



L'addiction à la nourriture

Rev Med Suisse 2015; 11: 695-700

L. Locatelli
J. C. Correia
A. Golay

Drs Loïc Locatelli
et Jorge Cesar Correia
Pr Alain Golay
Service d'enseignement thérapeutique
pour maladies chroniques
Centre collaborateur de l'OMS
Département de médecine
communautaire, de premier recours
et des urgences
HUG, Université de Genève
Villa Soleillane – Chemin Venel 7
1206 Genève
alain.golay@hcuge.ch

Food addiction

Food addiction is a common term used in everyday language by obese patients. Although the neurobiological evidence points to some similarities between addictive mechanisms and the consumption of certain foods, this diagnosis is not yet officially recognized. After a brief history of food addiction compared to other eating disorders, we review the neurobiological processes underlying this concept. A food addiction assessment tool is presented and discussed with the current literature and new classifications of the DSM-5. The concept of food addiction needs to be rethought and requires further research.

L'addiction à la nourriture est un terme fréquemment employé dans le langage courant chez les patients obèses. Bien que des preuves neurobiologiques soulignent des similarités entre les processus addictifs et la prise de certains aliments, ce diagnostic n'est pas encore officiellement reconnu. Après un bref rappel historique sur l'addiction à la nourriture par rapport aux autres troubles de conduite alimentaire, nous passons en revue les processus neurobiologiques sous-tendant cette notion. Un outil d'évaluation de l'addiction à la nourriture est présenté et discuté avec la littérature actuelle et les nouvelles classifications du DSM-5. La notion d'addiction à la nourriture doit être repensée et nécessite un approfondissement des recherches.

L'ADDICTION À LA NOURRITURE: UNE NOTION RÉCENTE

Le terme d'addiction à la nourriture est apparu pour la première fois en 1956.

T. Randolph, allergologue s'intéressant aux allergies alimentaires, l'a définie comme «Une adaptation spécifique d'un ou plusieurs types d'aliments consommés régulièrement, auxquels une personne est très sensible, produisant un ensemble de symptômes décrits comme similaires aux processus addictifs». ¹ Certains types d'aliments tels que les farineux (maïs, blé, pommes de terre), la caféine et les œufs semblaient favoriser ces comportements. Depuis cette date, et en dépit du peu de recherches effectuées sur ce sujet jusqu'à récemment, le terme d'addiction à la nourriture a été utilisé fréquemment dans la littérature relative à la perte de poids, rendant ainsi populaire cette notion. ² Il n'est pas rare que les patients souffrant de problèmes de poids se décrivent spontanément comme *addicts* à certains types d'aliments. Depuis 1987, une association américaine d'entraide regroupant des personnes déclarant souffrir d'addiction à la nourriture (*Food Addict Anonymous*) a été fondée sur le concept des Alcooliques Anonymes.

La théorie de l'addiction à la nourriture se base sur l'hypothèse que certains nutriments, certains additifs ou certains comportements en lien avec la prise alimentaire activeraient les mêmes circuits neurobiologiques que ceux impliqués dans les addictions. ³ L'addiction alimentaire pourrait expliquer, en partie, pourquoi certains patients présentant des problèmes de poids auraient du mal à changer leurs habitudes alimentaires.

La théorie de l'addiction à la nourriture se base sur l'hypothèse que certains nutriments, certains additifs ou certains comportements en lien avec la prise alimentaire activeraient les mêmes circuits neurobiologiques que ceux impliqués dans les addictions. ³ L'addiction alimentaire pourrait expliquer, en partie, pourquoi certains patients présentant des problèmes de poids auraient du mal à changer leurs habitudes alimentaires.

TROUBLES DE CONDUITE ALIMENTAIRE

Le terme d'addiction à la nourriture doit être différencié des autres troubles de conduite alimentaire actuellement reconnus et décrits dans les manuels de diagnostic et de classification des troubles mentaux tels que le DSM-5. ¹ L'addiction à la nourriture ne doit pas être confondue avec la crise de boulimie, se définissant par une absorption, en une période de temps limitée (généralement moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce

que la plupart des gens absorberaient dans des circonstances similaires avec un sentiment de perte de contrôle. Les aliments ingurgités durant ces crises sont souvent très énergétiques, riches en sucre et en graisses. Ces crises s'accompagnent souvent de honte et se déroulent la plupart du temps à l'abri des regards. Elles sont déclenchées par des états émotionnels intenses et se terminent avec la survenue de sentiments de trop-plein, douleurs ou/et distorsions abdominales. Elles provoquent également un sentiment d'autodévalorisation, de tristesse et de honte. Ces crises mènent à des comportements compensatoires afin de soulager l'inconfort physique et de limiter l'impact de celles-ci sur le poids. Les sujets boulimiques ont généralement un indice de masse corporelle (IMC) dans la norme.

DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE À L'ADDICTION?

Un autre trouble de comportement alimentaire devant être distingué de l'addiction à la nourriture est l'hyperphagie boulimique (*Binge Eating Disorder*). Ce trouble comprend la survenue récurrente de crises de boulimie avec une sensation subjective et des manifestations comportementales de perte de contrôle sur le comportement alimentaire et une souffrance marquée liée aux crises. Il n'y a pas de recours à des stratégies compensatoires comme décrites dans la crise boulimique. La souffrance relative à ces crises est un critère pour le diagnostic de l'hyperphagie boulimique. Ces crises sont également le plus souvent déclenchées par des états dysphoriques tels que l'anxiété et la dépression. Les sujets souffrant d'hyperphagie boulimique souffrent en conséquence généralement de surpoids ou d'obésité.

Certains auteurs considèrent l'hyperphagie boulimique et l'addiction à la nourriture comme un continuum de sévérité: l'addiction à la nourriture ne serait pas une entité distincte de l'hyperphagie boulimique mais plutôt un sous-type sévère de celle-ci, fortement marqué par la composante impulsive.²

LA NEUROBIOLOGIE SOUTENANT LA THÉORIE DE L'ADDICTION À LA NOURRITURE

Le concept d'addiction à la nourriture s'appuie sur des constatations neurobiologiques mettant en évidence des similarités entre les processus de prise alimentaire et les comportements addictifs. Ces découvertes ont permis de poser l'hypothèse que certains aliments (notamment ceux riches en sucre et/ou en graisses) pourraient créer une addiction à la nourriture.³⁻⁵

Le premier circuit étudié est celui de la récompense, médié par la *dopamine*. Le niveau de dopamine activant ce circuit dépend de la nature des aliments ingérés: plus l'aliment est riche en énergie et plaisant au goût, plus le *nucleus accumbens* «relargue» de la dopamine, renforçant ainsi l'intensité du sentiment de récompense. Ce même phénomène se retrouve dans les comportements addictifs (figure 1).^{5,6}

Un autre circuit neurobiologique impliqué dans l'alimentation et les conduites addictives est le système des *endorphines*.^{3,5} Il s'agit de composés morphiniques endogènes produits par le cerveau lors de prises de substances psy-

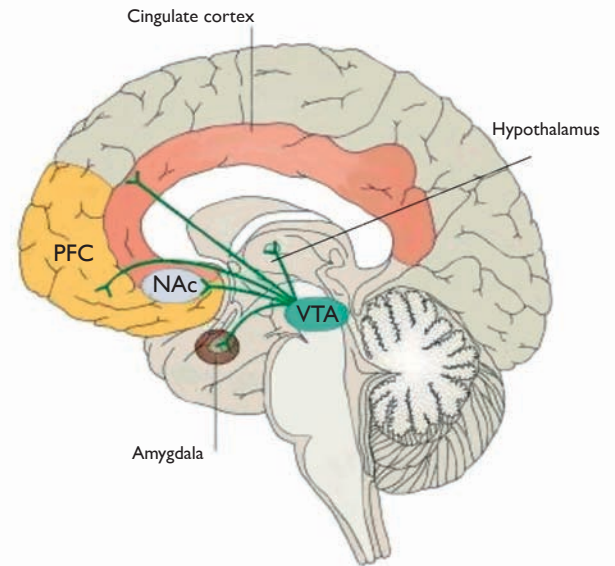


Figure 1. Projections dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale impliquées dans le circuit de la récompense

PFC: cortex préfrontal; NAc: *Nucleus accumbens*; VTA: aire tegmentale ventrale.

