

Sujet : L'essentielle union du nutritionniste et du psychologue dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Commentez, développez, argumentez.

Romane Gricourt - BDNH1



SOMMAIRE:

I) Les Troubles alimentaires.....	1
1)L'anorexie.....	1
2)La boulimie et l'hyperphagie.....	2
3)Les autres troubles.....	3
II) Les différents accompagnements possibles.....	4
1)Le psychologue.....	5
2)Le nutritionniste.....	6
3)Les autres professionnels de santé.....	6
III) La complémentarité du nutritionniste et du diététicien.....	8
1)Dans la thérapie cognitivo-comportementale.....	8
2)Dans les différentes formes de prises en charge.....	9
Conclusion.....	10
Annexes.....	1
1	
Bibliographie.....	13

“Les Troubles des Conduites Alimentaires sont une cause sérieuse de mortalité chez l’adolescent et le jeune adulte” (Rébecca Shankland, les TCA, édition Dunod). En effet, dans une société marquée à la fois par l’abondance de nourriture et la maigreur de l’idéal féminin, par l’augmentation des troubles dépressifs, de la valorisation de la performance et de la perfection, on ne peut que comprendre que ces troubles se multiplient. Ils provoqueraient près de 15 000 décès par an suite à une dénutrition extrême, des complications métaboliques ou un suicide (Christine Staquet , TCA : comment faire face ?, éditions du puits fleuri). Selon ce même ouvrage, une personne sur trois développerait une chronicité sur ces troubles. Des chiffres peu glorieux, qui remettent en question l’efficacité des prises en charges actuelles. Je me suis alors demandée dans quelle mesure le nutritionniste ou la psychologue étaient complémentaires dans la prise en charge des TCA ? En premier temps, nous verrons quels sont les principaux troubles alimentaires. Ensuite, nous verrons quels sont les différents accompagnements possibles et enfin, nous discuterons de la complémentarité du nutritionniste et du psychologue dans la prise en charge des TCA.

1) Les troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire, appelés également troubles des conduites alimentaires, ou TCA, sont en constante augmentation dans les pays industrialisés et sont devenus un problème de santé publique majeur. Ce sont de réelles maladies mentales, répertoriées dans le DSM-V, et il en existe différentes formes. Parmi elles, on retrouve l’anorexie, la boulimie et l’hyperphagie, ainsi que d’autres troubles un peu moins incidents.

L’anorexie mentale (annexe 1) se différencie de l’anorexie secondaire, qui survient à la suite d’une prise de médicaments, de la suite d’autres maladies comme le cancer par exemple. Le mot anorexie signifie “perte d’appétit”. Cependant, le problème n’est pas lié à une absence de faim. C’est une volonté obsessionnelle de perdre du poids, de lutter contre la faim, donc contre le corps. Cela se caractérise en situation clinique par la présence des trois A: Anorexie (restriction volontaire et peur de prendre du poids), Amaigrissement, Aménorrhée (disparition des règles). L’anorexie réside donc dans des comportements de contrôle extrême, de restriction alimentaire, d’altération de la perception du corps (dysmorphophobie). L’anorexie est souvent corrélée à une dépression sous-jacente, à un manque d’estime et de confiance en soi. Le besoin obsessionnel de contrôle entraîne parfois la personne dans des comportements agressifs, de repli et d’isolement social important.

La perte de poids de la personne anorexique est banalisée et souvent dissimulée sous des vêtements amples.

Les causes sont différentes selon chaque patient, allant du régime amincissant qui ne finit plus à un choc émotionnel ou un traumatisme durant l'enfance.

La durée moyenne de cette pathologie est variable également, allant de 1 an et demi à des années voir une chronicité. Pour l'évolution, on sait que 30% des malades environ soignées à l'adolescence guérissent et retrouve une vie normale, un autre tiers est amélioré avec une guérison incomplète entraînant des risques de rechute et avec un poids insuffisant, 5 à 10% décèdent à cause d'une dénutrition trop grande, d'un arrêt cardiaque ou d'un suicide, et 21% souffrent de troubles chroniques nécessitant des soins en continu.

