

Un outil pour évaluer les comportements alimentaires: ESSCA

Dr ISABELLE CARRARD^a, MAAIKE KRUSEMAN^a, MATHILDE CHAPPUIS^b, NOÉMI SCHMUTZ^a et MAGALI VOLERY^b

Rev Med Suisse 2016; 12: 591-6

Le comportement alimentaire doit être examiné lors de la prise en charge d'un patient venu consulter pour un excès de poids. Les problématiques qui peuvent interférer avec le traitement sont multiples et de sévérité variée. Nous proposons ici une évaluation semi-structurée qui permet d'aborder les déterminants de la prise alimentaire – la faim, l'envie – les comportements alimentaires problématiques – les grignotages, l'alimentation émotionnelle – et les troubles des conduites alimentaires particulièrement en lien avec un excès de poids. Cet instrument est accompagné d'un guide d'entretien pour en standardiser l'usage. Pratique pour les soignants et les médecins praticiens, il permet d'obtenir une image relativement complète du comportement alimentaire du patient et participe ainsi à la proposition de traitement qui pourra être formulée.

A tool for assessing eating behaviors: ESSCA

Eating behaviors are key when considering overweight or obesity management. Many issues varying in severity can interfere with the treatment. This article provides a semi-structured interview to address the determinants of food intake – hunger, food craving – problematic eating behaviors – snacking, emotional eating – and eating disorders particularly related to overweight. Convenient for health-care practitioners, this instrument comes with an interview guide to standardize its use. The relatively complete picture of the patient's eating behavior resulting from this assessment contributes to the treatment proposal.

INTRODUCTION

Le comportement alimentaire est un des éléments à évaluer lorsqu'un patient demande à perdre du poids. Une prise en charge pour un surpoids ou une obésité doit tenir compte de la présence de comportements alimentaires problématiques tels que des grignotages ou une alimentation qui survient en réponse à des émotions. Par ailleurs, il est préférable d'entamer une prise en charge psychothérapeutique plutôt qu'un traitement du surpoids si le patient présente des accès hyperphagiques¹ – dénomination adoptée par le DSM-5 version française² pour ce qu'on nomme plus couramment des crises de boulimie.

Les instruments manquent pour évaluer de manière standardisée et globale le comportement alimentaire. En effet, les outils d'évaluation existants ciblent spécifiquement les troubles des conduites alimentaires (TCA) sans prendre en compte l'ensemble du comportement alimentaire et ses dimensions subcliniques, c'est-à-dire la relation plus ou moins saine qu'un individu peut entretenir avec l'alimentation et le poids. Or, un continuum étendu existe entre un comportement alimentaire régulier et un désordre alimentaire au sens psychiatrique.³

En juin 2001, la revue *Médecine et Hygiène* avait publié un article portant sur ce thème.⁴ L'article présentait « un entretien semi-structuré permettant d'évaluer le comportement alimentaire des sujets obèses », qui comprenait l'inventaire d'un certain nombre de comportements problématiques et pathologiques. Cet entretien a été plébiscité parmi les professionnels de Suisse romande, car aucun autre instrument en français ne permet de faire une telle investigation.

Plus de dix ans après cette publication, nous avons jugé que l'outil pouvait bénéficier d'une réactualisation. Un travail de Bachelor mené par des étudiantes de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève avait notamment mis en évidence que les professionnels utilisaient l'entretien de manière personnalisée et n'interprétaient pas toujours correctement certains termes. De plus, la nouvelle édition du DSM avait vu le jour, impliquant des modifications de critères diagnostiques et une nouvelle terminologie en français.^{2,5} En fonction de ces éléments, nous avons révisé l'instrument et l'avons accompagné d'un guide d'entretien afin d'en faciliter et d'en standardiser l'utilisation.

Nous présentons ici cet entretien, dénommé ESSCA pour « Evaluation semi-structurée des comportements alimentaires ». Il s'agit d'un instrument destiné à être pratique d'utilisation pour les soignants et les médecins praticiens. L'outil complet et le guide d'entretien, nécessaire à son emploi, sont librement téléchargeables sur le site de la Haute école de santé (www.hesge.ch/heds/heds/heds-et-cite/professionnels).