Adaptée de Robison AJ, Nestler EJ. Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction. *Nat Rev Neurosci* 2011;12:623-37.

choactives et de certains nutriments tels que les sucres et les graisses. Ces endorphines se lient ensuite aux récepteurs opioïdes provoquant un sentiment de plaisir. Des molécules antagonistes de ces récepteurs comme la naltrexone (utilisée, entre autres, comme addictolytique en cas de dépendance à l'alcool) diminuent la consommation et l'appétence pour les aliments riches en sucre et en graisses chez les personnes normo-pondérales et les personnes obèses présentant une hyperphagie boulimique.^{3,5}

Des recherches ciblées sur la *sérotonine* ont également démontré qu'un taux bas de ce neurotransmetteur diminue le processus inhibant le *craving* (désir irrésistible de reproduire un comportement addictif), à la fois concernant la consommation de nourriture et de substances addictives. Au contraire, un taux élevé de sérotonine réduirait le *craving* pour la nicotine ainsi que la fréquence et l'intensité des crises d'hyperphagie boulimique.⁵

De plus, le *glutamate*, autre neurotransmetteur, a été désigné comme acteur dans la régulation de la prise alimentaire et dans la recherche active de substances addictives. Il est décrit comme pouvant modifier les crises d'hyperphagie boulimique. Une fois encore, des molécules addictolytiques telles que l'acamprostate (utilisé pour aider l'abstinence d'alcool) et le topiramate (dont l'indication addictolytique est encore *off-label*) ont démontré une amélioration des composants liés aux crises d'hyperphagie boulimique aboutissant à une perte de poids chez certains types de patients.⁵

Pour finir, un effet de tolérance à la nourriture, similaire au phénomène de tolérance présent lors de conduites addictives, a également été décrit: les hyperphagiques bou-

Jeudi 23 avril 2015

09 h 00–17 h 30

Congrès Beaulieu, Lausanne

8th IRON ACADEMY

AVEC
CRÉDITS
DE FORMATION
CONTINUE

Le diagnostic de la maladie silencieuse

avec

MPA
ACADEMY

Chairmen

Prof. Dr méd. Jean-Michel Gaspoz,
Service de médecine de premier recours,
HUG, Genève
Prof. Dr méd. Jean-Daniel Tissot,
Transfusion interrégionale CRS, Epalinges

Workshop Sessions I – II – III

Les trois workshops sont menés en parallèle, sous forme de rotation des orateurs; chacun peut participer à tous les workshops.

08 h 30–09 h 00 **Café de bienvenue**

09 h 00–09 h 15 **Introduction**

Prof. Dr méd. Jean-Michel Gaspoz
Prof. Dr méd. Jean-Daniel Tissot

09 h 15–10 h 00 **La place du généraliste dans le dépistage précoce du cancer et le suivi du patient oncologique**

Prof. Dr méd. Daniel Betticher,
Service de Médecine interne générale
et Service d'Oncologie, Hôpital Fribourgeois

10 h 00–10 h 45 **L'insuffisance rénale au cabinet, vue par le spécialiste**

Prof. Dr méd. Pierre-Yves Martin,
Service de Néphrologie, HUG, Genève

10 h 45–11 h 15 **Pause-café**

11 h 15–12 h 00 **Maladies cardiaques: du traitement aigu à la phase chronique et à la réadaptation**

Prof. Dr méd. Jean-Michel Gaspoz,
Service de médecine de premier recours,
HUG, Genève

12 h 00–12 h 45 **Le suivi des affections gastroentérologiques au cabinet, vu par le spécialiste**

Dr méd. Pascal Juillerat,
Service de Gastroentérologie, Hôpital de l'Île, Berne

12 h 45–13 h 45 **Pause de midi**

13 h 45–14 h 30 **Workshop Session I (A, B, C en parallèle)**

14 h 30–15 h 15 **Workshop Session II (A, B, C en parallèle)**

15 h 15–16 h 00 **Workshop Session III (A, B, C en parallèle)**

Workshop A

Epuisée, en burnout, en dépression ou carencée en fer?

Dr méd. Sofia Zisimopoulou,
Service de médecine de premier recours,
HUG, Genève
Dr méd. Stéphane Saillant,
Centre neuchâtelois de Psychiatrie

Workshop B

A quoi être attentif chez les patients 50+?

Prof. Dr méd. Jacques Cornuz,
Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Workshop C

Préparation optimale du patient à une opération

Dr méd. Fabrizio Gronchi,
Service d'anesthésiologie, CHUV, Lausanne

16 h 00–16 h 30 **Pause-café**

16 h 30–17 h 15 **Compliance: comment puis-je m'assurer que mon patient ait bien tout compris?**

Prof. Dr Olivier Bugnon,
Pharmacie publique de la Policlinique
Médicale Universitaire, Lausanne

17 h 15–17 h 30 **Résumé et conclusion**

Crédits de formation et inscription: www.ironacademy.ch

Scanner le code et
accéder directement
au site Internet



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

sysmex

Vifor Pharma

www.ironacademy.ch



Tableau 1. Echelle de l'addiction à la nourriture de Yale (traduction)

Traduit de Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Yale Food Addiction Scale, 2009.

