

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DE L'INGESTION D'ALIMENTS (TACA) Selon le DSM-V

Date : 12.09.2018

Auteur : C. Levacher

PICA

- Définition
- Informations
- Traitement/ Prise en charge

MERYCISME

- Définition
- Informations
- Traitement/ Prise en charge

RESTRICTION OU EVITEMENT DE L'INGESTION D'ALIMENTS

- Définition
- Informations
- Traitement/ Prise en charge

ANOREXIE MENTALE OU ANOREXIA NERVOSA

- Définition
- Informations
- Traitement/ Prise en charge

BOULIMIE OU BULIMIA NERVOSA

- Définition
- Informations
- Traitement/ Prise en charge

ACCES HYPERHAGIQUES OU BINGE-EATING DISORDER

- Définition
- Informations
- Traitement/ Prise en charge



Ce document est issu du site
<https://www.psyintegrative.fr>

Les troubles alimentaires sont fréquents chez les enfants (25 à 35%) et les adolescents (plus de 1% pour l'anorexie mentale et 1,8 à 2% pour la boulimie et l'hyperphagie) et peuvent avoir des conséquences importantes sur leur développement et leur construction psychologique. Une prise en charge psychologique et médicale, impliquant la famille, est primordiale.

Selon le DSM-5, tous les TACA (à l'exception du pica) sont mutuellement exclusifs.

PICA



DEFINITION

- A.** Ingestion régulière de substances non-nutritives et non-comestibles pendant au moins 1 mois.
- B.** Comportement ne correspondant pas au niveau de développement de l'individu.
- C.** N'est pas une pratique culturellement admise ou socialement acceptée.
- D.** Si le comportement survient dans un contexte d'un autre trouble mental ou d'une affection médicale, il est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique.

Spécifier si en rémission

INFORMATIONS

- **Prévalence :**
 - Trouble rare et non chronique.
 - Varie selon les pays et le niveau économique.
 - Femmes = Hommes
 - **Chez l'enfant :** plus fréquent. ⇔ négligence parentale, abandon, interactions précoces insuffisantes, abus physiques ou émotionnels).
 - **Chez l'adulte :** souvent associé à un trouble mental ou à une atteinte des aires cérébrales hippocampiques. Le pica peut apparaître suite à des carences.
- **Comorbidités :** troubles de l'anxiété et troubles obsessionnels compulsifs (TOCs).
- **Formes :** géophagie, pagophagie, etc.

TRAITEMENT/ PRISE EN CHARGE

- Disparaît généralement avec l'âge et sans intervention médicale.
- Diagnostic souvent suite à de sévères complications médicales (empoisonnement, lésions, etc.).
- **Examens médicaux** pour s'assurer de l'absence de complications gastro-intestinales.
- **Compléments alimentaires & dopaminergiques** pour pallier les possibles carences.
- **Suivi psychothérapeutique :**
 - **Thérapie comportementale appliquée**
⇔ Effets sur le long terme ; applicable auprès de toute population ; pour retrouver des comportements alimentaires adaptés (système de récompense).
 - Chez les enfants, le trouble pouvant manifester pour attirer l'attention parentale, une **modification des comportements parentaux** peut également être conseillée.

MERYCISME

DEFINITION

- A.** **Régurgitation répétée** de nourriture pendant au moins 1 mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée.
- B.** Pas dû à un trouble gastro-intestinal ni à une autre affection médicale associée.
- C.** Pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (*anorexia nervosa*), d'une boulimie (*bulimia nervosa*), d'accès hyperphagiques (*binge-eating*) ou d'une restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments.
- D.** Si les symptômes surviennent dans un contexte d'un autre trouble de santé mentale, ils sont suffisamment graves pour justifier, à eux seuls, une prise en charge clinique.

Spécifier si en rémission.

INFORMATIONS

- **Prévalence** : peu connue.
 - Plus fréquent chez les enfants et les personnes présentant un trouble du développement intellectuel sévère.
 - Peut apparaître à tout âge, indépendamment des capacités cognitives.
- Parfois ces comportements se retrouvent **chez les personnes souffrant d'anorexie/boulimie** : la régurgitation suivie du crachat des aliments permet de réduire les calories ingérées. → Le diagnostic de mérycisme n'est pas être posé.
- **Déficit en sérotonine** (rôle dans la régulation de l'humeur et de l'appétit) probable.
- **Facteurs psychologiques** : faible estime de soi, perfectionnisme, besoin de contrôle/d'attention, anxiété ou détresse psychologique. Pour certains, il s'agirait d'une recherche de plaisir inconsciente.

