

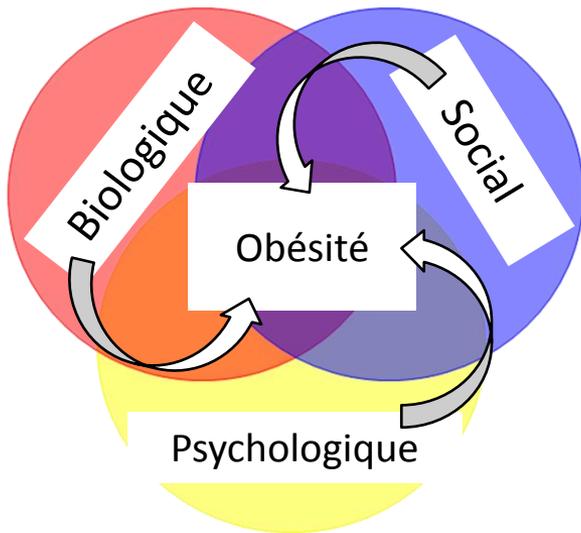
Traiter les troubles des conduites alimentaires chez les personnes avec obésité : présentation de l'étude ADALOB

Journée Régionale de l'Obésité
Tours, le 20/05/2021

Paul Brunault – Psychiatre et Addictologue – MCU-PH
CHRU de Tours – Service d'Addictologie Universitaire
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)



Diagnostic de l'obésité simple

Causes multiples – Ttt pluridisciplinaire

Différences interindividuelles



Obésité

Causes et facteurs associés ?

Vers des soins personnalisés ?

Comportement
alimentaire

Psychiatrie
Psychologie
Addictologie

Activité physique

Nutrition
Diététique

Entourage –
Facteurs sociaux

Comorbidités



Quid des « troubles alimentaires » ?

Pas de TCA



Hyperphagie
boulimique

Binge Eating Disorder (BED) = Hyperphagie boulimique (DSM-IV-TR)
= Trouble accés hyperphagique (DSM-5)