Durant les 12 derniers mois	Jamais	1 fois par mois	Entre 2 et 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par jour
1. Quand je commence à manger certains aliments, je finis par en manger davantage que prévu	0	1	2	3	4
2. Je continue à manger certains aliments bien que je n'aie plus faim	0	1	2	3	4
3. Je mange au point de me rendre malade	0	1	2	3	4
4. Ne pas manger certains aliments ou réduire ma consommation de certains aliments est quelque chose qui me préoccupe	0	1	2	3	4
5. Je passe un certain temps à me sentir léthargique ou fatigué d'avoir trop mangé	0	1	2	3	4
6. Je me retrouve à manger certains aliments tout au long de la journée	0	1	2	3	4
7. Quand certains aliments ne sont pas disponibles, je sors pour les obtenir. Par exemple: je me rends au magasin pour les acheter alors que j'ai d'autres aliments disponibles chez moi	0	1	2	3	4
8. Parfois, je consomme certains aliments tellement souvent, ou en si grande quantité, que je mange plutôt que de travailler, passer du temps avec ma famille et mes amis, initier des activités importantes ou m'apportant du plaisir	0	1	2	3	4
9. Parfois, je consomme certains aliments si souvent, ou en quantité telle, que je passe mon temps à gérer mon ressentiment sur le fait d'avoir trop mangé plutôt que de travailler, passer du temps avec ma famille et mes amis, initier des activités importantes ou m'apportant du plaisir	0	1	2	3	4
10. Parfois, j'évite certaines situations sociales ou professionnelles durant lesquelles certains aliments sont disponibles car je crains de trop en manger	0	1	2	3	4
11. Parfois, j'évite certaines situations sociales ou professionnelles car je ne peux pas y trouver certains aliments que je veux consommer	0	1	2	3	4
12. J'ai des signes de manque tels que de l'agitation, de l'anxiété ou d'autres signes physiques lorsque j'ai diminué ou arrêté de manger certains aliments (SVP, ne pas inclure les signes de manque causés par la réduction de boissons caféinées telles que certains sodas, café, thé, energy drink, etc.)	0	1	2	3	4
13. J'ai consommé certains aliments pour prévenir des sentiments d'anxiété, d'agitation ou d'autres symptômes physiques se manifestant (SVP, ne pas inclure les signes de manque causés par la réduction de boissons caféinées telles que certains sodas, café, thé, energy drinks, etc.)	0	1	2	3	4
14. J'ai réalisé éprouver un fort désir de consommer certains aliments quand j'arrêtais ou diminuais leur consommation	0	1	2	3	4
15. Mon comportement face à la nourriture et au fait de manger me préoccupe de façon importante	0	1	2	3	4
16. J'ai expérimenté des problèmes importants dans ma façon de fonctionner efficacement (dans mon quotidien, au travail/à l'école, dans mes activités sociales, dans mes activités familiales, dans mes problèmes de santé) à cause de la nourriture et du fait de manger	0	1	2	3	4
17. Ma consommation de nourriture m'a causé des problèmes psychologiques importants tels que la dépression, l'anxiété, une baisse de mon estime personnelle ou de la culpabilité	0	1	2	3	4
18. Ma consommation de nourriture m'a causé des problèmes physiques importants ou a aggravé certains problèmes physiques	0	1	2	3	4
19. J'ai continué à consommer les mêmes aliments ou la même quantité d'aliments malgré mes problèmes physiques et émotionnels	0	1	2	3	4
20. Avec le temps, j'ai découvert que j'avais toujours besoin de manger davantage pour obtenir le ressenti désiré, tel que la réduction d'émotions négatives ou le plaisir augmenté que j'avais l'habitude d'avoir	0	1	2	3	4
21. Je veux arrêter ou diminuer de consommer certains aliments	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de diminuer ou d'arrêter de consommer certains aliments	0	1	2	3	4
23. J'ai réussi à arrêter ou à ne pas manger certains aliments	0	1	2	3	4
24. A combien de reprises au total, durant la dernière année, avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter de manger certains aliments?	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois ou plus
25. Veuillez entourer tous les aliments avec lesquels vous avez eu des difficultés: Crème glacée Chocolat Pommes Beignets Brocolis Biscuits Gâteau Sucreries Pain blanc Pâtisseries Salades Pâtes Fraises Riz Biscuits apéritif Chips Bretzels Frites Carottes Viande Bananes Bacon Hamburgers Cheeseburgers Pizza Soda Aucun de ces aliments					
Veuillez lister tout autre aliment avec lequel vous auriez eu des problèmes et qui ne figurerait pas dans la liste:					



Tableau 2. Critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV-TR

Mode d'utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois:

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants:
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effets notablement diminués en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance

La dépendance est définie comme l'apparition d'au moins trois des symptômes ci-dessus à un moment quelconque au cours d'une période continue de 12 mois.

