hudson et al., 2007)

Prévalence à vie

≈ 3%

(Population générale)



Chronicité

≈ 14 ans

≈ 0.6% Anorexie; ≈ 1% Boulimie

≈ 6 ans

AN et BN

Double problématique

(Montano et al., 2015; Olguin et al., 2016)

Comorbidités

- ✓ Diabète
- ✓ Hypertension
- ✓ Dyslipidémie
- ✓ Syndrome métabolique



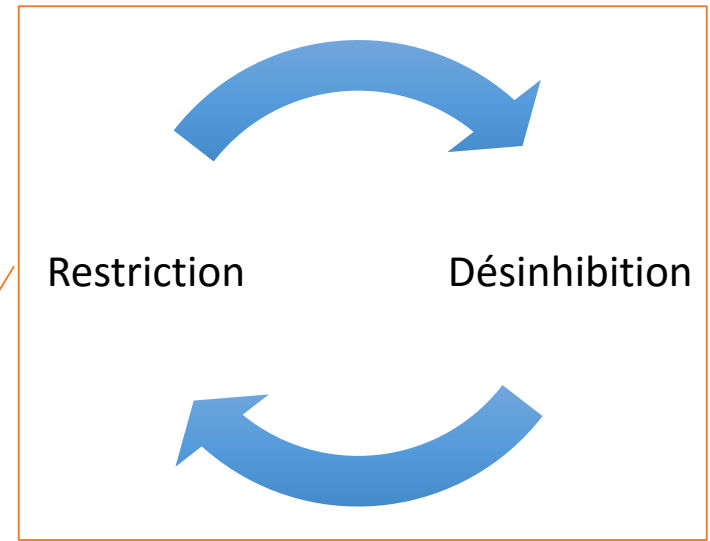
Double problématique

Obésité + Hyperphagie boulimique

- Attitudes et comportements alimentaires plus dysfonctionnels
- Image corporelle distordue, surestimation des dimensions corporelles
- Plus faible estime de soi
- Plus de dépression, anxiété et de troubles liés à l'usage d'une substance
- Moins satisfaits de la perte de poids
- Leur poids influence plus leur perception d'eux-mêmes
- Qualité de vie rapportée plus faible (IWQOL-lite)

Modèle socioculturel de Stice

(Adaptation Gagnon-Girouard, Bégin et al., 2009)