- Quantité (> 1 repas)
- Temps (max 2h)
- Perte de contrôle pendant la crise

+



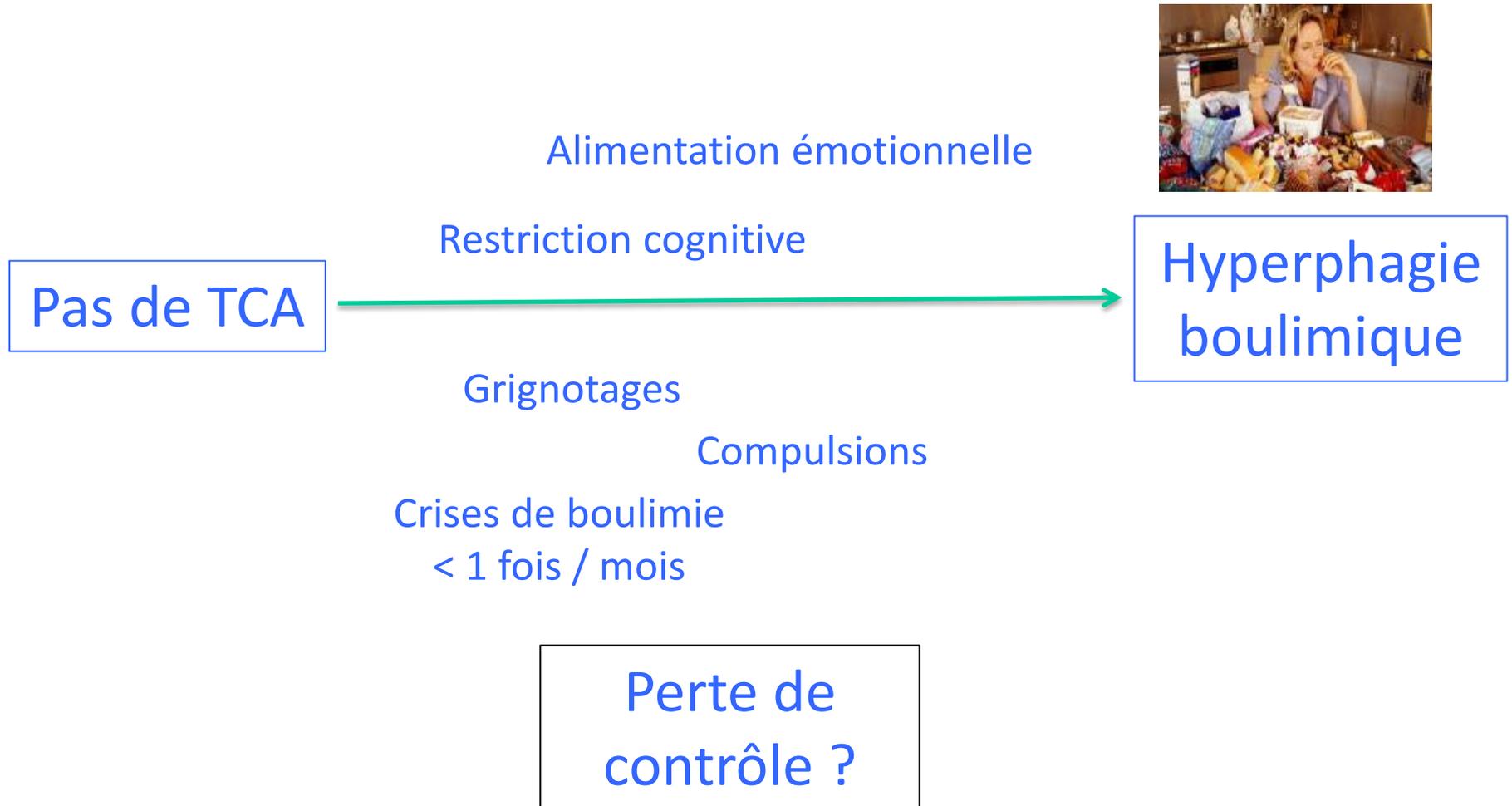
Pas de stratégie de
contrôle du poids



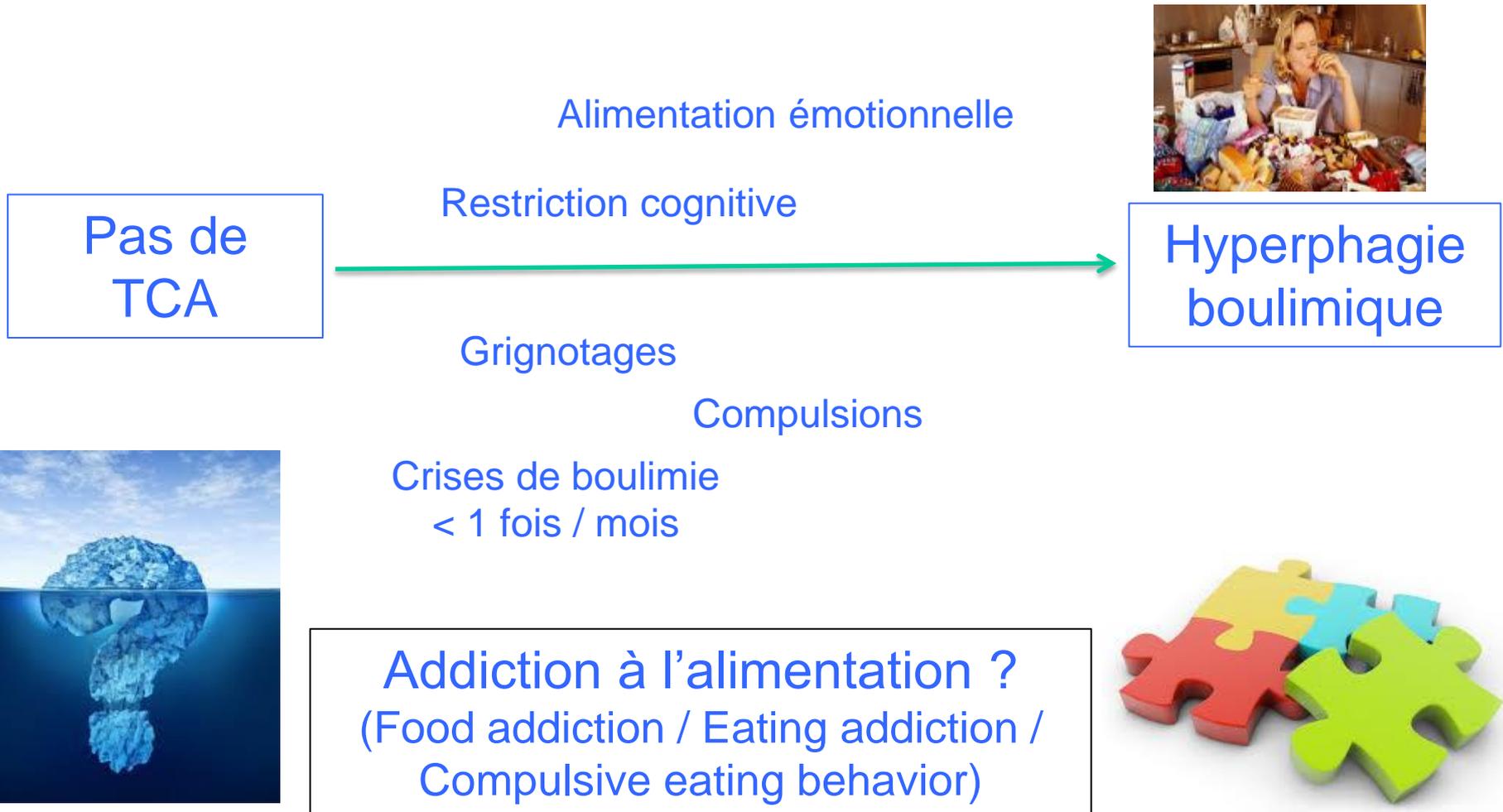
... ou autres
stratégies de
contrôle du poids

2 à 3% population générale vs 10 à 20 % chez les patients souffrant d'obésité

Quid des « troubles alimentaires » ?