Traduit de l'American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. 943 p.

limiques ont tendance avec le temps à augmenter la quantité d'aliments consommés durant une crise pour rechercher le même effet apaisant. Accompagnant ce phénomène de tolérance, des signes de sevrage ont également été décrits après une diminution drastique ou une privation de certains aliments ou nutriments, notamment l'apparition de symptômes anxieux chez les patients suivant un régime pauvre en sucre.³

PEUT-ON MESURER L'ADDICTION À LA NOURRITURE?

Dans le but d'établir un consensus sur l'addiction à la nourriture, des chercheurs de l'Université de Yale ont élaboré un questionnaire de dépistage: la *Yale Food Addiction Scale* (YFAS). La YFAS peut être vue comme le principal questionnaire évaluant l'addiction à la nourriture. Créée en 2009, cette échelle se base sur les critères de dépendance du DSM-IV-TR, et des outils mesurant les addictions comportementales.³ Elle comporte 25 questions évaluant les habitudes alimentaires sur les douze derniers mois et explore divers aspects en lien avec la consommation de nourriture, tels que la tolérance, les signes de manque, le fait de consommer davantage de nourriture que planifié, la volonté ou les tentatives infructueuses de réduire ou stopper la consommation d'un type d'aliment (tableau 1).

La YFAS s'intéresse principalement aux aliments à haute teneur en énergie. Les réponses apportées doivent être

regroupées en l'un des sept critères de dépendance du DSM-IV-TR (tableau 2). Le test est considéré comme significatif si au moins deux critères sont mis en évidence et que ceux-ci sont reliés à des dysfonctionnements au quotidien ou/et causent des souffrances psychiques.

Une méta-analyse regroupant les études sur l'addiction à la nourriture selon la YFAS a établi une prévalence de 20% (19,9%) d'addiction à la nourriture chez la population adulte testée. La prévalence de celle-ci est deux fois plus importante chez les personnes en surpoids ou obèses. Les femmes sont également davantage touchées que les hommes (12,2% versus 6,4%). L'addiction à la nourriture est également plus présente chez les adultes de plus de 35 ans. Pour finir, elle se retrouve chez plus de la moitié (56,7%) des personnes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire. Le critère le plus fréquemment retrouvé est le désir persistant ou la tentative infructueuse d'arrêter de consommer un aliment.⁷

Tableau 3. Troubles liés à une substance selon le DSM-5: exemple de l'alcool (traduction)

La façon d'utiliser l'alcool, menant à des dysfonctionnements cliniquement significatifs ou à de la détresse psychique, se manifeste par au moins deux des critères suivants, durant les 12 derniers mois:

1. L'alcool est souvent consommé en quantité supérieure ou plus longtemps que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool
3. Beaucoup de temps est passé dans des activités nécessaires à obtenir de l'alcool, à consommer de l'alcool ou à récupérer de ses effets
4. Il existe un craving, un fort désir ou une urgence à consommer de l'alcool
5. Un usage récurrent d'alcool résultant en l'impossibilité d'assumer ses obligations majeures au travail, à l'école ou au domicile
6. L'usage d'alcool se poursuit malgré la survenue de problèmes récurrents et persistants sociaux ou interpersonnels causés ou exacerbés par l'alcool
7. Les activités sociales, occupationnelles importantes ou récréatives sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage d'alcool
8. L'usage récurrent d'alcool dans des situations à risques physiques
9. L'usage d'alcool est maintenu malgré le fait d'être au courant de problèmes persistants et récurrents, physiques ou psychologiques, qui sont probablement causés ou exacerbés par l'alcool
10. La tolérance, définie comme l'un des critères suivants:
 - a. Un besoin marqué d'augmenter les quantités d'alcool pour parvenir à l'intoxication ou aux effets désirés
 - b. Des effets diminués significativement avec l'usage continu de la même quantité d'alcool
11. Le sevrage, manifesté par l'un des critères suivants:
 - a. Les caractéristiques des syndromes de manque d'alcool (mentionnés)
 - b. De l'alcool (ou une substance similaire telle les benzodiazépines) est consommé pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage

Degré de sévérité: léger: présence de 2-3 symptômes; modéré: présence de 4-5 symptômes; sévère: présence de 6 symptômes ou davantage.