Pressions socioculturelles



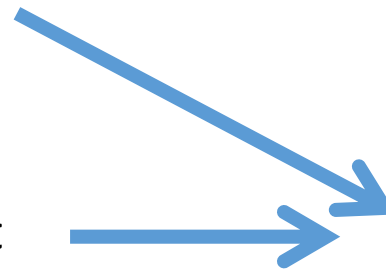
Internalisation des pressions



Insatisfaction corporelle



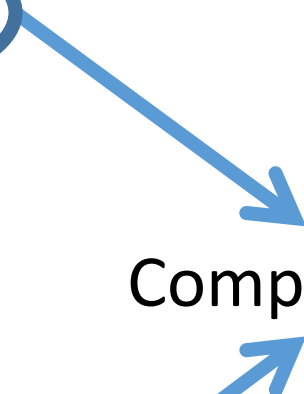
Tempérament



Restriction

Affects négatifs

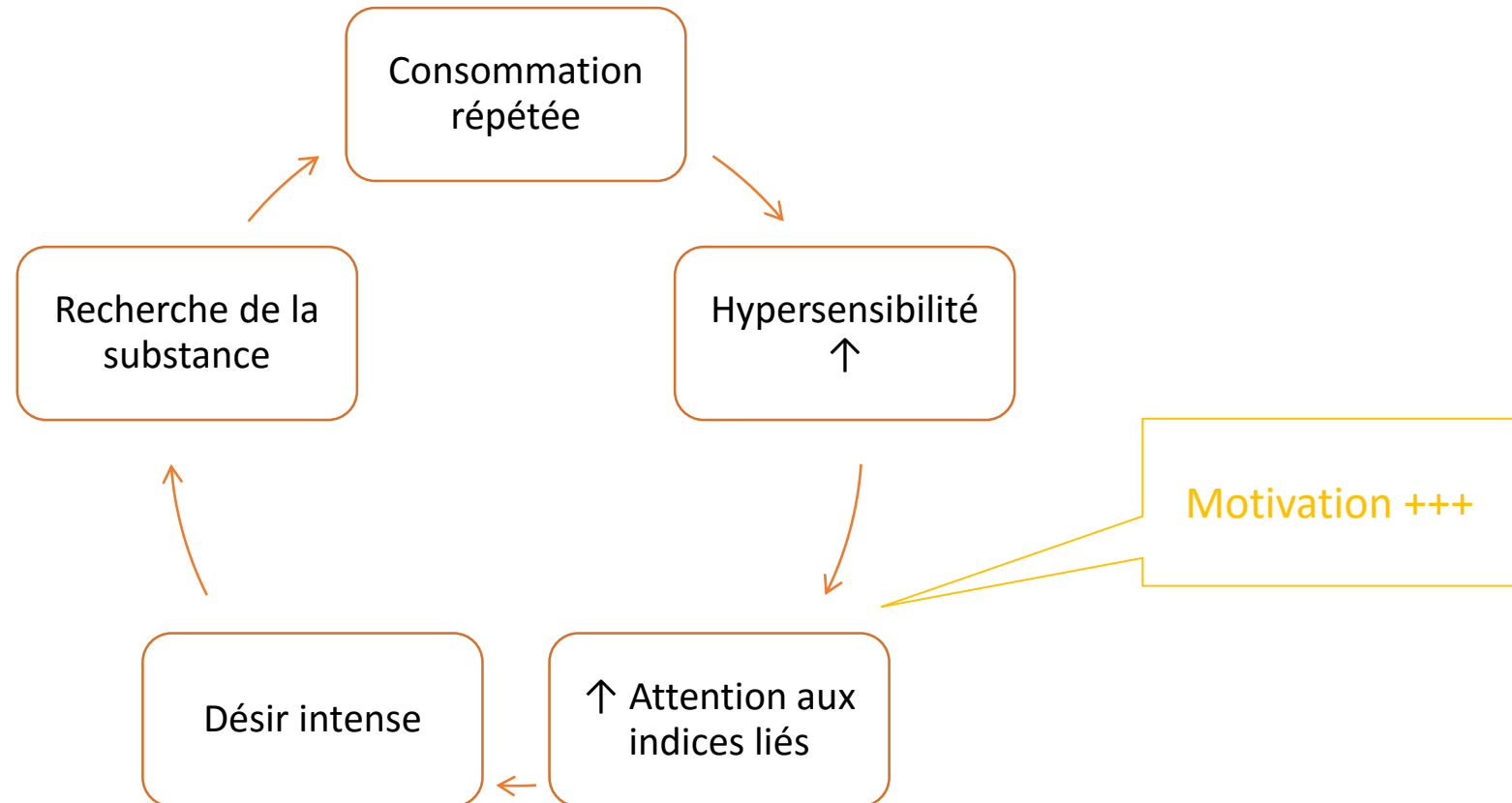
Compulsion



Modèle de la dépendance à une substance

Incentive sensitization theory

(Robinson & Berridge, 1993)



Les barrières au traitement

Manque de connaissances

Préjugés, stigma et honte

Barrières au traitement: Manque de connaissances

Patient

- Fausses croyances
(p.ex., les TCA ne sont pas réellement problématiques et peuvent être gérés seul)
- Manque de connaissances p/r à l'HB
- Manque de connaissances des ressources disponibles

(Ali et al., 2016; Regan et al., 2017)

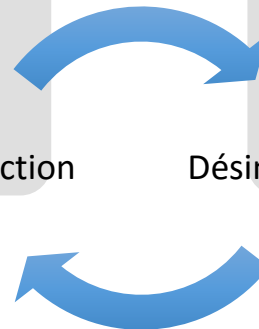
Professionnel

- Faibles connaissances des critères diagnostiques
(≈ le tiers des médecins ne reconnaît pas l'HB comme un TCA en soi)
 - ↑ difficulté à diagnostiquer quand double problématique (25% seulement la reconnaissent)
- Faibles connaissances des traitements reconnus efficaces pour le traitement de l'HB
 - Recommandations de perte de poids