Parmi l'anorexie mentale, on distingue l'anorexie restrictive pure et l'anorexie avec des accès boulimique/ hyperphagique. Dans la majorité des cas, les anorexies restrictives pures finissent par évoluer en anorexie boulimique ou hyperphagique, le corps ne supportant pas à long terme la dénutrition et réclamant par des moyens aussi extrêmes que la restriction de la nourriture.

La boulimie est un trouble alimentaire qui se caractérise par la perte de contrôle alimentaire avec des crises alimentaires où la personne consomme une quantité importante de nourriture en peu de temps, avec des comportements compensatoires comme les vomissements, la prise de purgatif, le jeûne, ou le sport intensif.

Comme tous les autres troubles alimentaires, le jugement porté sur soi est grandement influencé par la forme et le poids du corps.

Le mot boulimie veut dire, étymologiquement, "faim de boeuf". Comme l'anorexie, ce trouble est en pleine expansion dans les sociétés industrielles et occidentales. C'est un trouble particulièrement observé chez les femmes, cela correspond à 90% des cas.

On retrouve trois phases dans la boulimie:

- 1) la phase d'excitation, avec une extrême préoccupation de la nourriture, une sensation oppressante de devoir consommer des aliments, souvent accompagnée de restriction alimentaire
- 2) la phase caractérisée par la compulsion, la crise (besoin irrépressible d'absorber la nourriture) avec ingestion en un temps rapide d'une très grande quantité d'aliments sans notion de plaisir, de faim ou de rassasiement. Les aliments choisis sont souvent gras, sucrés, caloriques (de 3000 à 20000 calories par crise), faciles à avaler (parfois il y a très peu de mastication). C'est une perte totale de contrôle.
- 3) la dernière phase est celle de la culpabilité, de la honte, du dégoût de la personne envers elle-même, de dévalorisation. Le malaise est profond, à la fois physique et psychique. Elle s'accompagne de vomissements, provoqués ou spontanés.

La fréquence des crises est variable selon le malade. Cela peut aller d'une crise par semaine à plusieurs crises par jour. En dehors des crises alimentaires, les personnes sont

souvent préoccupées par la nourriture (annexe 2), évitent des situations pouvant provoquer des crises (repas, certains lieux comme les magasins/boulangeries, fêtes ...) ce qui mène parfois, comme l'anorexie, à un isolement social important. Paradoxalement, la peur du manque est aussi très présente, poussant les personnes à stocker la nourriture.

La boulimie peut-être, d'un point de vue extérieur, une maladie invisible puisque le ou la malade ne présente pas obligatoirement de dénutrition et mange. Cependant, la souffrance de la personne est très importante. On parle du mécanisme du "vidage" et du "remplissage". Le traitement la boulimie s'avère, comme tout trouble alimentaire, très difficile et long, les rechutes sont fréquentes.

On retrouve des liens étroits entre la boulimie et l'anorexie, qui s'alternent parfois. En effet, le contrôle excessif de l'anorexie est parfois suivie d'une perte de contrôle dans la boulimie, puis suivi d'une nouvelle reprise de contrôle après la crise, puis d'une nouvelle perte... C'est un cercle vicieux qui montre bien que les troubles alimentaires, bien qu'ils soient différents, sont généralement mélangés et successifs chez les patients. 20 à 50% des personnes souffrants d'anorexie ont des crises de boulimie. Dans les critères de classification de ces troubles, ce qui différencie l'anorexie-boulimie de la boulimie est que, dans le second, le poids reste dans un indice de masse corporelle supérieur à 17 (dans les limites de la normale).

L'hyperphagie est une maladie qui ressemble de près à la boulimie par la présence des crises alimentaires mais à la différence qu'il n'y a pas de présence de comportements compensatoires dans ce cas. La consommation d'aliments est plus rapide que la normale, avec des quantités importantes sans sensation de faim, la consommation est souvent solitaire et les ressentis post-crisis sont souvent les mêmes que la personne boulimique (honte, dégoût de soi, culpabilité..).

Ces crises peuvent se produire ici à n'importe quel moment de la journée, que ce soit hors repas ou après les repas.

Ce trouble est aujourd'hui le plus répandu et peut conduire à l'obésité ou à un surpoids important.

Même si l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie sont les troubles plus fréquents, il existe de nombreux autres troubles alimentaires.