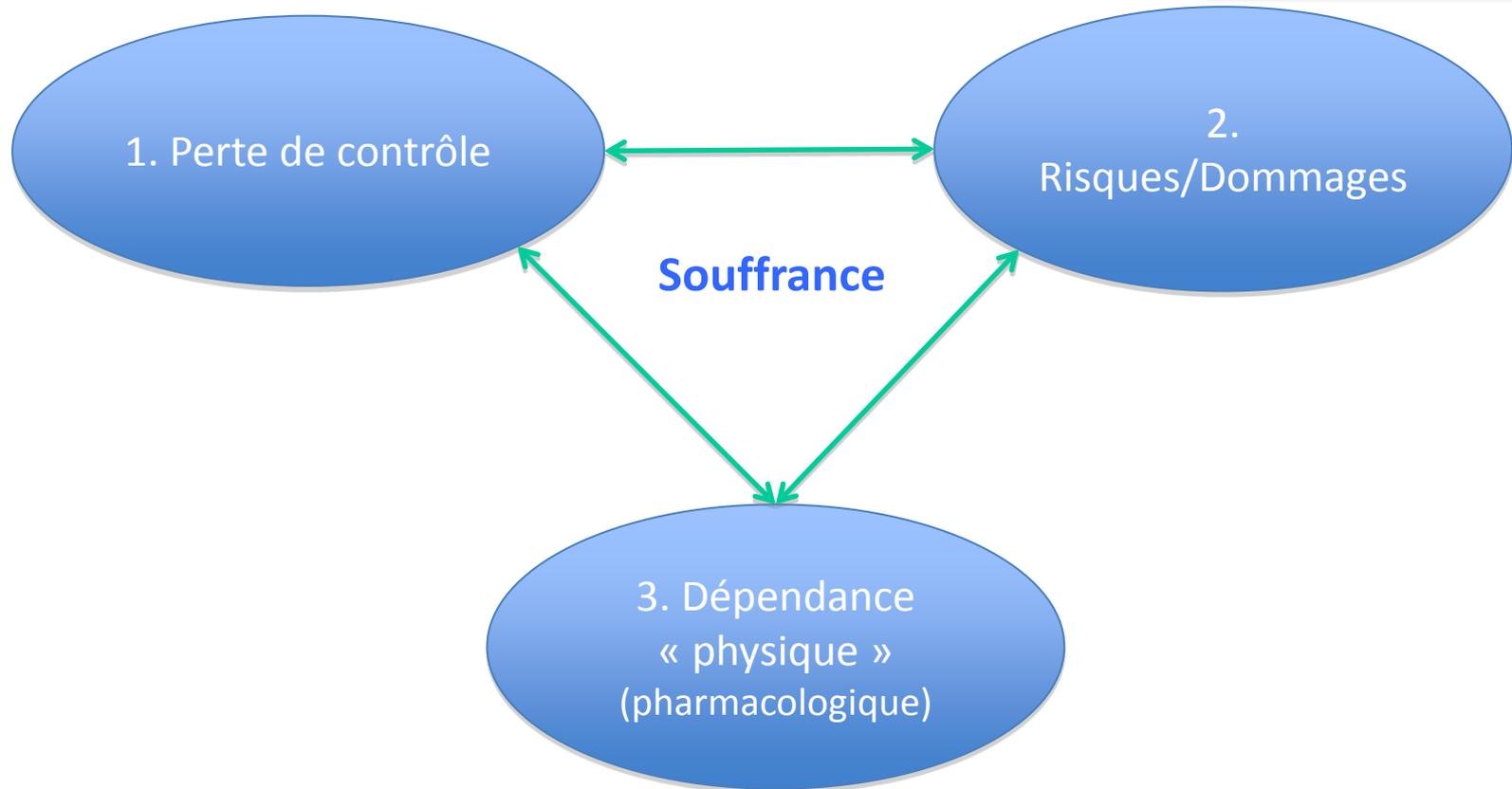


Quid des autres « troubles alimentaires » ?



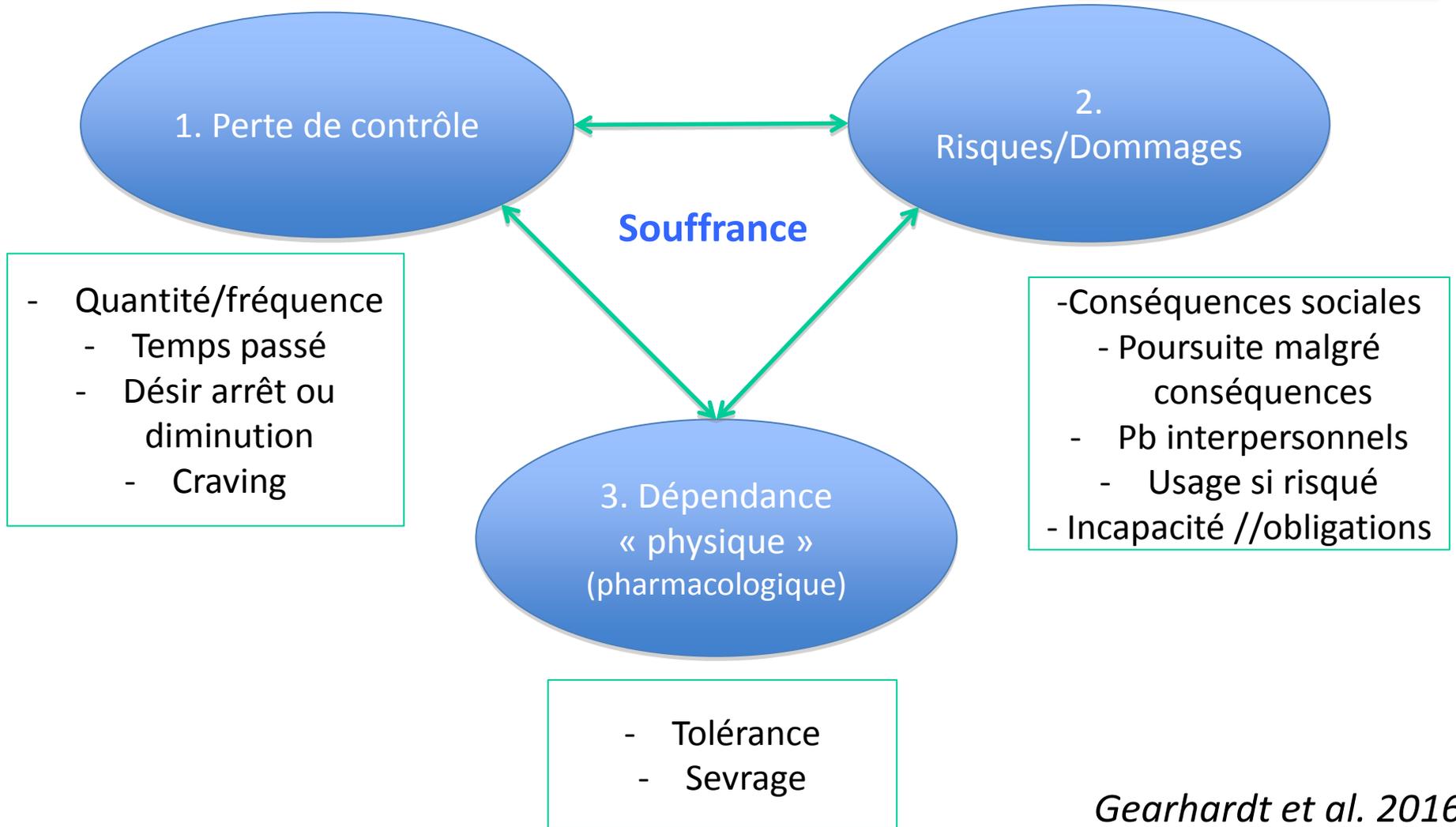
Addiction à l'alimentation ?