STRUCTURE EN TROIS PARTIES

L'ESSCA est constitué de trois parties et comprend dix-neuf items. L'utilisation des deux premières parties sur les déterminants de la prise alimentaire (**tableau 1**) et les comportements alimentaires problématiques (**tableau 2**) est recommandée lors de l'évaluation de tout patient ayant un problème de surpoids. La troisième partie (**tableau 3**) est optionnelle et à utiliser en fonction des observations issues des deux premières parties. Elle permet de détecter la présence de TCA

^a Filière nutrition et diététique, Haute école de santé, HES-SO Genève, rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge, ^b Centre de consultations nutrition et psychothérapie, Rue du Vieux-Marché 8, 1207 Genève
isabelle.carrard@hesge.ch | maaike.kruseman@hesge.ch
mathilde.chappuis@ccnp-ge.ch | noemi.schmutz@hesge.ch
magali.volery@ccnp-ge.ch

TABLEAU 1

Question introductive et première partie de l'ESSCA

ESSCA: évaluation semi-structurée des comportements alimentaires.

Question introductive

Item 1. Causes perçues à l'origine du problème de poids

A quoi attribuez-vous votre problème de poids?

(ou reformulation de la demande de la personne suivie de: «y a-t-il autre chose?»)

(Hérédité, baisse de l'activité physique, alimentation, arrêt du tabac, grossesse, traitement médicamenteux, événements de vie, maladie...)

Partie 1. Déterminants de la prise alimentaire

Item 2. Restriction cognitive

Est-ce qu'il vous arrive de vous dire: «je dois faire attention à ce que je mange aujourd'hui»

(Si oui, évaluer la fréquence: constamment – plusieurs fois par jour – plusieurs fois par semaine – occasionnellement)

(Si constamment ou plusieurs fois par jour, investiguez d'abord de manière ouverte quels principes la personne suit)

Quelles sont les règles que vous suivez quand vous faites attention?

(Évaluer si la personne montre des signes de restriction rigide, tels que:)

Évitez-vous de manger certains aliments par principe, même si vous les aimez?

Item 3. Restriction alimentaire

Est-ce que votre intention de faire attention à votre alimentation se traduit en un contrôle réel sur vos choix alimentaires (en quantité ou qualité)?

(Si oui faire donner un exemple, par exemple avec: quel type de contrôle arrivez-vous à exercer sur votre alimentation?)

Item 4. Faim

Qu'est-ce qui fait que vous débutez une prise alimentaire?

(Par exemple, la dernière fois que vous avez mangé quelque chose, c'était quand? C'était pourquoi? Pouvez-vous imaginer d'autres situations où vous auriez mangé pour d'autres raisons?)

Comment sentez-vous la faim?

(Faire décrire les sensations physiques)

Item 5. Rassasiement

Et qu'est-ce qui fait que vous arrêtez de manger?

(Par exemple, la dernière fois, qu'est-ce qui a fait que vous avez arrêté de manger? Pouvez-vous imaginer d'autres situations où vous auriez arrêté de manger pour d'autres raisons? Pouvez-vous laisser quelque chose dans l'assiette?)

Comment sentez-vous le rassasiement, c'est-à-dire le fait d'avoir assez mangé?

(Faire décrire les sensations physiques)

Est-ce que parfois vous avez l'impression d'avoir trop mangé?

(Si oui, décrire: fréquence, intensité, conséquences éventuelles sur le comportement)

Item 6. Envie (Cette question peut directement mener aux items de la partie suivante (partie 2: comportements alimentaires problématiques), si la personne parle de grignotages, perte de contrôle ou si elle présente une alimentation émotionnelle)

Quelles différences voyez-vous entre la faim et l'envie de manger?

Est-ce qu'il vous arrive d'avoir envie de manger sans avoir faim?