Parmi eux, on retrouve par exemple l'orthorexie, qui n'est pas officiellement reconnue comme une maladie mentale à ce jour mais qui ressemble de très près à un trouble alimentaire. L'orthorexie est une "obsession du manger sain". Le contrôle alimentaire est très présent mais pas dans la volonté de perdre du poids mais plutôt pour manger sainement. Selon les croyances de la personne, elle va éliminer des catégories d'aliments qui leur semble malsaine, impure ou toxique pour leur corps. Ce trouble va engendrer un isolement social important car la personne va se mettre à refuser des invitations par peur

d'être confrontée à des situations alimentaires qu'elle devra affronter ou justifier. L'orthorexie est souvent confondue au départ avec la volonté de manger sain et de prendre soin de sa santé mais au bout d'un moment, cette préoccupation devient trop grande et envahit toute la vie et les pensées de la personne. La personne ne devient presque plus cohérente dans ses choix alimentaires qui changent en fonction de ses renseignements. En terme de conséquences physiques, l'orthorexie peut mener à des carences ou à une dénutrition plus ou moins sévère.

Le Night Eating Syndrome est un nouveau trouble alimentaire qui est en fait caractérisé par un besoin irrésistible de manger au cours de la nuit. C'est en réalité de l'hyperphagie nocturne corrélée à une grande détresse psychologique.

Les PICA sont des troubles alimentaires caractérisés par la consommation de substances non-nutritives et non-comestibles qui se retrouve souvent chez les déficients mentaux comme les personnes autistes. Cela peut concerner des choses comme le sable, la terre, les feuilles, le plastique... On parle de PICA lorsque ce comportement perdure depuis plus d'un mois et que ce comportement est anormal par rapport à l'âge du patient. Particulièrement à risques, ce trouble figure dans le DSM-V et recommande une prise en charge clinique car peuvent apparaître des infections ou des intoxications.

On retrouve également les phobies alimentaires (peur d'un aliment, de se mettre à table, d'être contaminé par un microbe...) qui répondent aux codes de la société actuelle. La néophobie alimentaire correspond pour sa part à une peur de manger des nouveaux aliments.

Ainsi, les troubles des conduites alimentaires diffèrent en fonction des individus, et peuvent revêtir de formes diverses. La plupart du temps, ces troubles résultent d'un blocage psychologique qui transparaît sur l'alimentation. Le trouble alimentaire est en quelque sorte la face visible de l'iceberg. Après avoir vu quels sont les principaux troubles alimentaires avec leur spécificités, nous allons maintenant nous intéresser aux différents accompagnements et prises en charges possibles qui permettent aux patient de retrouver un rapport serein à leur alimentation.

II) Les différents accompagnements possibles

Différents accompagnements sont possibles lorsqu'il s'agit de TCA. Lorsqu'une personne souffre d'un trouble alimentaire, elle est souvent poussée à consulter des professionnels de santé tel que le psychologue, le diététicien ou d'autres professionnels pour envisager une guérison.

Comme nous l'avons vu, l'alimentation de la personne est la face visible de ce qui se passe dans sa tête. C'est donc une évidence que de proposer un suivi psychologique à la personne *

Les TCA représentent un dysfonctionnement du rapport à l'alimentation mais proviennent d'une cause psychologique. Les causes psychologiques de ces troubles sont variées. Cela peut aller d'un traumatisme ancien et refoulé à un rapport compliqué avec le corps par exemple. Dans tous les cas, le ou la patiente « compense » son mal-être avec la nourriture.

Ainsi, faire un travail psychologique sur les ressentis est essentiel. Souvent, les émotions chez ces patients ne sont pas bien acceptées, maîtrisées, voir refoulées. Il est important, grâce au travail du psychologue, d'aider le patient à s'accepter et à accepter ses émotions, pour lui permettre de mieux les gérer par la suite et de ne plus utiliser la nourriture comme tampon émotionnel.