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



Addiction à l'alimentation ?

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



Prévalence de l'addiction à l'alimentation

Table 4. Meta-analysis results of food addiction prevalence by gender, weight status, age, and disordered eating status. Random effects model is reported.

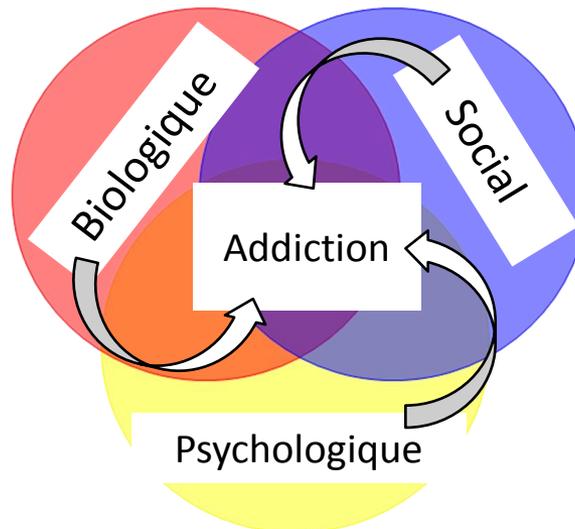
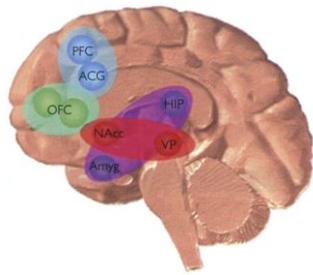
Population group (<i>n</i> = number of studies)	Weighted mean prevalence of food addiction diagnosis (%)	95% Confidence interval (%)	Range of prevalence across all studies (%)
Total (<i>n</i> = 20)	19.9	16.3, 24.0	5.4%–56.8%
Gender			
Male (<i>n</i> = 4)	6.4	2.4, 16.0	2.4–16.0
Female (<i>n</i> = 6)	12.2	6.4, 21.4	6.7–21.4
Weight status			
Healthy weight (<i>n</i> = 5) ^a	11.1	6.3, 18.9	1.6–24.0
Overweight/obese (<i>n</i> = 13) ^b	24.9	14.2, 40.1	7.7–56.8
Age group			
Adults < 35 years (<i>n</i> = 9)	17.0	11.8, 23.9	7.8–25.0
Adults > 35 years (<i>n</i> = 11)	22.2	17.7, 27.5	5.4–56.8
Disordered eating			
No clinically diagnosed disordered eating (<i>n</i> = 16)	16.2	13.4, 19.4	5.4–25.0
Clinically diagnosed disordered eating (<i>n</i> = 4) ^c	57.6	35.3, 77.8	26.1–62.0

^a Healthy weight BMI < 25 kg/m²; ^b Overweight/obese BMI ≥ 25 kg/m²; ^c Includes binge eating disorder and bulimia nervosa samples.