TRAITEMENT/ PRISE EN CHARGE

- **Thérapies cognitives et comportementales (TCC)** ⇔ Adopter des comportements alimentaires adaptés et se contrôler. → Régression de la souffrance et de la honte lors de repas en public.
- **Psychothérapie** (psychologie clinique) ⇔ identifier les mécanismes et schémas de pensées déclencheurs du trouble & pallier aux rechutes.
- **Traitement pharmacologique** (*carences ou autres troubles associés*).
- **Hospitalisation** dans les cas les plus extrêmes (malnutrition ou risque d'atteinte à son intégrité physique).



RESTRICTION OU EVITEMENT DE L'INGESTION D'ALIMENTS

DEFINITION

A. Perturbation de l'alimentation/conduites alimentaires : **incapacité à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques** appropriés. Associée à au moins 1 de ces éléments :

1. **Perte de poids/** incapacité à atteindre le poids attendu/ courbe de croissance fléchissant chez l'enfant.
2. **Déficit nutritionnel.**
3. Nécessité d'une **nutrition entérale** (sonde ou compléments alimentaires).
4. Altération du fonctionnement psychosocial.

B. Pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.

C. Pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie. Aucune perturbation de l'image du corps.

D. Pas attribuable à une affection médicale. Pas mieux expliquée par un autre trouble mental. Quand elle survient dans un contexte d'un autre trouble, la sévérité du trouble justifie, une prise en charge.

Spécifier si en rémission.

INFORMATIONS

- **Prévalence :**
 - Plus fréquent chez les enfants (*peut persister au cours du temps*).
 - Femmes = Hommes.
- **Comorbidités :** trouble anxieux, TOCs, troubles du spectre de l'autisme, déficiences intellectuelles, THDA, etc.
- **Origines :** pour certains, tri des aliments selon leurs caractéristiques sensorielles (apparence, odeur, texture, température de l'aliment) ; pour d'autres, fait suite à une expérience négative ou un traumatisme en lien avec l'alimentation.
- **Distinction avec l'anorexie :** absence de préoccupations quant au poids ou l'image corporelle.

TRAITEMENT/ PRISE EN CHARGE

- **TCC** ⇔ adopter des comportements alimentaires adaptés & travailler les schémas de penser empêchant une prise alimentaire non-restrictive.
- **Psychothérapie** ⇔ aborder les causes du trouble (image de soi négative, dépression, anxiété, etc.) & pallier aux rechutes.
- **Traitement pharmacologique** ⇔ combler les carences alimentaires ou traiter certains troubles associés (dépression).
- **Hospitalisation :** dans les cas les plus extrêmes (malnutrition ou risque d'atteinte à son intégrité physique).





ANOREXIE MENTALE OU ANOREXIA NERVOSA

DEFINITION

- A.** Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un **poids significativement bas** (inférieur à la norme minimale).
- B.** **Peur intense** de prendre du poids ou de devenir gros, ou **comportement persistant interférant avec la prise de poids.**
- C.** **Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps**, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.
- **Spécifier le type** : Restrictif ou Accès hyperphagiques/purgatif.
- **Spécifier si en rémission** partielle (seul le critère B ou C est toujours présent) ou complète.
- **Spécifier la sévérité actuelle** ⇔ Indice de masse corporelle (IMC) : légère (IMC ≥ 17 kg/m²), moyenne (IMC 16-16,99 kg/m²), grave (IMC 15-15,99 kg/m²), extrême (IMC < 15 kg/m²)

INFORMATIONS

- Davantage chez les femmes
- **Début** : **insidieux** ; surtout entre **14 et 17 ans**, (pic à 16 ans ; touche **1 à 2%** des adolescents). Peut survenir dès 8 ans ou à l'âge adulte.
- **Facteurs de prédisposition** : **génétiques** (système sérotoninergique, hérédité), **psychologiques** (perfectionnisme, autocritique, traumatismes précoces, etc) & **environnementaux** (isolement, famille).
- **Comorbidités** : anxiété, TOCs, dépression...
- **Durée de la phase aiguë**: entre 1,5 et 3 ans.
- **Conséquences** : **Déficit hormonal** (aménorrhée, infertilité) ; **Ostéoporose** (fréquente 10 ans après) ; **Troubles digestifs** ; **Cognitives** (mémoire de travail, attention) ; **Appauvrissement de la vie relationnelle** (conséquences sur la vie scolaire/professionnelle) ; **Atteinte cardiovasculaire** (fréquente) ; **Usure des dents** ; **Perte importante des cheveux.**
- **Quelques chiffres** : 5 % de décès (taux de suicide élevé), 20% de chronicité, 70-75% retrouvent un poids normal et leurs règles ; 50% peuvent avoir enfant.