Traduit de l'American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.



NOUVELLES DÉFINITIONS DU DSM-5

En 2013, l'arrivée du DSM-5 a mené à des modifications dans les critères diagnostiques des addictions: les entités d'abus de substance et de dépendance ont fusionné en troubles liés aux substances (*Substance-Related Disorder*) et le nombre de critères diagnostiques en lien avec cette catégorie a augmenté. La notion de degré de sévérité (léger, modéré et sévère) a été introduite pour chaque critère (tableau 3). Une autre catégorie, les troubles addictifs (*Addictive Disorders*), a vu le jour dont le seul diagnostic faisant partie de cette catégorie est actuellement celui de l'addiction au jeu d'argent (*Gambling*). Concernant les troubles de conduite alimentaire, l'hyperphagie boulimique a pris sa place en tant qu'entité entière, alors qu'elle ne figurait qu'en appendice dans la version précédente. Malgré de nombreux débats, l'obésité n'a pas trouvé sa place en tant que diagnostic de trouble mental.³

Le DSM-5 amène à repenser le concept d'addiction à la nourriture. Une révision de la YFAS basée sur le DSM-5 est d'ailleurs actuellement en cours.⁸

La notion officiellement reconnue de troubles addictifs pourrait également avoir une répercussion sur les recherches concernant l'addiction à la nourriture: certains chercheurs proposent de considérer davantage l'addiction à la nourriture comme une addiction à s'alimenter (*Eating Addiction*), reflétant alors l'aspect comportemental de cette addiction, plutôt que de rechercher l'effet direct d'une substance comme le sucre ou les graisses. L'addiction à s'alimenter devrait trouver sa place dans le futur à côté de l'addiction aux jeux d'argent dans la rubrique des troubles addictifs dans les prochaines révisions du DSM.¹

CONCLUSION

La notion relativement récente d'addiction à la nourriture se base principalement sur des preuves neurobiologiques. Les futures recherches sur l'addiction à la nourriture

devraient également se poursuivre sur plusieurs aspects et notamment se focaliser sur les processus comportementaux. Il serait nécessaire de pouvoir arriver à un consensus sur le concept d'addiction à la nourriture pour parvenir à la création d'un diagnostic reconnu. Peut-être que la parution prochaine de la CIM-11, autre outil de classification des maladies mentales, apportera davantage de réponses. De plus, comme la fréquence de l'obésité couplée à des comorbidités psychiatriques est élevée, il serait intéressant de connaître la prévalence des troubles psychiatriques, et plus particulièrement des troubles des conduites addictives, chez les personnes souffrant d'addiction à la nourriture. Pour finir, un accent devrait également être mis sur la prise en charge des gens présentant une addiction à la nourriture, notamment sur les implications de ce diagnostic sur un projet de perte de poids. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > L'addiction à la nourriture amène à repenser le traitement de l'obésité chez certains patients
- > L'addiction à la nourriture renforce la notion que le manque de motivation ne serait pas l'unique critère de rechute chez les patients obèses suivant un programme de perte de poids
- > Une abstinence de nourriture n'étant pas possible, d'autres axes de traitement de la dépendance à la nourriture doivent être envisagés

Bibliographie

- 1 Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, et al. «Eating addiction», rather than «food addiction», better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;47:295-306.
- 2 Davis C. A narrative review of binge eating and addictive behaviors: Shared associations with seasonality and personality factors. *Front Psychiatry* 2013;4:183.
- 3 Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009;52:430-6.
- 4 ** Jauch-Chara K, Oltmanns KM. Obesity – A neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Prog Neurobiol* 2014;114:84-101.
- 5 Schreiber LRN, Odlaug BL, Grant JE. The overlap between binge eating disorder and substance use disorders: Diagnosis and neurobiology. *J Behav Addict* 2013;2:191-8.
- 6 ** Blum K, Thanos PK, Gold MS. Dopamine and glucose, obesity, and reward deficiency syndrome. *Front Psychol* 2014;5:919.
- 7 Pursey K, Stanwell P, Gearhardt A, Collins C, Burrows T. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: A systematic review. *Nutrients* 2014;6:4552-90.
- 8 * Meule A, Gearhardt A. Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients* 2014;6:3653-71.

* à lire
** à lire absolument