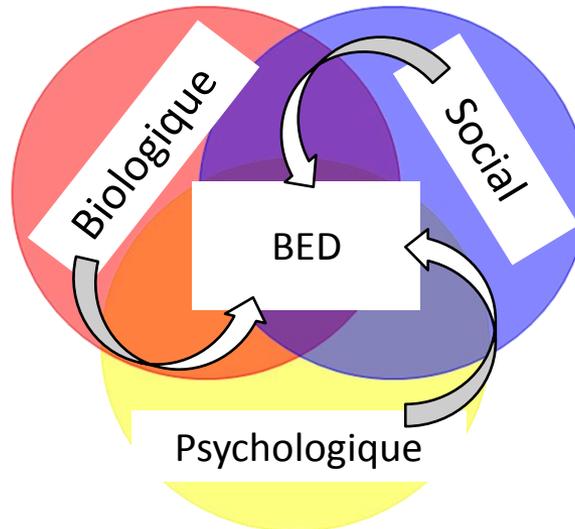
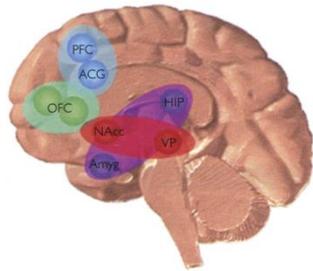
Quels traitements proposer ?

Prise en charge

« L'addiction : le fruit de la rencontre entre une **personne**, un **produit/un comportement** et un **moment socio-culturel donné** »



Prise en charge de l'hyperphagie boulimique (BED)



Nutrition
Médicaments ?
Pas d'AMM française

AMM US (FDA) :
Lisdexamfetamine (2015)
Dasotraline (2019)



Inclut dans prise en charge multidisciplinaire (nutrition +++)

Motivation au changement
Vulnérabilité psychologique/psychiatrique
(psychothérapies et ttt comorbidités; self-help)
Rapport à alimentation : **restriction cognitive**

Recos HAS 2019
Hilbert 2019 J Consult
Clin Psychol

Des défis à relever ...

Accessibilité

Efficacité



Acceptabilité

Contenu adapté

PHRC Interrégional 2018



Projet ADALOB : Prise en charge par TCC par téléphone de l'addiction à l'alimentation chez des personnes avec obésité

Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Reims, Rennes, Tours

Réseaux HUGONUT - HUGOPSY

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

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

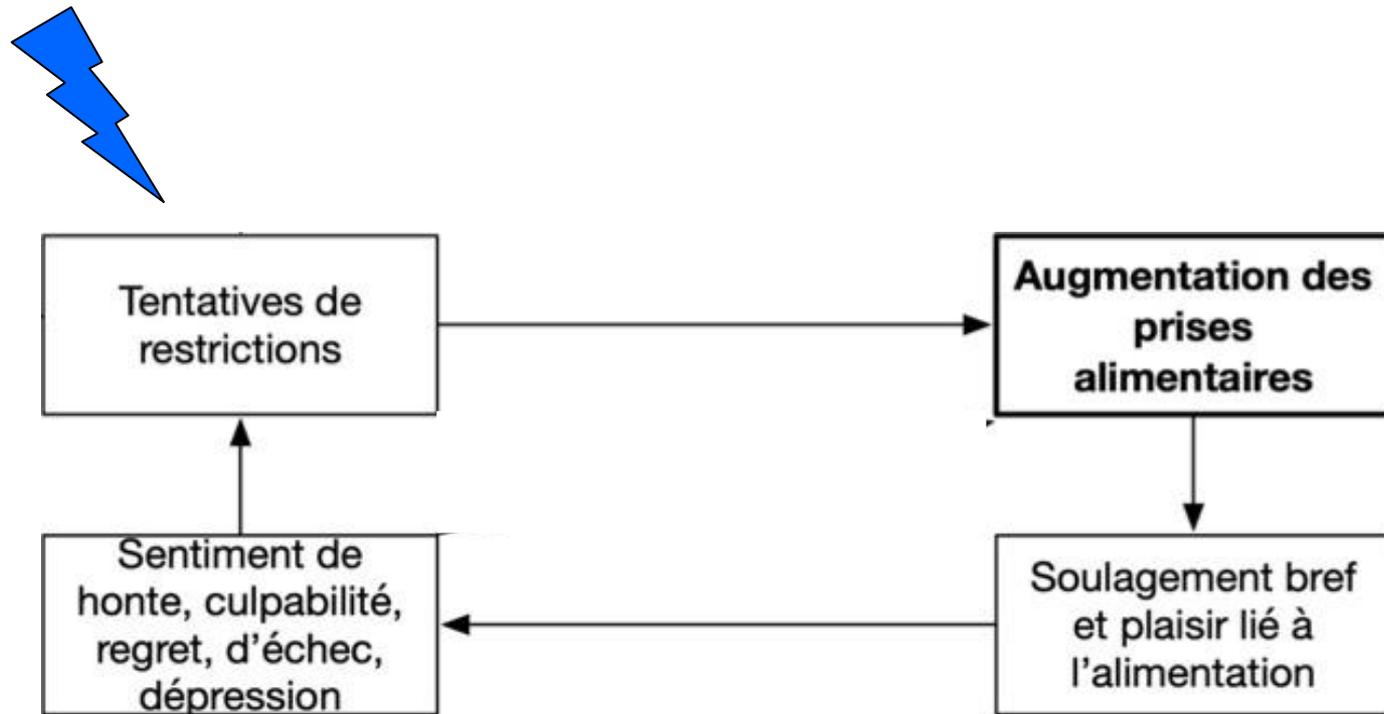
TCC : quésako ?