De plus, le travail sur la confiance et l'estime de soi est tout à fait indiqué. Les patients se dévalorisent, ressentent sans cesse de la culpabilité et ne se sentent pas valorisés dans leur existence. Il faut aider la patientèle à s'aimer davantage, s'accepter avec leurs défauts et leurs qualités pour s'aimer et se respecter dans ses besoins primaires. Il semble difficile de concevoir qu'un trouble alimentaire ne puisse disparaître de lui-même sans entreprendre un suivi psychologique puisque la venue du trouble vient directement d'un blocage psychologique

Les objectifs des soins psychologiques sont à la fois individuels et familiaux. Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de TCA comprenne une approche psychologique afin de l'aider à comprendre ses troubles et à se responsabiliser concernant son état physique et ses habitudes alimentaires. Ce suivi est envisagé pour lui permettre de modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire et encourager la prise de poids ainsi qu'une alimentation équilibrée. D'un point de vue social, le suivi psychologique permettra au patient d'améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, améliorant ainsi le sentiment de confiance et de sécurité. Enfin, cela permettrait au patient de traiter les problèmes psychiques qu'il a depuis longtemps comme la dépression, l'anxiété et les troubles anxieux, les conduites addictives et les conflits psychiques éventuels qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles alimentaires.

Les thérapies les plus efficaces à ce jour contre les TCA sont les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies interpersonnelles et les thérapies familiales.

Cependant, le suivi psychologique n'est pas recommandé lorsque les patients sont trop dénutris, il faut attendre que les personnes ne soient plus en danger physiologique pour qu'elles puissent réfléchir correctement, et être plus sereine. Ainsi, le travail psychologique consistera à comprendre les conduites des TCA, de trouver la psychothérapie la plus adaptée à mettre en place et d'y associer au mieux l'entourage familial.

Le nutritionniste est souvent une des premières personnes qui est sollicitée lorsqu'un TCA est décelé. Lorsque le ou la patiente est mineure, ce sont souvent les parents qui prennent rendez-vous, mais lorsque c'est un ou une adulte, il faut que celui ci ne soit pas dans le déni et prêt à effectuer des changements pour prendre un rendez vous.

Chaque diététicien va donc pouvoir aider le patient selon sa méthode. La plupart du temps, il va d'abord faire un bilan avec son patient pour faire le point sur ses conduites alimentaires actuelles. Ensuite, il va lui expliquer quelles sont les bases d'une alimentation équilibrée, en expliquant brièvement les principes. Puis, il va créer un plan alimentaire personnalisé pour la personne et va lui demander de suivre les recommandation jusqu'au prochain rendez vous pour voir comment cela se passe. Parfois, il va demander au patient d'écrire tout ce qu'il a mangé dans un carnet alimentaire: une technique qui permet au patient de se rendre compte de ses habitudes et au diététicien de voir qu'elles sont les difficultés du patient.

L'approche nutritionnelle implique donc trois aspects:

- 1) l'aspect nutritionnel et diététique où le diététicien va calculer le poids minimum à atteindre pour un état de bonne santé (imc de 18.5) et calculer les besoins nutritionnels (ce qu'a besoin le ou la patiente pour vivre et si besoin, en augmentant les calories pour une prise de poids)
- 2) l'aspect comportemental vis à vis de la nourriture car la peur des malades est partout: peur de faire une crise, peur du gras, peur du sucre, peur de grossir... Il faut revoir quelles sont les fonctions de l'alimentation pour faire changer le regard des patient(es) sur la nourriture et l'alimentation.

Souvent, le diététicien va devenir le soutien des malades car c'est le professionnel qui agira le plus directement sur les peurs du patient. Il faut donc veiller à établir une relation de confiance entre le patient et le diététicien car, sans cela, il est presque impossible pour le patient d'entreprendre une once de changement.

Le diététicien, une fois que le suivi aura déjà bien avancé, va aussi pouvoir entreprendre des activités autour des sens et du goût, afin que le patient redécouvre que les aliments ne sont pas juste des menaces, mais ont aussi une odeur, une texture particulière, une forme particulière...

Avant tout, le suivi diététique doit aider le patient concrètement, avec des objectifs à court, moyen, et long terme, qui puissent aider le patient à se réconcilier avec la nourriture.

Le diététicien est un professionnel de santé qui va permettre d'agir sur le trouble directement, et il lui faudra beaucoup de patience et d'écoute pour aider le patient à avancer sur son propre chemin.