TRAITEMENT/ PRISE EN CHARGE

- **Evaluation** : détection du trouble (*ex* : questionnaire SCOFF-F) puis identification des risques → **Examens médicaux.**
- **Complications dans la prise en charge** : déni des symptômes & ambivalence du rapport aux soins (entre un 25% et 50% d'abandon du traitement).
- Motivation ⇔ Objectifs de soins et objectifs sociaux réguliers.
- **Prise en charge intégrative** :
 - **Nutritionnelle** : atteindre & maintenir un poids dans la norme, obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée ; retrouver la fonction sociale des repas ; obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété.
 - **TCC** ⇔ corriger des comportements inappropriés ; modifier les schémas de pensées quant à l'alimentation ; prévenir le risque de rechute.
 - **Thérapie familiale** : renforcer les liens intrafamiliaux pour replacer la famille au cœur d'une dynamique constructive.
 - **Traitement pharmacologique**
- **Hospitalisation** : imposée si nécessaire ; traite les aspects symptomatiques
- **En cas de rémission, le suivi doit se maintenir au moins un an.**

BOULIMIE OU BULIMIA NERVOSA

DEFINITION

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques** (crises de glotonnerie) :
1. Absorption, en un temps limité, d'une quantité de nourriture supérieure à la normale
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- B. Comportements compensatoires** inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids.
- C. Accès hyperphagiques & comportements compensatoires inappropriés au moins 1 fois par semaine, pendant 3 mois.**
- D. Estime de soi influencée excessivement** par le poids et la forme corporelle.
- E. Pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.**
- **Spécifier si en rémission partielle** (certains critères persistent) ou complète.
 - **Spécifier la sévérité actuelle** selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés : **légère** (1-3 épisodes/semaine), **moyenne** : (4-7/semaine), **grave** (8-13/semaine), **extrême** (14/semaine).

INFORMATIONS

- **Début** : souvent suite à un **stress** ; vers la fin de l'adolescence (**15-20 ans**).
- **Prévalence** : 1,5% des femmes & 0,8% des hommes (2 à 5% de la population).
- **Comorbidité** : dépression, TOCs, etc.
- **Facteurs de prédisposition** : **Génétiques** (surpoids, système sérotoninergique, etc), **Psychologiques** (représentation négative de son corps, faible estime de soi, culpabilité, perfectionnisme, impulsivité, peur du changement et de l'échec, etc.), **Environnementaux** (pression sociale ou familiale, événements de vie).
- Accès hyperphagiques = moyen de **compenser** le vide, la frustration ou les tensions ressentis.
- **Conséquences** (s'il n'est pas traité, ce trouble peut entraîner la mort) : **somatiques** (irrégularité menstruelle, oesophagite, ulcères, des fausses-routes gastriques, etc.), **sociales** (honte de soi → isolement ; répercussions sur la vie scolaire ou professionnelle).
- Souvent chez les personnes ayant une construction psychique type **borderline** (impulsivité & instabilité).

TRAITEMENT/ PRISE EN CHARGE

- La personne est **consciente de son trouble et engagée dans son traitement**.
- Risque de rechutes fréquent.
- **Evaluation** : diagnostic & entretien médical faisant état de l'état de santé → examens médicaux.
- **Prise en charge pluridisciplinaire** :
 - **Nutritionnelle** : revenir à un poids dans la norme, stopper les vomissements & adopter une alimentation saine
 - **TCC** ⇔ modifier les comportements inappropriés ; travailler les schémas de pensées et émotions déclencheurs ; prévenir le risque de rechute.
 - **Thérapie familiale** : renforcer les liens intrafamiliaux pour replacer la famille au cœur d'une dynamique constructive.
 - **Thérapie pleine conscience** : gestion de l'anxiété à l'origine des compulsions & être à l'écoute de ses sensations corporelles.
 - **Traitement pharmacologique** (*ex* : antidépresseurs).