(Si oui, faire décrire au patient ce qu'il fait, ce qu'il se passe, la dernière fois que ça s'est produit, c'était quand? Comment? Est-ce qu'il s'agit d'un «besoin impérieux» de manger (craving)?)

Evaluation partie 1

Si item 2 = constamment ou plusieurs fois par jour, considérer l'option d'effectuer la partie 3, particulièrement si la restriction est rigide et associée à une «impression d'avoir trop mangé» (item 5) fréquente

possiblement associés à un excès de poids,⁶ plus particulièrement le *binge-eating disorder* (tableau 4, présence d'accès hyperphagiques sans comportements compensatoires,² dite auparavant «hyperphagie boulimique» dans le DMS-IV⁷) ou le syndrome d'alimentation nocturne (tableau 5, alimentation nocturne, après le repas du soir ou après un réveil nocturne).²

QUESTION INTRODUCTIVE ET DÉTERMINANTS DE LA PRISE ALIMENTAIRE (tableau 1)

La question introductive porte sur les causes perçues à l'origine du problème de poids. Cet item permet à l'investigateur de cerner les représentations du patient sur ce qui l'a amené à prendre du poids, ainsi que d'observer sa capacité à élaborer autour de son parcours, qui peut être importante ou réduite.

La section suivante porte sur les déterminants du comportement alimentaire. Elle permet d'investiguer sur quoi se base le patient pour débiter, interrompre ou terminer une prise alimentaire. Est-il guidé par ses sensations physiques, ses envies, l'environnement (vue d'aliments, assiette vide) ou par des règles de restriction cognitive? Est-il capable de différencier la sensation de faim de l'envie de manger? La faim et le rassasiement sont-ils respectés?⁸ Ces aspects seront à prendre en compte lors de la prise en charge. Un travail sur les sensations internes sera nécessaire si les réponses du patient montrent une difficulté à les reconnaître.

Par ailleurs, cette partie permet d'explorer la restriction cognitive et alimentaire. La restriction cognitive, définie à l'origine par Herman et Mack,⁹ consiste en un ensemble de règles que la personne cherche à suivre avec l'espoir qu'elles vont lui

TABLEAU 2**Seconde partie de l'ESSCA**

ESSCA: évaluation semi-structurée des comportements alimentaires.

Partie 2. Comportements alimentaires problématiques

(Si certains points de cette partie ont déjà été abordés dans la partie 1 sur les déterminants de la prise alimentaire, y revenir en mentionnant (comme vous me l'avez dit) ou sauter la question si c'est trop répétitif)

Item 7. Grignotages

Est-ce qu'il vous arrive de grignoter, c'est-à-dire de manger de petites quantités de manière répétitive sans avoir faim?

(Si oui, faire donner un exemple pour décider si grignotage ou collation)

Item 8. Perte de contrôle

(Si oui à l'item 7)

Quand cela vous arrive, avez-vous l'impression qu'il s'agit d'une envie irrésistible de manger? Est-ce que vous avez parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter?

(Si non à l'item 7)

Est-ce que cela vous arrive d'avoir une envie irrésistible de manger? Est-ce que vous avez parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter?

(Si oui, investiguer la quantité. Qu'il s'agisse de petites ou de grandes quantités, y revenir dans le module binge-eating disorder)

Item 9. Déclencheurs des pertes de contrôle (On peut déjà avoir eu des indications sur ce qui déclenche des envies en explorant l'item 6. Sinon, si la personne a répondu positivement à au moins un des items précédents (item 7 ou 8), rechercher les facteurs déclencheurs, s'ils sont accessibles à la personne: faim, vue des aliments, émotions, période prémenstruelle, habitude...)

Dans ces moments où vous mangez sans avoir faim, savez-vous ce qui déclenche/ces grignotages/ou/ces pertes de contrôle?

Item 10. Alimentation nocturne

Est-ce que vous mangez parfois beaucoup durant la soirée, après le repas du soir, ou durant la nuit?