Evidemment, on ne peut pas exclure de parler du médecin traitant, qui joue un rôle primordial dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Il permet de

faire le point, régulièrement, avec ses patients, afin de traiter, s'il le faut, les conséquences physiques des TCA. Il veille à ce que le poids ne descende pas trop bas, à ce que la personne n'ait pas de carence ou de complications cardiovasculaire par exemple.

D'autres professionnels sont susceptibles d'aider le patient à retrouver un équilibre. Parmi eux, on retrouve par exemple les kinésithérapeutes, qui peuvent être indiqués pour faire des massages, des exercices de renforcement musculaire, afin d'aider les personnes à se réapproprier leur corps. Dans le cas des massages, cela peut aider les personnes à percevoir leur corps autrement que par la souffrance.

La psychomotricité est une technique qui utilise le corps, l'espace et le temps. Cela permet en effet aux patients de renouer avec leur conscience corporelle dans un espace-temps défini et donc, à terme, d'apaiser les relations conflictuelles qu'ils peuvent entretenir vis à vis de leur corps et de leur appartenance au monde.

La sophrologie, qui est un entraînement du corps et de l'esprit pour développer sérénité et mieux-être grâce à des techniques de relaxation et d'activation du corps et de l'esprit. Cette technique peut également aider, car elle permet au patient de se détendre, de reconnecter le corps avec les pensées, et de voir le corps et l'esprit comme un ensemble et non comme deux choses distinctes et conflictuelles. Cette technique permet de regagner confiance en soi et de mieux se connaître. Ce n'est pas forcément un outil de guérison, mais ce peut-être envisagé comme un outil de développement personnel efficace et permettant de gagner confiance.

Les médecines alternatives, comme l'acupuncture, peuvent être des moyens pour les patient(es) de rééquilibrer les énergies, de calmer l'esprit et encore une fois, de reconnecter l'esprit au corps.

La méditation, chez certains, permet de faire le calme dans les pensées et dans le corps. C'est souvent un exercice difficile dans ce type de pathologie, car ces patients sont souvent tout le temps en train de penser, analysent tout, réfléchissent sans cesse, et la méditation va à l'encontre de leurs habitudes. Cependant, si l'exercice est guidé et adapté grâce à un professionnel, cela est souvent un bon moyen de reconnecter l'esprit au corps.

Enfin, l'art-thérapie est une technique qui a déjà fait ses preuves et qui est utilisée dans de nombreuses structures d'hospitalisation dans les TCA comme à l'hôpital Saint-vincent de Paul à Lille. Cela permet aux patients d'extérioriser leur pensées, leurs ressentis, leurs émotions, et donc de ne pas tout garder pour eux.

Parmi toutes ces techniques, hormis le médecin qu'il faut impérativement inclure dans les soins, chaque patient doit être libre de choisir ce qui lui convient, à quelle fréquence, et s'il sent que cela peut lui être utile. Toutes ces méthodes peuvent aider le patient à surmonter ses troubles alimentaires si elles sont utilisées judicieusement.

Après avoir vu chaque spécificité des professionnels de santé qui prennent en charge individuellement les troubles alimentaires, voyons donc en quoi il serait judicieux de les unir afin qu'il ne soient plus séparés mais complémentaires.

III) L'essentielle complémentarité de ces deux professionnels pour prendre en charge des TCA

Le diététicien et le psychologue, les deux principaux acteurs de la prise en charge des TCA, sont souvent vu individuellement. Cependant, pour qu'une prise en charge soit efficace et que le patient se sente soutenu, il est fondamental de relier ces deux professionnels avec le patient pour faire avancer la prise en charge.

La thérapie cognitivo-comportementale (Annexe 2) est une thérapie très utilisée et appliquée lorsque l'on veut prendre en charge un TCA. Elle permet de traiter l'attitude globale vis à vis de la nourriture et pas uniquement le symptôme (la restriction, la crise...). C'est une rééducation nutritionnelle et diététique qui vise à adopter des pratiques alimentaires en accord avec les besoins physiologiques. Par exemple, dans le cas des TCA, les aliments évités et rarement consommés génèrent des peurs et de l'évitement de la part des individus. Lorsque celui-ci se met à les consommer fréquemment, voire quotidiennement, cette crainte se remplace par du plaisir. C'est donc en aidant le patient à affronter ses peurs qu'il va pouvoir guérir et reprendre confiance en lui. Ces méthodes d'approches sont appelées "exposition".