ACCES HYPERHAGIQUES OU BINGE-EATING DISORDER

DEFINITION

- A. Accès hyperphagiques** (crises de glotonnerie) =
1. Absorption, en un temps limité, d'une quantité de nourriture supérieure à la normale
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- B. Associés à au moins 3 de ces caractéristiques :**
1. Manger **bien 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** (gêne quant à la quantité de nourriture absorbée).
 5. **Dégout de soi**, déprime ou culpabilité après avoir mangé.
- C. Détresse** significative.
- D. En moyenne, ≥ 1 fois par semaine pendant 3 mois.**
- E. Pas associés à des comportements compensatoires inappropriés.** Pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.
- Spécifier si en rémission partielle** (*fréquence : 1/semaine pendant une période prolongée*) ou complète.
- Spécifier la sévérité actuelle :** légère (1-3/sem.), moyen (4-7/sem.), grave (8-13/sem.), extrême (≥ 14 /sem.).

INFORMATIONS

- **Prévalence :** entre 1,2 et 1.6% des adolescents, surtout les filles entre 13 et 18 ans.
- Prise de poids progressive.
- **Facteurs de prédisposition :** Génétiques (taux de sérotonine, sexe, âge, hérédité) & Psychologiques (tendance à la dépressivité ou à l'**impulsivité**).
- **Comorbidités :** troubles somatiques (obésité, difficultés respiratoires et cardiaques, diabète, etc) et psychiques (trouble de l'anxiété, dépression, abus de substance, phobie sociale, etc.).

TRAITEMENT/ PRISE EN CHARGE

- **Diagnostic** rendu difficile par : **déni** (fréquent, chez le patient et ses proches), **sentiment de honte/culpabilité**, **phénomène de dissociation** (détachement des pensées d'avec les ressentis corporels et les émotions lors des crises).
- **Prise en charge pluridisciplinaire :**
 - **Entretien médical :** évaluation de l'état de santé (poids, vomissements, complications, etc.) & des carences nutritionnelles.
 - **Traitement pharmacologique :** parfois, antidépresseurs (réduction des crises).
 - **TCC :** adopter des comportements alimentaires adaptés, identifier les schémas de pensées et émotions sous-jacentes pour limiter le risque de rechutes.
 - **Thérapie familiale/ Psychothérapie interpersonnelle :** apaiser les relations conflictuelles et anxiogènes, aborder les difficultés relationnelles et émotionnelles & modifier les dynamiques relationnelles.
 - **Thérapie pleine conscience :** apprendre à gérer l'anxiété à l'origine des compulsions & être à l'écoute de ses sensations corporelles.

SOURCES

Pour tous

- American Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V).
- <http://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn69.pdf>
- <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/troubles-du-comportement-alimentaire.html>

PICA

- <http://prof-il.org/pica-lobsession-manger-substances-comestibles/>
- [https://www.theravive.com/therapedia/pica-dsm--5-307.52-\(f98.3\)-\(f5o.8\)](https://www.theravive.com/therapedia/pica-dsm--5-307.52-(f98.3)-(f5o.8))
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Pica_\(maladie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Pica_(maladie))
- <http://blogdesante.info/article/trouble-de-l-alimentation-pica>

Mérycisme

- <http://prof-il.org/merycisme-trouble-rumination/>
- <https://www.mmt-fr.org/tca/>
- <http://www.cliniquealimentation.com/trouble-comportement-alimentaire-enfant-bas-age/>

Evitement/Restriction de l'ingestion d'aliments

- <http://prof-il.org/trouble-prise-alimentaire-evitantrestrictif/>

Anorexie mentale (anorexia nervosa)

- <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-2-patients-et-famille.htm>
- <https://www.grea.ch/sites/default/files/A-Perroud.pdf>
- <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7e4abb99-13co-4eee-8ab7-2a43ba376c7f>
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01305421/document>

Boulimie (bulimia nervosa)

- https://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/medizinische_beratung/medicin20/gesundheitslexikon/b/bulimie.html
- <https://therapsy.be/troubles/boulimie-nerveuse/>
- <https://www.boulimie.fr>
- <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/psychologie/anorexie.asp>

Accès hyperphagiques (binge-eating disorder)

- Vust, S. (2012). Ni anorexie ni boulimie: les troubles alimentaires atypiques. Quand l'alimentation pose problème. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.
- Yanovski, S. Z., Marcus, M. D., Wadden, T.A. & Walsh, B. T. (2015). The Questionnaire on Eating and Weight Pattern-5 (QEWP-5): An updated screening instrument for Binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 48 (3): 259–261. doi:10.1002/eat.22