(Si oui, faire donner un exemple, la fréquence, et y revenir dans le module sur le syndrome d'alimentation nocturne)

Item 11. Réaction aux affects négatifs

Quand ça ne va pas, par exemple quand vous vous ennuyez, si vous êtes triste ou contrarié(e), est-ce que vous mangez plus, moins ou pareil?

(Si plus, faire donner un exemple, par exemple, la dernière fois que c'est arrivé)

Item 12. Réaction aux affects positifs

Quand ça va bien, par exemple lors d'un événement joyeux, lorsque vous êtes détendu(e), heureux(se), est-ce que vous mangez plus, moins ou pareil?

(Si plus, faire donner un exemple, par exemple, la dernière fois que c'est arrivé)

Evaluation partie 2

Si oui à l'item 8 ou à l'item 10, effectuer la partie 3

Si les grignotages (item 7) ou l'alimentation émotionnelle (items 11 et 12) sont envahissants ou causent de la souffrance, effectuer la partie 3

TABLEAU 3**Troisième partie de l'ESSCA**

ESSCA: évaluation semi-structurée des comportements alimentaires.

Partie 3. Comportements pathologiques**Binge-eating disorder****Item 13. Accès hyperphagiques (critère A)**

(Faire le lien avec l'item 8: «comme nous en avons parlé tout à l'heure/la dernière fois»)

Vous m'avez dit qu'il vous arrivait d'avoir une envie irrésistible de manger, d'avoir parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter

Oui – Non

(Si la quantité de nourriture a déjà été évaluée dans l'item 8, l'investigateur coche ce qui est adéquat sans poser la question. Si pas encore évalué avec item 8:)

Est-ce qu'il s'agit alors de grandes quantités de nourriture?

Oui – Non
(faire décrire, l'évaluateur détermine en fonction de la personne s'il s'agit d'une grande quantité)

Item 14. Caractéristiques associées (critère B)

J'ai maintenant des questions à vous poser que nous avons déjà partiellement abordées mais je les passe en revue pour vérifier

Dans ces moments-là, mangez-vous très rapidement?

Oui – Non

Dans ces moments-là, est-ce que vous ressentez une sensation pénible de distension abdominale/une sensation d'inconfort physique au niveau du ventre?

Oui – Non

Dans ces moments-là, mangez-vous de grandes quantités de nourriture en l'absence de sensation de faim?

Oui – Non

Dans ces moments-là, cherchez-vous à être seul(e) parce que vous êtes gêné(e) de la quantité de nourriture que vous mangez?

Oui – Non

Après ces moments-là, vous sentez-vous dégoûté(e) de vous-même ou déprimé(e) ou coupable?

Oui – Non

TABLEAU 3 Troisième partie de l'ESSCA (suite)

ESSCA: évaluation semi-structurée des comportements alimentaires.

Item 15. Détresse marquée par rapport au comportement (critère C)

Ce comportement vous fait-il souffrir?	Oui - Non
(Si la personne répond par la négative, peut-être parce que les termes employés sont trop forts, poursuivre:) Est-ce que vous ressentez un malaise ou du mal-être par rapport à ce comportement?	Oui - Non
(Si la personne répond par l'affirmative à une des deux questions, demander:) Arrivez-vous à m'expliquer ce qui vous gêne ou ce qui vous fait souffrir?	

Item 16. Fréquence et durée (critère D)

Est-ce que ces accès hyperphagiques (ou le terme utilisé par la personne) sont survenus au moins une fois par semaine en moyenne au cours des trois derniers mois? (12 fois sur trois mois)	Oui - Non
--	-----------

Item 17. Absence de comportement compensatoire (critère E)

(A répéter avant chaque sous-question). **Au cours des trois derniers mois, cela vous est-il arrivé de:**

Vomir dans le but de compenser ce que vous avez mangé?	Oui - Non
Prendre des laxatifs, des lavements, ou des diurétiques dans le but de compenser ce que vous avez mangé?	Oui - Non
Faire de l'exercice physique excessif dans le but de compenser ce que vous avez mangé?	Oui - Non
Restreindre de manière importante ce que vous mangiez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?	Oui - Non