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

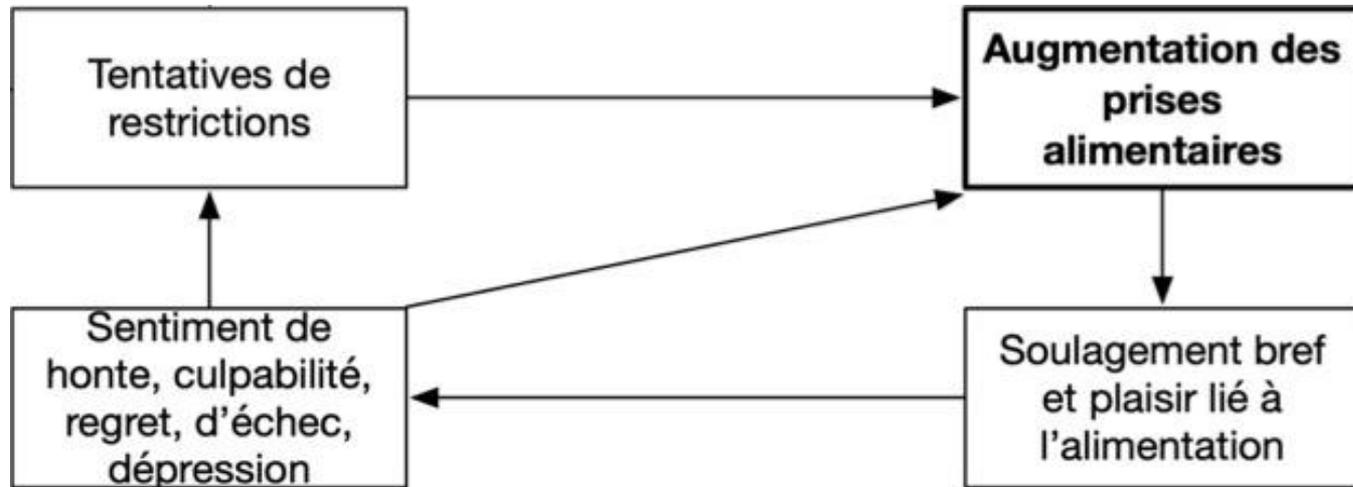




TCC des troubles alimentaires : le modèle « classique » de la restriction cognitive

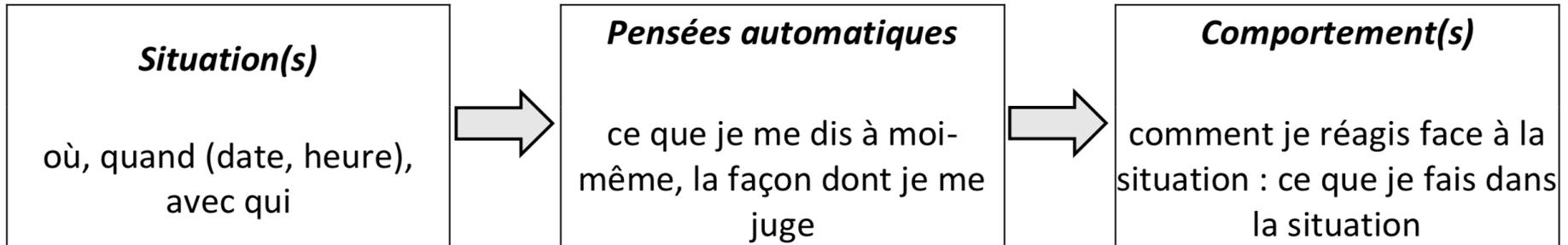


TCC des troubles alimentaires





Les pensées



1.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Émotions et alimentation



Régulation des
émotions ?

Womble 2001 Int J Eat Disord

Prise de
conscience des
émotions ?

Heatherthon et al. 1991 Psychol Bull

Restriction
cognitive ?

Fairburn 2008

TCC et alimentation

- TCC « classique » : méta-analyse Jacob 2018
 - Patients inclus : obésité ou surpoids
 - 12 essais cliniques randomisés
 - « Cognitive-Behavioral Therapy Weight Loss » vs contrôle
 - Diminution poids et AE
 - Augmentation restriction cognitive
 - Pas d'effet démontré sur la dépression
- Emotion focused CBT (EF-CBT) = TCC classique + modules de régulation émotionnelle

Contenu du programme de Psychothérapie ADALOB

Cognitive Behavioral Therapy for Bariatric Surgery Patients: Preliminary Evidence for Feasibility, Acceptability, and Effectiveness

Stephanie E. Cassin, *Ryerson University*

Sanjeev Sockalingam, *University of Toronto and Toronto Western Hospital*

Susan Wnuk, Rachel Strimas, and Sarah Royal, *Toronto Western Hospital*

Raed Hawa, *University of Toronto and Toronto Western Hospital*

Sagar V. Parikh, *University of Toronto*

Bariatric surgery is the most effective treatment for extreme obesity; however, 20% to 50% of patients begin to regain their weight within the first 1.5 to 2 years following surgery. Despite some psychosocial factors predicting postoperative weight loss and weight regain, psychosocial interventions are not routinely offered in bariatric surgery programs. In this paper, we describe a 6-session cognitive behavioral therapy (CBT) intervention for preoperative and postoperative bariatric surgery patients with maladaptive eating behaviors or thought patterns, which can be delivered either in person or by telephone. In addition, we describe a small pilot study (n = 8) designed to examine the feasibility and acceptability of the CBT intervention, as well as its effectiveness in improving eating pathology and psychosocial functioning. Most pilot study participants reported improvements in binge eating severity, emotional eating, and depression from pre- to posttreatment, and all participants provided positive qualitative feedback regarding the intervention.