(Cain et al., 2017; Seah et al., 2017; Supina et al., 2016)

Restriction

Désinhibition



Barrières au traitement: Préjugés, stigma, honte

Dans la population

Anderson et al., 2016

- 1666 adolescents australiens, présentation de vignettes HB et BN, questionnés sur la perception de la sévérité

Table 1. Perceptions of the “main problem”: percentage (%) of male ($n=531$) and female ($n=1135$) adolescents choosing each response option for vignettes of BED (“Emily’s problem”) and BN (“Kelly’s problem”).

	Emily’s problem (BED)		Kelly’s problem (BN)	
	Boys %	Girls %	Boys %	Girls %
Anorexia nervosa	0.4	0.7	15.2	9.7
Bulimia nervosa	3.8	2.0	15.0	32.5
Binge eating disorder/problem	28.1	42.7	13.1	13.9
Anxiety disorder/problem	5.0	3.9	9.2	5.4
Depression	5.0	2.2	2.1	0.8
Low self-esteem/lack of self-confidence	17.2	23.9	25.4	29.3
Lack of will power/self-control	30.7	19.3	17.5	6.5
Loneliness	9.0	4.9	1.0	0.8
No real problem/just a phase	1.0	0.3	1.5	1.1

Barrières au traitement: Préjugés, stigma, honte

Anderson et al., 2016

Table 2. Perceptions of the severity of BED and BN: percentage of male and female participants agreeing or disagreeing with each item.*

	Emily's problem (BED)		Kelly's problem (BN)	
	Boys %	Girls %	Boys %	Girls %
Serious ⁱ				
Disagree	17.9	10.7	15.8	7.4
Agree	52.0	63.2	61.5	79.0
Distressing ⁱⁱ				
Disagree	6.9	3.0	8.2	2.8
Agree	78.4	84.8	78.5	86.4
Requires professional treatment ⁱⁱⁱ				
Disagree	22.0	11.5	15.6	8.3
Agree	48.2	54.5	58.6	71.1
Deserves sympathy ^{iv}				
Disagree	20.3	13.3	19.1	12.7
Agree	42.7	44.1	45.5	48.3
Just a phase ^v				
Disagree	60.2	61.8	62.8	67.6
Agree	9.3	7.2	8.9	5.9
Nothing to worry about ^{vi}				
Disagree	78.1	90.1	76.5	88.0
Agree	5.7	1.2	8.5	3.1
Wouldn't be all bad ^{vii}				
Disagree	65.8	80.1	62.6	75.4
Agree	8.3	4.6	11.2	7.3
Things could be worse ^{viii}				
Disagree	9.8	16.4	11.6	22.3
Agree	66.0	47.4	59.0	39.8

Tiré de Anderson, R., Gratwick-Sarll, K., Bentley, C., Harrison, C., & Mond, J. (2016). Adolescents' perception of the severity of binge eating disorder: a population-based study. *Journal of Mental Health, 25*(1), 16–22.
<http://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057329>