Pour évaluer la présence possible de binge-eating disorder, mettre une croix dans la case correspondant si:

Item 13: deux réponses «oui» <input type="checkbox"/>	Si toutes les cases sont cochées, binge-eating disorder possible
Item 14: au moins trois réponses «oui» <input type="checkbox"/>	
Item 15: au moins une réponse «oui» <input type="checkbox"/>	
Item 16: réponse «oui» <input type="checkbox"/>	
Item 17: réponse «non» partout <input type="checkbox"/>	

Syndrome d'alimentation nocturne

(Si oui à l'item 10, faire le lien: «vous m'avez dit que vous mangiez parfois durant la soirée ou la nuit»)

Item 18. Manger après le repas du soir

(Si cela n'est pas encore apparu dans les exemples précédents:)

Est-ce qu'il vous arrive de vous réveiller la nuit et de vous relever pour manger?

(Si oui, faire donner un exemple, la fréquence)

Item 19. Détresse marquée

(On pose cette question si la personne a répondu oui à l'item 10 et/ou 18)

Est-ce que le fait de manger durant la soirée ou la nuit vous procure un mal-être ou est handicapant dans votre vie quotidienne?

<p>Pour évaluer la présence possible d'un syndrome d'alimentation nocturne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grandes quantités mangées durant la soirée ou la nuit dont le patient se rappelle • Cause de mal-être ou de dysfonctionnement durant la journée • Pas dû uniquement à la présence de binge-eating disorder ou à un autre trouble psychique • Pas dû à des circonstances sociales ou culturelles, ni à un changement du cycle sommeil-éveil • Pas dû à un problème médical ou à l'effet d'une médication 	Oui - Non
---	-----------

permettre de perdre du poids ou de ne pas en prendre. Une diminution réelle des apports alimentaires n'est pas toujours observée. La restriction cognitive est un concept qui fait débat et qui est vu depuis longtemps comme un facteur participant au maintien de l'alimentation compulsive.¹⁰ C'est notamment parce que les régimes stricts créent de la restriction cognitive qu'ils sont fortement déconseillés par l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) dans un rapport de 2010.¹¹ Comme une partie des patients qui cherchent à perdre du poids a déjà entrepris plusieurs tentatives avant de consulter un professionnel, une évaluation minutieuse de cet aspect est conseillée. Suite aux recommandations données dans le cadre d'un régime strict, la relation qu'entretient la personne avec la nourriture s'est souvent détériorée. Elle mange selon des règles qui ont un effet principalement culpabilisant et qui l'éloignent de ses sensations internes, avec pour éventuelles conséquences des comportements chaotiques.

Cependant, deux aspects sont distingués dans la littérature: le contrôle rigide, c'est-à-dire une régulation en tout ou rien (par exemple, supprimer de son alimentation certains aliments appréciés mais jugés trop caloriques) et le contrôle flexible, qui implique une adaptation du patient aux circonstances (par exemple, décider de manger moins au repas qui précède ou qui suit un repas très copieux).¹²

C'est pourquoi, les questions posées dans l'ESSCA cherchent à faire le tour des règles du patient pour évaluer s'il présente certaines conduites de restriction et de quel type. Des études laissent penser que c'est l'aspect rigide de la restriction qui est corrélé avec les pertes de contrôle alimentaire et en conséquence un indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille en mètre²) plus élevé.¹² L'aspect flexible serait associé à de meilleurs résultats dans le cadre d'un programme de perte de poids.¹³ Un contrôle rigide très important devra être assoupli dans une prise en charge visant la perte de poids.

