

EVALUATION SEMI-STRUCTUREE DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES : GUIDE D'ENTRETIEN

ESSCA (Evaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires) est un entretien semi-structuré qui permet l'évaluation des déterminants qui guident la prise alimentaire, un dépistage d'éventuels comportements alimentaires problématiques (CAP) ou de comportements pathologiques chez la personne venue consulter dans le cadre d'une prise en charge diététique avec une demande de perte de poids.

Le contenu et la structure de l'entretien ont pour but de mettre le patient en confiance pour qu'il puisse parler de son vécu librement. Les patients qui viennent chercher une aide professionnelle ne mentionneront généralement pas spontanément les problèmes de comportement alimentaire qu'ils peuvent présenter. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- La honte : émotion fréquemment associée aux troubles des conduites alimentaires, la honte est la cause majeure d'une prise en charge tardive, aux dépens de la santé des patients qui se péjore avec la chronicisation du trouble.
- La culpabilité : en lien avec la honte, la culpabilité est typique de tout désordre alimentaire et des CAP chez les personnes qui aimeraient faire attention à leur prise alimentaire et qui voient leur comportement leur échapper. En l'absence d'informations, elles pensent manquer de volonté alors qu'elles sont parfois enfermées dans de réels cercles vicieux.
- Le déni : qui peut prendre la forme de « j'arrête quand je veux ». Certains patients ont fait l'expérience que le suivi d'un « régime amaigrissant » leur apportait un cadre qui normalise les CAP et les désordres alimentaires le temps du régime. Le patient ne perçoit pas (d'où ce terme de « déni ») les risques que comporte une modification seulement temporaire du comportement alimentaire, ni que ses désordres alimentaires réapparaîtront à la fin du régime.
- La banalisation : la personne justifie pour elle-même ses « écarts » avec des pensées du type « je l'ai bien mérité avec tous les efforts que je fais » ou « il faut être un peu gentil avec soi ». Elle ne les mentionnera donc pas au professionnel.
- Un biais cognitif : la sous-estimation de la prise alimentaire est fréquente, et particulièrement parmi les personnes obèses [1].

L'investigateur¹ pose les questions de cette trame d'entretien et demande des précisions au besoin. « Semi-structuré » signifie qu'une place est laissée à l'interprétation de l'investigateur. Les questions en gras sont à poser telles quelles et les ajouts entre crochets proposent des consignes ou des précisions éventuelles à demander, selon l'aisance de l'investigateur.

L'ordre des questions est dans la mesure du possible à respecter, des liens entre certaines questions sont suggérés. Après la question introductive, l'entretien est structuré en trois parties. La partie 1 sert à évaluer les déterminants de la prise alimentaire, la restriction cognitive et ce qui pousse la personne à manger et à s'arrêter. La partie 2 s'intéresse aux CAP, définis plus loin, tels que grignotages ou pertes de contrôle. C'est à partir des réponses obtenues dans cette deuxième partie

¹ ci-après le professionnel qui mène ESSCA est nommé « investigateur », il peut s'agir d'un diététicien ou d'un autre professionnel de la santé et est à lire au masculin et féminin

que l'investigateur décide s'il aborde avec le patient la partie 3, qui traite de troubles des conduites alimentaires plus spécifiquement rencontrés dans des cas de surpoids, c'est-à-dire le *binge eating disorder*² et le syndrome d'alimentation nocturne.

Le temps passé à parcourir l'entretien est estimé à 15-30 minutes. L'investigateur essaie dans la mesure du possible de rester focalisé sur les questions posées. Néanmoins il fera évidemment preuve de sensibilité face aux émotions exprimées par la personne. Si elle évoque un sujet qui la bouleverse ou un élément important, il est bienvenu de la laisser parler plutôt que d'enchaîner directement avec la question suivante.

Ci-après sont présentées la question introductive puis les trois parties, avec pour débiter chaque partie un texte explicatif.

