

Pourtant, le recours à l'alimentation émotionnelle, au même titre que l'abus de substances, serait en augmentation ces 20 dernières années [4], et des associations entre un comportement alimentaire «de réconfort» avec des indicateurs de mal être ou de mauvaise santé mentale (ex. stress, *burn-out*, dépression), en plus de problèmes de poids, commencent à être rapportées. Mieux identifier si toutes ou certaines émotions favorisent l'émergence de l'alimentation émotionnelle, et quelles sont les personnes les plus vulnérables, permettrait de développer des stratégies thérapeutiques plus ciblées et donc potentiellement plus efficaces.

Mots clés Prise alimentaire ; Régulation émotionnelle ; Stress ; Obésité

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite* 2008;50(1):1–11.
- [2] Gibson EL. The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behav Pharmacol* 2012;23(5–6):442–60.
- [3] Ricca V, Castellini G, Fioravanti, et al. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 2012;53(3):245–51.
- [4] van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite* 2009;52(2):380–7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.088>

S14B

Concept d'addiction à l'alimentation : mesures et données dans l'obésité

P. Brunault

CHU de Tours, équipe de liaison et de soins en addictologie, Tours

Adresse e-mail : paul.brunault@gmail.com

Le concept d'addiction à l'alimentation a été récemment proposé en appliquant les critères diagnostiques DSM de dépendance à une substance dans le champ de l'alimentation [1]. Selon ces auteurs, il est possible de développer vis-à-vis de l'alimentation (et notamment vis-à-vis de certains aliments riches en graisse ou en sucre) une relation de dépendance similaire aux autres addictions. L'intérêt de ce concept est de pouvoir identifier un sous-groupe plus homogène de patients pour lesquels il serait possible de proposer des stratégies thérapeutiques plus ciblées. Bien qu'il ne soit pas démontré que l'addiction à l'alimentation mène nécessairement à l'obésité, la plupart des travaux sur l'addiction à l'alimentation ont été réalisés chez des patients obèses car ce trouble y est plus fréquent qu'en population générale. Ainsi, l'addiction à l'alimentation (mesurée à l'aide de la Yale Food Addiction Scale [1]) était plus fréquente chez certains patients obèses : patients célibataires, présentant certaines caractéristiques psychopathologiques (symptômes de dépression, de TDAH, de stress post-traumatique, antécédent de traumatisme physique ou sexuel dans l'enfance, difficultés de régulation émotionnelle) [2] et ayant des altérations du circuit opioïde et du système de la récompense [3]. L'addiction à l'alimentation était plus fréquente chez les individus consommant plus fréquemment et en plus grande quantité des aliments riches en graisse, à fort index glycémique ou industriels, mais n'était pas associée à la sévérité de l'obésité. Ces résultats soulignent la pertinence de considérer l'addiction à l'alimentation comme une addiction à part entière ainsi que l'intérêt de proposer à ces patients des prises en charge classiquement efficaces en addictologie (entretiens motivationnels, prévention de la rechute, psychothérapies, traitements médicamenteux ciblant les systèmes neurobiologiques impliqués dans les addictions, voire traitements de substitution, prévention et politique de réduction des risques) [4].

Mots clés Addiction à l'alimentation ; Obésité ; Addictologie ; Addiction sans drogue ; Yale Food Addiction Scale ; Facteurs de risque

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009;52(2):430–6.
- [2] Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that “food addiction” is a valid phenotype of obesity. *Appetite* 2011;57(3):711–7.
- [3] Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(8):808–16.
- [4] Corsica JA, Pelchat ML. Food addiction: true or false? *Curr Opin Gastroenterol* 2010;26(2):165–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.089>

S14C

Le tempérament, un puissant déterminant des conduites alimentaires de l'enfant

N. Rigal*, V. Godefroy, B. Rubio

Université Paris-Ouest, laboratoire de Psychologie Psyclid, EA 4430, 200, avenue de la République, Nanterre

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rigal@u-paris10.fr (N. Rigal)

Selon le modèle de Rothbart [1], le tempérament est défini, d'une part, par le niveau de réactivité des enfants, et d'autre part, par leur capacité d'autorégulation. Au moyen de deux études, nous avons cherché à tester la valeur de ce modèle tempéramental dans le domaine alimentaire infantin. La première étude [2] est relative à la question du surpoids. Nous avons émis l'hypothèse que les enfants les plus à risque de surpoids étaient les enfants les plus réactifs à la nourriture et s'autorégulant le moins bien. À partir des réponses de 475 pré-adolescents ayant rempli un questionnaire ad hoc et dont on a mesuré l'IMC, l'hypothèse a été confirmée, mais de façon directe pour une des dimensions seulement. La seconde étude [3] concerne la problématique de la néophobie alimentaire, à savoir la réticence à goûter les aliments inconnus qui conduit à une faible consommation de fruits et légumes notamment. Notre hypothèse était que les enfants ayant de faibles capacités à autoréguler leurs émotions consommeraient moins d'un aliment inconnu que des enfants s'autorégulant facilement, et ceci d'autant plus que la consigne de la consommation était incitative plutôt que directive (selon le concept de Goodness of fit suggéré par Thomas et Chess [4]). Quatre-vingt-dix-huit enfants, âgés entre 2 et 3 ans ont participé à une étude expérimentale les amenant à goûter à 5 occasions un aliment inconnu dans un contexte soit incitatif soit directif. Les résultats du post-test ont indiqué que la consommation de l'aliment était supérieure chez les enfants s'autorégulant facilement dans le contexte incitatif, que chez les enfants s'autorégulant difficilement dans le contexte directif. Il apparaît ainsi que le concept de tempérament selon Rothbart, et notamment à travers les capacités d'autorégulation, joue un rôle dans les conduites alimentaires de l'enfant dans leur dimension quantitative (quantités consommées et du surpoids) et qualitative (néophobie et variété du répertoire de consommation).

