

## EDITORIAL

## Dossier Troubles des conduites alimentaires

Olivier Cottencin<sup>1</sup>, Marie Grall Bronnec<sup>2</sup>, Sébastien Guillaume<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Service d'Addictologie, Université Lille 2, CHRU Lille, France. olivier.cottencin@univ-lille.fr

<sup>2</sup> Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison, CHU de Nantes, France. marie.bronnec@chu-nantes.fr

<sup>3</sup> Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques, Hospital Lapeyronie, Avenue Gaston Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France. INSERM U1061, Université de Montpellier, 34093 Montpellier - Cedex 5, France. s-guillaume@chu-montpellier.fr

Mais que vient faire un dossier sur les troubles des conduites alimentaires dans un journal spécialisé dans les addictions. Ceci est probablement lié au fait que nous sommes de plus en plus nombreux à concevoir les troubles des conduites alimentaires sous l'angle d'un comportement addictif en ce qu'ils répondent en tous points à leur définition. Les troubles des conduites alimentaires constituent comme les addictions aux substances un processus par lequel un comportement échappe au contrôle du sujet, et se maintient en dépit des efforts pour le stopper. En d'autres termes, qu'il s'agisse de restriction alimentaire ou d'hyperphagie boulimique, le patient qui en souffre est bien dans l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et le poursuit en dépit des conséquences négatives à laquelle fait face le sujet.

C'est donc sous cet angle particulier que nous avons voulu partager dans ce dossier non seulement sur un plan conceptuel mais aussi thérapeutique notre vision addictologique des troubles des conduites alimentaires, mais également démystifier ces troubles trop longtemps ignorés, repérés tardivement voire déniés.

Avec les Prs Marie Grall Bronnec et Sébastien Guillaume, nous avons conçu un dossier alliant concepts, clinique et thérapeutique. Pour commencer, nous avons demandé au Dr Philibert Duriez (membre de l'équipe du Pr Philip Gorwood) de poser la question de l'anorexie comme une addiction. Si les parallèles entre les addictions comportementales et les conduites alimentaires de type binge sont aisées à intégrer eu égard à leur séquence clinique, il n'en est pas de même avec l'anorexie et particulièrement dans sa forme restrictive ... à moins de concevoir la récompense autrement que par la seule voie de son immédiateté et de conceptualiser l'ensemble du modèle de récompense sur un plan à la fois biologique, personnel et social. Car il y a aussi du plaisir à la restriction comme vous pourrez le comprendre.

Le Dr Paul Brunault (de l'université de Tours) nous a fait le plaisir de développer dans un article très complet le concept d'addiction alimentaire. Oui, nous voyons ces patients trop tard, souvent au moment de l'obésité morbide et de ses conséquences. Alors qu'il y a tant à faire bien avant la chirurgie bariatrique, le Dr Paul Brunault nous aider à les repérer et les comprendre. A partir d'un exemple clinique, il discute l'intérêt d'évaluer les dommages, la motivation au changement, le repérage et la prise en charge des troubles comorbides, de choisir l'objectif thérapeutique, de prendre en compte la dimension compulsive et les facteurs neurobiologiques impliqués ... l'ensemble étant adapté à la singularité de chaque individu.

Après avoir évoqué les concepts, nous abordons le repérage grâce au Dr Sylvain Iceta (Université de Laval - Québec) qui nous propose des repères simples et bien établis aujourd'hui sur le repérage des troubles des conduites alimentaires. Un repérage qui devrait être au moins systématique dans des populations à risque au moyen de quelques questions ciblées voire à l'aide d'échelles reconnues. Dans cet article, les auteurs reprennent les éléments d'évaluation et les critères de gravité proposés par la Haute autorité de santé afin de nous permettre d'orienter au mieux les sujets concernés.

Mme la Pr Méлина Fatseas nous a fait l'honneur de se pencher sur les comorbidités en se consacrant aux désordres alimentaires chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances. Car en effet, non seulement les perturbations de la prise alimentaire sont fréquentes chez les sujets souffrant d'addiction aux substances mais encore elles sont des indicateurs de moins bonne santé mentale et physique. En les considérant dans un continuum allant des formes sub-syndromiques aux troubles du comportement alimentaires constitués, elle décline la sévérité de la perte de contrôle et la souffrance générée qui constituent des alertes dans le suivi des patients souffrant d'addiction et dont nous devons tenir compte dans nos prises en charge. Car au-delà du risque d'aggravation mutuelle des troubles comorbides, ils peuvent devenir sources de transfert d'addictions face auxquels nous devons être vigilants.

Ensuite, le Dr Sylvain Iceta nous propose un deuxième article dans lequel, il nous expose les recommandations et grands principes thérapeutiques dans les troubles des conduites alimentaires. Et s'il nous rappelle qu'elles reposent sur la pluridisciplinarité, avec des soins coordonnés incluant les aspects somatiques, psychiques (individuels et familiaux), nutritionnels et sociaux ; il n'oublie pas de nous souligner que l'axe majeur du traitement demeure la prise en charge psychologique (cherchant l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique) tout en tenant compte du stade de la maladie. Les grands principes psychothérapeutiques spécifiques sont détaillés tels que renforcer la notion de plaisir dans l'alimentation, de questionner les distorsions cognitives, renforcer l'estime de soi, ainsi que l'importance de l'approche familiale.

Enfin, le Dr Jean Vignau (CHU de Lille), nous propose de réfléchir à l'approche motivationnelle dans les troubles restrictifs alimentaires. Il propose trois postulats constatés cliniquement qui constituent dans un modèle utilisationniste, autant de leviers de changement thérapeutiques pour les patients. D'abord constatant l'engagement personnel propre à l'egosyntonie dans le maintien des conduites restrictives il fait une proposition symétrique d'engagement dans des expériences comportementales contre-attitudinales. Ensuite considérant que c'est la primauté du comportement sur la cognition qui favorise le symptôme, il propose très logiquement de l'utiliser pour en faire une expérience thérapeutique (dans l'esprit des thérapies d'exposition). Enfin s'appuyant sur l'importance du groupe de pairs dans l'expérience de divers comportements à cet âge (des plus utiles aux plus néfastes), il propose de façon judicieuse de s'appuyer sur la force thérapeutique que constitue justement ce groupe pour qu'il devienne un contexte positif de ces expériences comportementales thérapeutiques (servant autant de modeling que de prévention de réponse). Cet aspect environnemental permet de replacer la satisfaction des besoins d'appartenance comme renforcement de l'estime de soi, au détriment des troubles. C'est le principe d'une co-responsabilité liant thérapeute et patient dans cette approche qui nous ouvre de nombreuses pistes thérapeutiques, bien loin des postures savantes et contre-productives des soignants se croyant sachants.

Ainsi, nous espérons que ce dossier consacré aux troubles des conduites alimentaires, au-delà de vous convaincre de leur appartenance au monde des addictions, vous permettra à tout le moins de les démystifier et de les prendre en charge dès les premiers moments. Car nous savons aujourd'hui que plus ils sont pris en charge de façon précoce et intensive, meilleur sera leur pronostic vital et fonctionnel. Un dossier qui vous aidera également à décliner diverses pistes thérapeutiques grâce à la culture addictologique que nous partageons toutes et tous. En vous souhaitant une enrichissante lecture,

**Pr Olivier Cottencin, PUPH de Psychiatrie et d'Addictologie**  
**Président du Collège Universitaire National des Enseignants en Addictologie**