QUESTION INTRODUCTIVE

Ce premier item permet de faire le point sur la conscience et l'interprétation qu'a la personne de l'origine de son problème de poids. Certains patients disent qu'ils mangent mal et ne font pas assez d'activité physique, mais d'autres ont l'impression de manger normalement voire peu et de prendre du poids. Ce type d'attribution externe que l'on considère parfois comme du déni n'est pas forcément complètement erroné : à force de régimes répétés, certaines personnes en arrivent à ne pas pouvoir perdre du poids tout en mangeant moins qu'auparavant, à cause d'un métabolisme ralenti et d'une propension accrue à stocker les graisses [3].

Cet item permet également de laisser parler la personne sur sa demande si elle en a une. L'investigateur s'assure que le tour de la question a été fait en demandant « y a-t-il autre chose ? ». Les origines du problème proposées entre crochets permettent d'aborder des points auquel le patient n'aura peut-être pas pensé.

QUESTION INTRODUCTIVE

| Item 1. Causes perçues à l'origine du problème de poids | |
|---|--|
| <p>A quoi attribuez-vous votre problème de poids ? [ou reformulation de la demande de la personne suivi de : « y a-t-il autre chose ? »]</p> | <p>[hérédité, baisse activité physique, alimentation, arrêt tabac, grossesse, traitement médicamenteux, événements de vie, maladie...]</p> |

² Dans la traduction française du DSM-5[2] la dénomination « hyperphagie boulimique » qui qualifiait dans le DSM-IV la présence de crises de boulimie sans comportement compensatoire (en anglais « binge eating disorder ») a été remplacée par la dénomination « accès hyperphagiques » (au pluriel, un accès hyperphagique étant par ailleurs le terme utilisé dans le DSM-5 comme alternative à celui de crise de boulimie). Dans ce texte, pour éviter les confusions, nous nous référerons au terme anglophone *binge-eating disorder* pour parler du syndrome, et nous utiliserons la dénomination « accès hyperphagique » pour évoquer les crises de boulimie.

PARTIE 1. DETERMINANTS DE LA PRISE ALIMENTAIRE

Cette première partie a pour but d'évaluer les différents facteurs qui interagissent dans la régulation de la prise alimentaire. Il est primordial d'y apporter de l'attention car cela va servir de base au traitement diététique qui va suivre. Les réponses à ces questions donnent des indications de pistes de traitement qui devront être élaborées en fonction des possibilités du patient.

Cette partie débute avec deux questions sur la restriction cognitive et la restriction alimentaire (items 2 et 3). Elles sont volontairement placées en début, alors que le patient n'a pas encore été amené à réfléchir à la faim et au rassasiement. Comme manger parce qu'on a faim et s'arrêter parce qu'on est rassasié sont les comportements « socialement attendus », la personne pourrait omettre de parler de ses tentatives de restriction si on aborde la restriction cognitive après avoir déjà passé du temps sur ces concepts de faim et de rassasiement.

La restriction cognitive (item 2) est l'intention de contrôler son alimentation dans le but de perdre ou de maintenir son poids [4]. Elle n'est pas toujours suivie d'un effet sur le poids. En effet, la restriction cognitive peut ne pas être suivie d'actions restrictives effectives (c'est-à-dire de restriction alimentaire évaluée dans l'item 3). Par ailleurs, la restriction cognitive peut être suivie d'actions restrictives mais en lien avec des pertes des contrôles alimentaires et des grignotages, ce qui limite l'effet de la restriction sur le poids ou favorise les fluctuations pondérales.

Néanmoins, des études suggèrent que c'est l'aspect rigide de la restriction cognitive qui serait négatif [5]. Un contrôle souple par contre serait associé à un poids stable. C'est pourquoi l'item 2 propose d'aller plus en avant dans l'exploration de l'aspect rigide de la restriction avec une question ouverte sur les règles suivies et une question sur l'évitement d'aliments qui se rapportent à cet aspect de contrôle rigide. Si le patient mentionne un comptage de calories ou que l'on peut déceler dans son discours une obsession pour la quantification, il s'agit plutôt de contrôle rigide, tout comme lorsque certains groupes d'aliments sont supprimés.