A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients

Stephanie E. Cassin ^{a, b, *}, Sanjeev Sockalingam ^{b, c}, Chau Du ^c, Susan Wnuk ^{b, c},
Raed Hawa ^{b, c}, Sagar V. Parikh ^{b, d}

A B S T R A C T

Background: Psychosocial interventions can improve eating behaviours and psychosocial functioning in bariatric surgery candidates. However, those that involve face-to-face sessions are problematic for individuals with severe obesity due to mobility issues and practical barriers.

Objective: To examine the efficacy of a pre-operative telephone-based cognitive behavioural therapy (Tele-CBT) intervention versus standard pre-operative care for improving eating psychopathology and psychosocial functioning.

Methods: Preoperative bariatric surgery patients ($N = 47$) were randomly assigned to receive standard preoperative care ($n = 24$) or 6 sessions of Tele-CBT ($n = 23$).

Results: Retention was 74.5% at post-intervention. Intent-to-treat analyses indicated that the Tele-CBT group reported significant improvements on the Binge Eating Scale (BES), $t(22) = 2.81, p = .01$, Emotional Eating Scale (EES), $t(22) = 3.44, p = .002$, and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), $t(22) = 2.71, p = .01$, whereas the standard care control group actually reported significant increases on the EES, $t(23) = 4.86, p < .001$, PHQ-9, $t(23) = 2.75, p = .01$, and General Anxiety Disorder-7 (GAD-7), $t(23) = 2.93, p = .008$ over the same time period.

Conclusions: Tele-CBT holds promise as a brief intervention for improving eating psychopathology and depression in bariatric surgery candidates.

Table 1

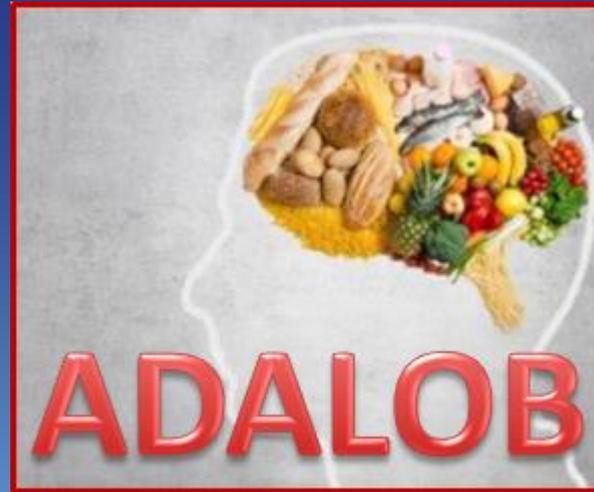
Comparison of telephone-based CBT (N = 23) and standard bariatric care control (N = 24) groups at baseline and immediately following the intervention.

Variable	Baseline		Post-intervention		<i>F</i> (1,45) ^a	<i>d</i> ^b
	Control	Tele-CBT	Control	Tele-CBT		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)					
BES	15.7 (7.5)	11.6 (8.8)	16.1 (7.5)	8.7 (8.0)	9.74**	0.93
EES-Anger	18.5 (8.9)	18.1 (9.2)	18.8 (9.0)	15.2 (7.4)	12.14***	1.04
EES-Anxiety	14.6 (6.3)	14.9 (7.5)	14.9 (6.2)	12.1 (4.3)	8.24**	0.86
EES-Depression	10.0 (4.4)	9.7 (4.4)	10.2 (4.6)	8.0 (3.9)	12.44***	1.05
PHQ-9	5.2 (4.8)	5.0 (4.5)	6.4 (5.3)	3.3 (3.4)	14.17***	1.12
GAD-7	3.9 (3.7)	2.5 (2.9)	5.1 (3.9)	2.0 (3.1)	12.00***	1.03
SF-36 Physical	38.0 (9.2)	32.7 (12.0)	38.1 (9.1)	35.5 (10.9)	3.41	0.55
SF-36 Mental	52.1 (9.2)	55.1 (9.3)	51.9 (9.2)	56.4 (8.3)	1.15	0.32

Note. BES = Binge Eating Scale; EES = Emotional Eating Scale; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire (9 item); GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder (7 item); SF-36 = Short-Form (36) Health Survey.

^a The *F*-statistic is for the Group (Tele-CBT vs. Control) x Time (baseline vs. post-intervention) interaction. ^b Effect sizes were computed from the *F*-tests. *d* = Cohen's effect size (.2 = small effect, .5 = medium effect, .8 = large effect).

p* < .05. *p* < .01. ****p* < .001.

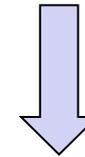


Impact d'une thérapie comportementale et cognitive
par téléphone sur l'ADdiction à l'ALimentation
chez des patients souffrant d'OBésité sévère ou
morbide (ADALOB)

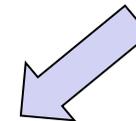
Introduction et motivation au changement (1-2):
place alimentation dans la vie, motivation au changement, présentation de la TCC, objectifs



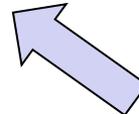
Travail comportemental (3-5) :
Restriction cognitive, ttt au long cours, planification, activités agréables, identifications situations à risque