C'est un travail sur la cognition et les comportements qui permet d'identifier les représentations erronées et de les modifier. En même temps, d'autres travaux plus spécifiques peuvent être menés sur l'image de soi, pour valoriser le patient sur ses aspects positifs, ses réussites...

Cette thérapie se déroule en plusieurs étapes, avec un contrat de soin signé par le patient.

La première étape est celle de l'évaluation du trouble en présentant la méthode qui va être suivie. La seconde est fondée sur une approche comportementale où sont fournies les bases d'une alimentation saine et en informant sur les conséquences des risques de comportements actuels (l'inefficacité de la prise de laxatifs, les dangers des vomissements ou de la restriction...). C'est à ce moment là que le diététicien pourrait avoir une place importante dans la thérapie. Le patient pourra poser ses questions, se rassurer, se sentir pris en charge nutritionnellement parlant, et donc avoir un soutien diététique si il ressent le besoin de comprendre ou s'il n'est pas sûr de lui. Un plan alimentaire sera alors mis en place avec des repas réguliers, équilibrés et suffisants par rapport aux besoins de la personne.

Le carnet alimentaire est également mis en place où le patient doit noter ce qu'il consomme avec le lieu, la manière dont les aliments ont été consommés, les comportements qui suivent la prise alimentaire... Pour les crises de boulimie, le patient doit essayer de noter ce qu'il a ressenti avant, pendant, et après la crise, afin de comprendre ce qui a déclenché cette détresse et comment, à terme, il peut les éviter.

Dans la troisième phase, en plus du plan alimentaire, c'est la restructuration cognitive qui est introduite. La personne va apprendre à identifier ses pensées automatiques et ses distorsions cognitives. Puis, avec toutes ces informations, elle va développer des stratégies pour résoudre ses problèmes et gérer ses pensées.

Traitement spécifique de l'image corporelle: Les préoccupations corporelles apparaissent comme un facteur important de développement et de maintien des troubles du comportement alimentaire. Il s'agit donc, lors de cette thérapie, de proposer un entraînement à percevoir le corps correctement.

Cette thérapie est celle dont les preuves d'efficacité ont été les plus rapportées concernant les TCA. Grâce à cette méthode, les troubles alimentaires de type anorexique sont réduits de 50%, et les troubles boulimiques de 80%. Cette thérapie semble être la plus indiquée concernant les TCA. Ceci n'est pas étonnant puisque le nutritionniste et le psychologue fournissent un travail complémentaire et cela semble être le meilleur moyen pour le patient de sentir un soutien solide et unifié.

La complémentarité nutritionniste-psychologue est en général l'approche pratiquée par les unités hospitalières. Lors d'une hospitalisation, que ce soit à temps complet ou en hôpital de jour, les professionnels sont amenés à communiquer et à discuter de leurs patients. Lors des hospitalisations, le psychologue et le diététicien travaillent en équipe et peuvent transmettre des informations sur les patients qu'ils prennent en charge. Cette union permet aux deux professionnels de collaborer et de cerner les difficultés des patients dans une approche globale.

Lors des prises en charge en ambulatoires, qui restent les plus fréquentes, il est dommage de voir qu'aucun lien ne soit fait entre les professionnels. Chacun des professionnels travaille individuellement, sans lien ni communication. Il est nettement plus difficile dans ces conditions d'agir de façon complémentaire pour atténuer les troubles des patients.

Je pense que l'union du psychologue et du diététicien peut favoriser et accélérer la guérison des TCA afin de soigner les causes et les symptômes de la maladie. L'un ne va pas sans l'autre.

Cependant, il est dommageable de voir qu'il n'existe pas de réelle coopération entre les professionnels.

L'aspect psychologique est ainsi tout aussi important que l'aspect diététique. Le diététicien va ainsi traiter les symptômes, la face visible de l'iceberg, tandis que le psychologue va aider le patient à soigner la face cachée de l'iceberg, qui sont les racines du mal-être.