Un contrôle rigide est caractérisé par une approche dichotomique, de type « tout ou rien », de l'alimentation et du poids. Il est plus souvent corrélé avec des pertes de contrôle alimentaire, rendant difficile le maintien ou la perte de poids. Un contrôle flexible est quant à lui caractérisé par une vision plus tempérée du contrôle de l'alimentation et du poids. Par exemple, le patient sera capable de manger des aliments à forte densité énergétique (« qui font grossir » dans la représentation de la population) en quantité limitée et en parvenant à les apprécier. S'il a l'occasion de faire un bon repas où il mange plus que sa faim, il mangera moins au repas suivant.

L'item 3 explore le côté effectif, réel, de la restriction alimentaire. L'exemple que donne la personne sur la manière dont elle fait attention permet de percevoir s'il y a contrôle flexible, rigide, ou plus aucun contrôle. Il peut arriver que la personne ait lâché toute tentative de contrôle à cause d'idéaux restrictifs inatteignables (signe donc d'un contrôle plutôt rigide).

Suit l'item 4 sur la faim, avec une question ouverte pour savoir si la personne se représente qu'elle mange parce que c'est l'heure, parce qu'elle a faim, parce qu'elle a de la nourriture à disposition, ou pour d'autres raisons qu'elle pourra évoquer spontanément. De même dans l'item 5, elle pourra dire

si elle s'arrête de manger car elle est rassasiée, ou parce que son assiette est vide (ou pour des questions de temps, etc.) avant de parler plus précisément du rassasiement et de la différence entre avoir assez et trop mangé. En cas de troubles des conduites alimentaires ou de restriction cognitive prononcée, les questions plus précises portant sur la faim (item 4) et le rassasiement (item 5) seront difficiles : le patient n'a généralement plus accès à ses sensations alimentaires ou ne les écoute plus.

L'item 6 porte sur l'envie de manger, thème important car les patients la confondent souvent avec la faim. Aborder cette question permet de voir à quel point la personne est consciente de cette confusion, et de l'aider à commencer à clarifier ces notions, déjà en mentionnant la différence qu'il y a entre les deux. La personne peut spontanément évoquer des CAP, auquel cas on pourra faire un lien avec la deuxième partie de l'entretien qui porte sur ce sujet, particulièrement si elle mentionne un « besoin impérieux » de manger (« craving » en anglais, qui représente une « envie irrésistible »). Cela peut concerner les grignotages (lien avec item 7), les pertes de contrôle sur l'alimentation (lien avec item 8), ou l'envie de manger sans avoir faim lors de situations émotionnelles (lien avec items 11 et 12). Le patient peut donner d'autres exemples, comme l'envie de manger parce qu'il voit de la nourriture ; ces exemples devront être repris dans l'item 9, qui porte sur les déclencheurs des pertes de contrôle.

PARTIE 1. DETERMINANTS 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, investiguer 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 :] Evitez-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) ?] | |

PARTIE 2. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES (CAP)

La seconde partie de l'entretien porte sur les CAP. Cette partie est charnière entre la première partie sur les déterminants et la troisième partie sur les comportements pathologiques. Certains points peuvent avoir été spontanément abordés lors de la première partie de l'entretien, où l'investigateur aura laissé parler le patient et aura déjà pris des notes, pour y revenir ici. Il y fera alors référence lorsqu'il abordera l'item. Les réponses données lors de cette seconde partie aideront l'investigateur à décider s'il veut poursuivre avec la troisième partie car le patient mentionne des pertes de contrôle ou une alimentation nocturne à investiguer plus précisément ; dans le cas contraire l'entretien s'arrête là.

Les items de cette partie abordent les comportements alimentaires dénommés problématiques, et non pathologiques, car c'est leur intensité ou leur forme qui provoquera une interférence avec une démarche de perte de poids, alors que ces comportements peuvent par ailleurs être présents dans la population des personnes sans problèmes de poids. Ils ne sont donc pas forcément à éradiquer, mais à investiguer et si besoin à désamorcer.