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

Schéma de l'étude

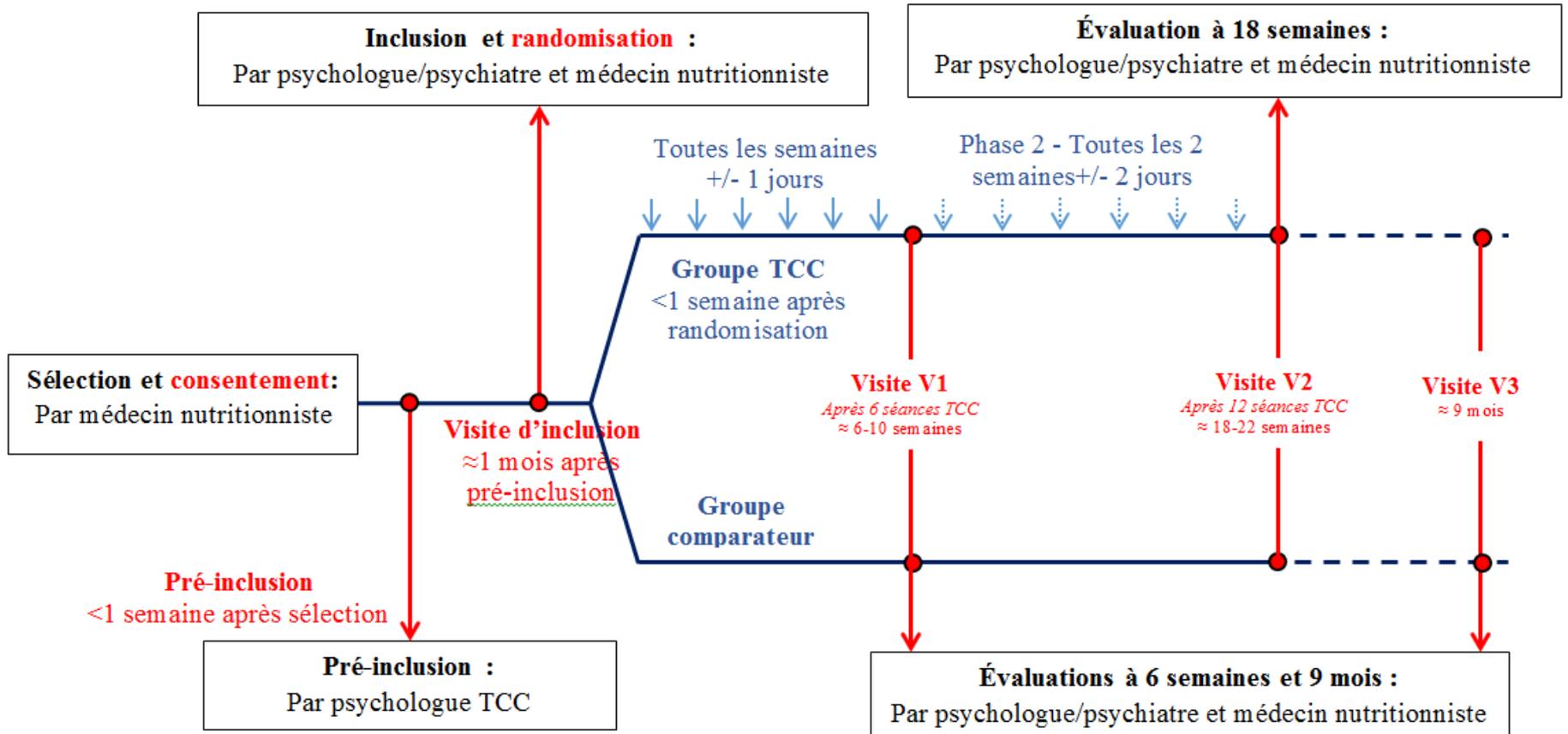


Schéma d'étude

Etude randomisée, en ouvert et 2 groupes parallèles

Population ciblée

Patients atteints d'obésité sévère ou morbide et souffrant d'addiction à l'alimentation

Intervention

Groupe expérimental : Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC) en adjonction des soins habituels : 12 séances téléphoniques sur 18 semaines

Groupe contrôle : Prise en charge en soins habituels (absence de TCC)

Recrutement

7 centres

Objectif de 154 inclusions – **soit 22 inclusions par centre**

Durée de l'étude

Période d'inclusion : 27 mois

Durée de suivi par patient : 9 mois

Contacts Promoteur

Martine GARDIN (ARC Moniteur)

☎ : 02.47.47.39.33 / 📠 : 02.47.47.46.62

@ : k.dewez@chu-tours.fr

Yoann DESVIGNES (ARC Coordonnateur)

☎ : 02.47.47.46.32 / 📠 : 02.47.47.46.62

@ : y.desvignes@chu-tours.fr

Karine FEVRE (chargée d'étude)

☎ : 02.18.37.08.34 / 📠 : 02.47.47.82.04

@ : k.fevre@chu-tours.fr

Perspectives





journée mondiale
TCA.fr
Fédération Française Anorexie Boulimie

2 JUIN 2021

#NoMoreTCA



Les TCA*, parlons-en ! 😬

www.journeemondialetca.fr

* Troubles des conduites alimentaires



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia



FNA-TCA

Fédération Nationale des Associations
liées aux Troubles des Conduites Alimentaires

Anorexie Boulimie Info Écoute

0810 037 037 Chaque semaine de 9h à 18h

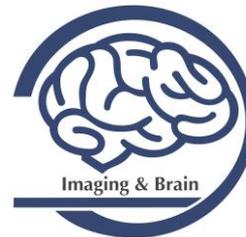




Remerciements



EE 1901



INSERM U1253



CHU de Tours