TABLEAU 4

Résumé des critères du DSM-5 pour le «binge-eating disorder»

Accès hyperphagiques (binge-eating disorder)

Critères diagnostiques résumés

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (binge-eating). Un accès hyperphagique comprend les deux caractéristiques suivantes:
1. Absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans les mêmes circonstances
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise
- B. Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes:
1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale
 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale
 3. Manger de grandes quantités en l'absence d'une sensation physique de faim
 4. Manger seul parce qu'on est gêné de la quantité que l'on mange
 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé
- C. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée
- D. Les accès hyperphagiques surviennent en moyenne au moins une fois par semaine pendant 3 mois
- E. Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale

TABLEAU 5

Critères du DSM-5 pour le syndrome d'alimentation nocturne

Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié: syndrome d'alimentation nocturne

Critères diagnostiques résumés

- Episodes récurrents d'alimentation nocturne, se manifestant par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommation excessive de nourriture après le repas du soir
- Prise de conscience du trouble et souvenir de l'épisode
- Pas mieux expliquée par des éléments extérieurs comme des changements dans le cycle veille-sommeil ou des normes sociales locales
- Détresse significative et/ou retentissement fonctionnel
- La perturbation du schéma d'alimentation n'est pas mieux expliquée par un diagnostic de binge-eating disorder ou par un autre trouble mental, y compris par l'utilisation d'une substance, et n'est pas imputable à un autre trouble mental ou à un effet iatrogène

COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES (tableau 2)

Certains comportements alimentaires «non normaux» peuvent être le signe de troubles plus importants¹⁴ dont il faudra tenir compte dans le cadre de la prise en charge. Cette section aborde les grignotages, les pertes de contrôle alimentaire, l'alimentation nocturne et celle en lien avec les émotions.

On cherche à comprendre la forme des grignotages pour les distinguer des collations, ainsi que leurs répercussions. Le risque principal est que ces grignotages aient des conséquences négatives, comme de la culpabilité ou une prise de poids, ce qui exige qu'on en prenne soin en traitement. Par contre, si les grignotages ainsi que la culpabilité associée ne semblent pas envahir l'alimentation du patient, s'ils sont compensés et ne le dérangent pas outre mesure, ils peuvent être acceptés et régulés, sous forme de collations.

On explore également les «pertes de contrôle alimentaire». La perte de contrôle est une des deux caractéristiques de la crise de boulimie, l'autre étant la grande quantité de nourriture absorbée sur une courte période de temps. La littérature scientifique s'accorde cependant à dire que c'est la sensation de perte de contrôle, plus que la quantité de nourriture ingérée, qui est un signe de mal-être psychologique.¹⁵ En effet, la taille des crises de boulimie n'est pas associée à une psychopathologie différente. Une réponse positive à la question des pertes de contrôle doit donc alerter l'investigateur et l'inciter à poursuivre avec la troisième partie de l'entretien, qui porte sur les TCA.

Les pertes de contrôle alimentaire seront prises en charge de manière différente selon leur ampleur et leur fréquence.

Comme pour les grignotages, si elles semblent régulières, on verra leur acceptation. Par contre, si la fréquence est élevée, si elles impliquent de grandes quantités de nourriture, si le mal-être est important, le travail devrait être délégué à un psychothérapeute spécialisé.

Suivent des questions sur l'alimentation nocturne ainsi que sur celle en lien avec les émotions, négatives ou positives. C'est l'aspect systématique du recours à la nourriture pour gérer ses émotions – ou pour se rendormir – qui pose problème, alors que des épisodes isolés peuvent se produire chez tout un chacun.

Dans la suite de la prise en charge, il s'agira d'aider le patient à comprendre les facteurs déclencheurs de ses éventuels comportements alimentaires problématiques. C'est pour cette raison que figure dans l'ESSCA un item sur ce point, qui permet d'explorer la connaissance qu'a le patient de son propre fonctionnement.

Les comportements alimentaires problématiques peuvent être dénommés différemment ou sous un terme unique par le patient. Les distinctions que nous faisons en tant que professionnels peuvent lui paraître artificielles. L'investigateur utilisera le vocabulaire du patient durant l'investigation.

COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES (tableau 3)

Sans qu'il y ait de «cut-off», la troisième partie de l'entretien est utilisée particulièrement avec les patients qui ont relaté des pertes de contrôle alimentaire, une hyperphagie prandiale fréquente, des grignotages envahissants ou une alimentation

nocturne au cours des deux premières parties. Le format de l'entretien change avec de nombreuses questions fermées. Nous avons repris les critères diagnostiques du *binge-eating disorder* et du syndrome d'alimentation nocturne présentés dans le DSM-5,⁵ et choisi un format de réponse en « oui-non ». A la fin de chacun des groupes de questions, un encadré permet d'établir si l'on peut suspecter la présence du trouble ou non. Le cas échéant, l'investigateur adressera le patient vers un spécialiste pour établir un diagnostic. Le dépistage de ces troubles est primordial, trop peu de patients qui en souffrent sont adéquatement pris en charge par manque de reconnaissance tant du côté des patients que des professionnels de santé.^{16,17}

CONCLUSION

L'ESSCA permet d'obtenir une vue d'ensemble des caractéristiques propres au comportement alimentaire de chaque patient. Pour compléter cette évaluation facilement réalisable par les soignants et les médecins praticiens, d'autres éléments sont importants à explorer. L'histoire pondérale fait partie de ces éléments. La prise en charge sera différente, non seulement en fonction de la présence de certains comportements alimentaires problématiques, mais également en cas de prise de poids unique ou de cumul de régimes accompagnés de « yoyo » du poids. De plus, l'investigation des connaissances

et des représentations du patient sur l'alimentation et la gestion du poids est primordiale. Finalement, la détermination du stade motivationnel est à prendre en compte pour établir les propositions de prise en charge faites au patient. L'ESSCA peut être utilisée tant par les diététiciens que par d'autres professionnels de santé amenés à évaluer une demande de perte de poids. Les réponses obtenues à l'entretien permettront un aiguillage si nécessaire vers les spécialistes les plus à même d'effectuer la prise en charge, diététique et/ou psychothérapeutique.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'évaluation du comportement alimentaire est nécessaire avant toute prise en charge pour un excès de poids
- L'évaluation semi-structurée des comportements alimentaires (ESSCA) est un instrument en français qui facilite une évaluation structurée et complète du comportement alimentaire
- Pour une utilisation adéquate, il est important de se référer au guide d'entretien qui accompagne l'ESSCA

1 * Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, et al. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:94-101.

2 American Psychiatric Association. DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^e ed. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2015.

3 Haslam N, Holland E, Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychol Med* 2012;42:903-20.

4 Volery M, Golay A. Comment détecter des troubles du comportement alimentaire chez des patients obèses? *Med Hyg* 2001;60:1467-72.

5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5).

Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.

6 Faulconbridge LF, Bechtel CF. Depression and disordered eating in the obese person. *Curr Obes Rep* 2014;3:127-36.

7 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.

8 Wansink B, Payne CR, Chandon P. Internal and external cues of meal cessation: The French paradox redux? *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:2920-4.

9 Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Pers* 1975;43:647-60.

10 Wardle J. Compulsive eating and dietary restraint. *Br J Clin Psychol* 1987;26(Pt 1): 47-55.

11 * ANSES. Avis de l'ANSES relatif à la

demande d'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Paris: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2010.

12 Westenhoefer J, Stunkard AJ, Pudel V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *Int J Eat Disord* 1999;26:53-64.

13 Westenhoefer J, Engel D, Holst C, et al. Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eat Behav* 2013;14:69-72.

14 Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: Association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond)* 2007;31:1722-30.

15 Wolfe BE, Baker CW, Smith AT, et al. Validity and utility of the current defini-

tion of binge eating. *Int J Eat Disorder* 2009;42:674-86.

16 Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348-58.

17 ** Selis S. Binge eating disorder: Surprisingly common, seriously undertreated 2007 (retrieved on 24/05/2015). Available from: www.rheumatology-network.com/articles/binge-eating-disorder-surprisingly-common-seriously-undertreated-0

* à lire

** à lire absolument