L'item 7 porte sur les grignotages. La définition du grignotage est variable selon les auteurs. Nous avons choisi: *manger de manière répétitive de petites quantités sans avoir faim*. Quelle que soit la définition choisie dans les études, les grignotages ne sont généralement pas associés à l'indice de masse corporelle et même une population sans troubles des conduites alimentaires rapporte des pourcentages de grignotages qui peuvent être élevés [6]. Il ne s'agit donc pas forcément d'un comportement problématique en lui-même. Par contre les grignotages peuvent conduire la personne préoccupée par son poids et son alimentation à culpabiliser et à douter, avec en conséquence des tentatives de restriction, qui peuvent mener à des pertes de contrôle. C'est pourquoi ils doivent être pris en compte dans l'évaluation du comportement alimentaire.

Certains patients disent grignoter en parlant de prises alimentaires qui peuvent être catégorisées comme des collations, c'est pourquoi il est souhaitable de demander de décrire le comportement pour ensuite décider s'il s'agit de grignotage ou de collation.

L'item 8 porte sur les pertes de contrôle alimentaire, que l'on nomme également compulsions alimentaires. La perte de contrôle est un des deux dénominateurs de l'accès hyperphagique, l'autre étant l'absorption d'une grande quantité de nourriture. C'est pourquoi si des pertes de contrôle alimentaire sont présentes, l'investigateur posera systématiquement les questions en lien avec le *binge-eating disorder* contenue dans la 3^{ème} partie. Chez certains patients avec troubles des conduites alimentaires, les accès hyperphagiques sont devenus quotidiens et sont organisés. Il n'y a donc plus de sensation de perte de contrôle. L'investigateur relèvera néanmoins des « pertes de contrôle organisées » pour l'item 8 et abordera la troisième partie.

Il est important de signaler que la perte de contrôle peut également survenir parce qu'on a trop faim, et que cet aspect est gérable lors du traitement diététique. L'hypoglycémie ou les quelques jours précédents les menstruations sont des facteurs qui déclenchent des pertes de contrôle alimentaire, que l'on retrouve dans la population qui a un poids normal sans que cela nécessite un traitement. Le

tour de la question doit être fait de manière approfondie afin d'estimer s'il s'agit d'un comportement pathologique. C'est pour cette raison que l'item 9 investigate les déclencheurs des grignotages ou des pertes de contrôle. Les déclencheurs récoltés orienteront également la prise en charge thérapeutique.

L'item 10 permet d'évaluer la présence d'alimentation nocturne. En cas de réponse affirmative, on poursuivra l'investigation avec les questions sur le syndrome d'alimentation nocturne de la 3^{ème} partie.

Les deux items 11 et 12 traitent de l'alimentation émotionnelle. L'alimentation peut tout à fait avoir un rôle de réconfort, mais elle ne doit pas être la seule manière de gérer les émotions négatives. Il est important d'explorer ces nuances chez le patient. Certaines personnes mangent pour ne plus sentir, voire même avant de ressentir, et toute activation émotionnelle, même positive, déclenchera une prise alimentaire permettant de se tranquilliser.

PARTIE 2. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLEMATIQUES

| | |
|--|--|
| [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 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 <i>binge-eating disorder</i>] | |
| Items 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 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 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, p.ex. 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, p.ex. la dernière fois que c'est arrivé] | |

PARTIE 3. COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES

Cette troisième partie de l'entretien sert à dépister la présence d'un *binge-eating disorder* ou d'un syndrome d'alimentation nocturne, décrits dans le DSM-5 [7]. Les critères diagnostiques sont repris dans les questions posées dans l'entretien. Notons que pour le syndrome d'alimentation nocturne, des critères plus détaillés ont été proposés et utilisés en recherche mais ils ne font pas encore l'objet d'un consensus [8].