Barrières au traitement: Préjugés, stigma, honte

Chez les professionnels

Puhl et al., 2014

- 329 professionnels de la santé traitant des TCA

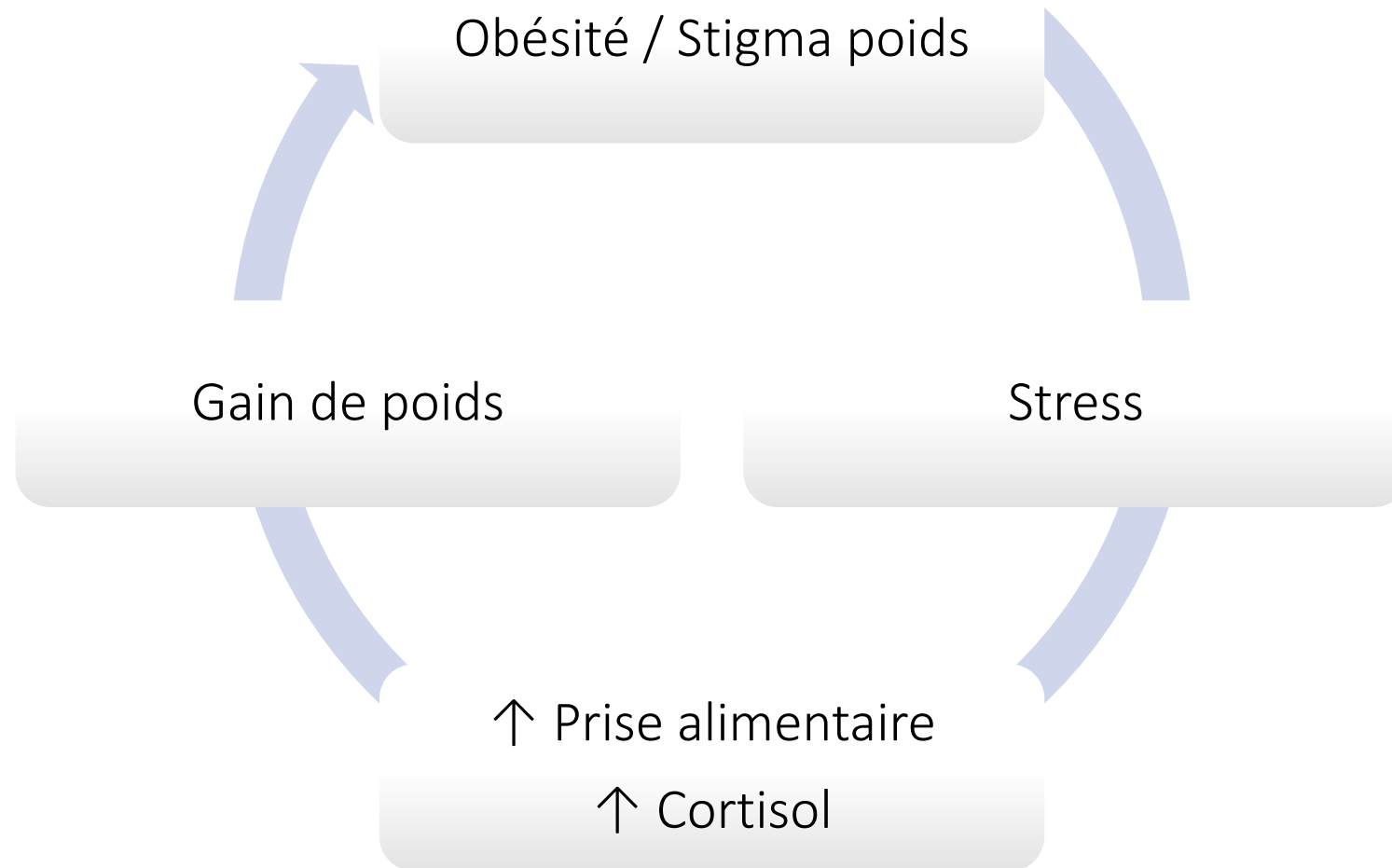
Tiré de Puhl, R. M., Latner, J. D., King, K. M., & Luedicke, J. (2014). Weight bias among professionals treating eating disorders: Attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 65–75.
<http://doi.org/10.1002/eat.22186>

TABLE 3. Attitudes about Treating Obese Patients

Scale Items	Agreement (%)
<i>Perceptions of Weight Bias Among Other Professionals Treating Eating Disorders</i>	
I have heard/witnessed other professionals in my field make negative comments about obese patients	56
Other practitioners who treat eating disorders often have negative stereotypes about obese patients	42
Practitioners feel uncomfortable when caring for obese patients	35
My colleagues tend to have negative attitudes toward obese patients	29
<i>Negative Attitudes</i>	
I feel that obese patients are often noncompliant with treatment recommendations	17
Obese patients can be difficult to deal with	15
I often feel frustrated with obese patients	11
I feel that obese patients lack motivation to make lifestyle changes	9
Treating an obese patient is more frustrating than treating a nonobese patient	6
Treating an obese patient is more stressful than treating a nonobese patient	5
I would rather treat a nonobese patient than an obese patient	5