En fonction de la relation qui va s'établir avec les professionnels de santé, le patient ne délivrera pas les mêmes informations. En effet, si nous évoquons par exemple la phobie de certains aliments, la façon de la traiter différera d'un professionnel à l'autre. Si l'un n'en a pas connaissance, la complémentarité dans le soin ne pourra se mettre en place.

Il semble important de définir avec le patient ses objectifs avec chaque professionnel et en collaboration tous les trois afin d'avancer plus en profondeur dans le travail. On pourrait envisager une réévaluation des troubles les plus envahissants de la vie du patient pour déterminer, de manière tripartite, les axes de travail.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier une chose: c'est le patient qui doit rester maître de sa prise en charge. A partir du moment où le danger n'est pas vital, que le patient n'est plus dans le déni et veut se soigner).

Pour permettre le renforcement de l'estime de soi, il me paraît nécessaire de laisser une place centrale au patient et d'autre part, de définir des objectifs réalisables. Chaque petite victoire aura un impact sur l'estime du patient et consolidera son chemin vers la guérison.

Conclusion:

Pour conclure, nous avons pu donc démontrer que l'union du nutritionniste et du psychologue était un des éléments clés de la prise en charge des troubles du comportements alimentaires. Les troubles étant complexes, multifactoriels, et ayant des causes et des conséquences diverses, il est nécessaire d'envisager une prise en charge globale et unifiée entre le patient, le nutritionniste, et le psychologue. La thérapie cognitivo-comportementale semble être, à ce jour, la méthode qui se rapproche le plus de cet aspect. Mais, en réalité, qu'en est-il? Du ressenti des malades, est-ce que la théorie est-elle aussi véridique que la réalité? Si des solutions existent, et que la plupart des malades développe une chronicité, ne faudrait-il pas revoir les méthodes existantes et/ou en trouver des nouvelles?

Annexes :

Les pensées dysfonctionnelles dans l'anorexie mentale

Je pense à la bouffe tout le temps	→	Si je mange, j'y pense moins
J'ai peur de trop manger	→	Moins je mange, plus je boufferai sans contrôle
Je voudrais manger comme tout le monde	→	Personne ne mange comme tout le monde : à chacun ses besoins
Je commence toujours par une bonne part de crudités : 300 g	→	Mauvaise pioche : ça gonfle le ventre

Annexe 1: Les pensées dysfonctionnelles dans l'anorexie mentale

<https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-315-therapie-comportementale-et-cognitive.htm>

Les pensées dysfonctionnelles dans la boulimie

Je mange très peu à table : peur de grossir	→	Plus je «table», moins je crise
J'ai exclu les matières grasses	→	Moins j'en mange, plus je crise, car plus mon cerveau est en manque
Je pense à me vider dès que je mange trop	→	Plus je me vide, plus je me remplis (crise)
Faire des crises c'est toute ma vie	→	Mais il y a de moins en moins de gens dans ma vie, et moins de moi à chaque crise

Annexe 2 : Les pensées dysfonctionnelles de la

boulimie <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-315-therapie-comportementale-et-cognitive.htm>

Les TCC adaptées aux TCA

DR.G. APFELDORFER, psychiatre TCC

3 axes

I- Travail sur le comportement alimentaire
Restaurer un comportement alimentaire recentré
sur ses sensations physiologiques

II- Travail sur les émotions

III- Travail sur le corps
« *ma vraie vie commencera quand je serai mince* »

Annexe 3 : Les thérapies cognitivo comportementales adaptées aux TCA

<https://www.slideserve.com/albin/les-th-rapies-cognitivo-comportementales-adapt-es-aux-tro-ubles-des-conduites-alimentaires>

Bibliographie

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf

https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=sophrologie_th

<https://www.ccpeweb.ca/definition-application-psychomotricite/>

<https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-211-quelle-prise-en-charge-nutritionnelle-dans-le-s-tca.htm>

Livres:

Rébecca Shankland- Les troubles du comportement alimentaire, Prévention et Accompagnement thérapeutique, édition DUNOD

Christine Staquet - Troubles du Comportement Alimentaire ou TCA, comment faire face ?, éditions du Puits Fleuri