On note la présence possible de *binge-eating disorder* lorsque les items 13 à 17 remplissent les critères. Tout d'abord il doit y avoir la présence d'accès hyperphagiques (critère A, ces critères font référence à ceux du DSM), au moins une fois par semaine pendant les trois derniers mois (critère D). Si le critère de fréquence et de durée n'est pas rempli, il peut s'agir d'un « autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié » (DSM-5). La « grande quantité de nourriture » qui signale un accès hyperphagique doit être évaluée par l'investigateur en fonction de l'âge et du sexe du patient, de son style de vie et du contexte. La perte de contrôle, deuxième élément nécessaire, est généralement présente, mais elle peut être absente si le comportement est planifié. Cela arrive particulièrement quand le trouble est installé depuis longtemps. Il s'agit néanmoins quand-même d'un accès hyperphagique. Les patients n'utilisent pas ce terme d'« accès hyperphagique », certains parlent de leurs « crises de boulimie », de « compulsions alimentaires », ou donnent un autre nom à ces pertes de contrôle alimentaire sur de grandes quantités de nourriture. Il est important de respecter le vocabulaire employé par le patient pour parler de son comportement. C'est volontairement que le terme « crise de boulimie », pourtant devenu commun, ne figure dans aucune question d'ESSCA. En effet le terme « boulimie » compris dans « crise de boulimie » peut provoquer une réaction forte chez les patients qui se défendent alors de présenter ce comportement, pensant aux vomissements ou aux moyens extrêmes de contrôle du poids liés à cette pathologie.

Par rapport au critère B, trois des caractéristiques doivent être présentes parmi les cinq proposées. Il doit également y avoir une détresse marquée associée au comportement (critère C). Certains patients parlent ouvertement de « souffrance » et répondront positivement à la question y relative, mais pour d'autres, les termes de détresse ou de souffrance sont trop forts. C'est pourquoi une deuxième question évoquant un malaise ou un mal-être (plus psychique) a été ajoutée. Le fait d'expliquer ce qui gêne ou fait souffrir permet à l'investigateur de juger s'il s'agit vraiment d'une détresse « marquée » et si la question a été comprise.

Aucune question dans ESSCA n'aborde l'influence que peuvent avoir la silhouette et le poids sur l'estime de soi. Ce lien entre estime de soi et silhouette est un critère diagnostique de la boulimie mais pas du *binge-eating disorder*, même s'il est fréquemment observé chez ces patients. C'est pourquoi même si le patient évoque des comportements compensatoires, signes de boulimie, on ne dispose pas avec ESSCA de tous les critères pour juger de la présence de cette pathologie.

Le syndrome d'alimentation nocturne figure dans la section « autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifié » du DSM-5. Les critères diagnostiques comprennent des épisodes récurrents d'alimentation nocturne, c'est-à-dire une alimentation excessive après le repas du soir (vu avec l'item 10) ou après s'être réveillé (item 18). Le patient doit également ressentir un mal-être

significatif et/ou une réduction de ses capacités fonctionnelles. Les critères d'exclusion sont la présence de *binge-eating disorder* ou d'un autre trouble psychique (y compris la consommation de substances) ou somatique qui expliquerait ce comportement, des circonstances sociales ou culturelles ou l'effet d'une médication.

Pour conclure il est important de souligner qu'ESSCA ne permet pas de poser un diagnostic. Si le patient présente les signes énumérés ici, ou en cas de doute, il est conseillé d'adresser la personne à un spécialiste des troubles des conduites alimentaires pour une évaluation.

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 |
| 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 survenues 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) | |
| [à 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 ? | |
| Pour évaluer la présence possible d'un syndrome d'alimentation nocturne : | |
| <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 | |

RÉFÉRENCES

1. Little, P., et al., *The validity of dietary assessment in general practice*. J Epidemiol Community Health, 1999. **53**(3): p. 165-72.
2. American Psychiatric Association, *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* 5e ed 2015, Issy-les-Moulineaux: Masson.
3. Sumithran, P. and J. Proietto, *The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss*. Clin Sci (Lond), 2013. **124**(4): p. 231-41.
4. Herman, C.P. and D. Mack, *Restrained and unrestrained eating*. J Pers, 1975. **43**(4): p. 647-60.
5. Westenhoefer, J., A.J. Stunkard, and V. Pudel, *Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint*. Int J Eat Disord, 1999. **26**(1): p. 53-64.
6. Reas, D.L., et al., *Nibbling: frequency and relationship to BMI, pattern of eating, and shape, weight, and eating concerns among university women*. Eat Behav, 2012. **13**(1): p. 65-6.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)* 2013, Washington DC: American Psychiatric Association.
8. Allison, K.C., et al., *Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome*. Int J Eat Disord, 2010. **43**(3): p. 241-7.