Le cercle vicieux de la stigmatisation

(Tomiyama, 2014)



Les conséquences psychosociales de l'obésité et du stigma social

- Diminution de l'estime de soi et de l'estime corporelle
- Évitement du système de santé
- Évitement de l'activité physique
- Découragement, désinvestissement de soi
- Diminution de la qualité de vie
- Dépression

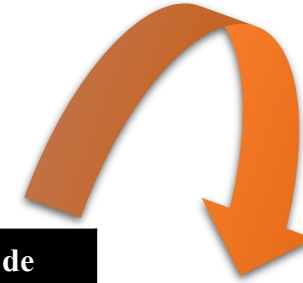
Les trajectoires de soin

Impact des barrières sur les trajectoires

Manque de ressources

Trajectoire de recherche d'aide

(tiré de Cain et al., 2017; traduction libre)



Tâche 1: Le patient reconnaît le trouble alimentaire comme inadapté

Barrières potentielles pour le patient

- Ambivalence quant à l'idée de cesser les comportements alimentaires inadaptés

Tâche 2: Le patient se dirige vers la recherche d'aide

Barrières potentielles pour le patient

- Choix du professionnel inopportun ou inapproprié
- Le patient conçoit son problème comme étant strictement relié au poids

Tâche 3: Le patient discute au professionnel de ses symptômes alimentaires

Barrières potentielles pour le professionnel

- Stigmatiser les attitudes du patient
- **Croyance que le patient est "responsable" de son trouble alimentaire**
- **Connaissances en santé mentale limitées**
- **Céder aux pressions temporelles/d'efficacité**

Barrières potentielles/facteurs de risques pour le patient

- **Connaissances en santé mentale limitées**
- Ambivalence
- **Honte/embarras**
- **Percevoir le professionnel comme peu expérimenté ou comme méprisant par rapport à ses symptômes/comportements inadaptés**
- Traits évitants
- Long délai avant la rencontre avec le professionnel
- Attachement envers les symptômes du trouble alimentaire
- Incongruence entre les attentes du patient et celles du professionnel
- Facteurs de risque socio-démographiques

Tâche 4: Le professionnel diagnostique et sélectionne l'option de traitement

Barrières potentielles pour le professionnel

- **Croyance que le rétablissement est la responsabilité unique du patient**
- **Croyance que la situation du patient est trop complexe**
- **Croyance que le potentiel de rétablissement est sans espoir**
- **Croyance que le trouble alimentaire peut être traité sans soutien**
- Connaissances en santé mentale limitées
- **Faible prévalence des troubles alimentaires menant à une expérience pratique limitée avec ce type de problème**

Barrières au traitement: Manque de ressources

- Situation au Québec:

En 2015, le MSSS lançait son plan d'action en santé mentale (PASM 2015-2020)

→ Prioriser le travail visant à « abattre les frontières entre les services et les obstacles à l'accès »

- L'hyperphagie boulimique n'est pas desservie par les deux principaux services publics s'adressant aux TCA

- Est: Programme d'intervention des troubles alimentaires (PITCA) du CIUSS de la Capitale-Nationale
- Ouest: Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale du Douglas

- Peu de ressources communautaires couvrent l'hyperphagie boulimique

- Les patients se trouvent à devoir consulter pour des services généraux en santé mentale ou en pratique privée (\$\$\$)

Un programme spécialisé en HB



Équipe interdisciplinaire

- Nutritionnistes
- Psychologues
- Travailleuse sociale



Consultations individuelles

- Brèves et longues



Consultations de groupe

- Groupe psychoéducatif sur le poids et l'alimentation (PÉPA)
- Groupe de soutien sur l'HB (démarrent régulièrement)
- Groupe de soutien pour patients bariatriques



Un livre pour les patients

Sortie d'un guide
d'exercices
pratiques à venir !

Merci de votre attention

Pour joindre notre clinique:

Clinique Nutrition Santé

418 656-3998

cns@inaf.ulaval.ca

www.cliniquenutritionssante.ca



Catherine Bégin

Ph.D., Professeure titulaire

École de psychologie

Catherine.begin@psy.ulaval.ca