Mots clés Tempérament ; Conduites alimentaires ; Enfants ; Surpoids ; Néophobie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

References

- [1] Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000;78:122–35.

- [2] Godefroy V, Trincherà L, Romo L, Rigal N. A temperamental model of appetitive traits in association with overweight in children. *Int J Obes* [en révision].
- [3] Rigal N, Monnery-Patris S, Rubio B. Is harsh caregiving effective in toddlers with low inhibitory control? An experimental study in the food domain. *Infant Dev Behav* [en révision].
- [4] Thomas A, Chess S. Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *Am J Psychiatry* 1984;141(1):1–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.090>

S15

Avoir du nez ! Intérêt de l'olfaction dans l'évaluation et la prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux dans les pathologies neuropsychiatriques

R. David

CHU de Nice, institut Claude-Pompidou, centre mémoire de ressources et de recherche, Nice

Adresse e-mail : david.r@chu-nice.fr

Les déficits de l'olfaction sont de plus en plus mis en évidence dans les pathologies psychiatriques (troubles bipolaires) comme dans les pathologies neurologiques et dégénératives (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer). Ils peuvent constituer un marqueur de vulnérabilité et de dépistage précoce pour certaines de ces pathologies, mais ils peuvent aussi constituer une alternative prometteuse dans la prise en charge non pharmacologique de certaines perturbations émotionnelles et comportementales (anxiété, dépression, troubles du sommeil...), ainsi que de certains déficits cognitifs et mnésiques dans le spectre des pathologies neuropsychiatriques. L'objectif de ce symposium est tout d'abord de présenter les bases neurobiologiques de l'olfaction et de ses déficits, puis d'aborder l'intérêt du dépistage précoce des déficits de l'olfaction dans les pathologies neuropsychiatriques ainsi que les modalités thérapeutiques de la stimulation sensorielle olfactive en lien avec le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Mots clés Olfaction ; Troubles cognitifs ; Troubles du comportement ; Pathologies neurodégénératives ; Pathologies psychiatriques.

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Valentin D, Chanquoy L. Olfactory categorization: a developmental study. *J Exp Child Psychol* 2012;113:337–52.

Jacquot L, Monnin J, Brand G. Unconscious odor detection could not be due to odor itself. *Brain Res* 2004;1002:51–4.

Gros A, Giroud M, Rouaud O, Bejot Y, Valentin D, Guillemin S, et al. Évaluation du jugement temporel après l'introduction d'un stimulus émotionnel de nature olfactive : apport dans le diagnostic différentiel entre la maladie d'Alzheimer et les troubles de l'humeur. *Rev Neuropsychol* 2014;2:90–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.091>

S15A

Bases neurologiques de l'olfaction et de ses déficits

J. Golebiowski

Institut de chimie, UMR 7272 CNRS, université de Nice Sophia-Antipolis, Nice

Adresse e-mail : Jerome.GOLEBIOWSKI@unice.fr

L'étude scientifique des sens chimiques que sont l'odorat et le goût a été longtemps négligée par rapport à celle de la vue et de l'ouïe. L'odorat a souvent été considéré comme un sens mineur, ramenant l'Homme à son animalité. Les organes récepteurs de la vue et de

l'ouïe sont beaucoup plus facilement identifiables et accessibles à l'investigation anatomique que ne le sont la muqueuse olfactive et les papilles gustatives. L'existence et le caractère fonctionnel chez l'Homme d'une perception spécifique aux phéromones étaient encore récemment discutés. Depuis l'inhalation d'une molécule jusqu'à sa perception consciente ou inconsciente, les mécanismes sont extrêmement complexes et font intervenir de multiples protagonistes. Cette présentation passera en revue les connaissances actuelles sur les mécanismes de la perception olfactive, en se focalisant sur les étapes impliquant les molécules odorantes, puis, de manière plus générale, abordera les grandes étapes qui mènent de la molécule à l'odeur.

Mots clés Molécule odorante ; Récepteur olfactif ; Neurone olfactif ; Perception

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.092>

S15B

Olfaction et troubles cognitifs. Application aux pathologies neurodégénératives

L. Jacquot

Laboratoire de neurosciences intégratives et cliniques, Besançon

Adresse e-mail : laurence.jacquot@univ-fcomte.fr

Il est maintenant clairement établi que de nombreuses maladies neurodégénératives, en particulier la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer, sont associées à des troubles olfactifs qui peuvent même précéder l'apparition des symptômes moteurs ou cognitifs. Décrits pour la première fois il y a près de quatre décennies [1,2], les déficits de l'olfaction dans ces pathologies ont depuis fait l'objet de nombreuses études qui mettent notamment en avant leur importante prévalence (autour de 95% pour la maladie de Parkinson [3]) et leur apparition dans les stades précoces de la maladie [4]. Des travaux récents soulignent ainsi l'intérêt de l'évaluation clinique des déficiences olfactives dans l'établissement du diagnostic précoce ou différentiel. L'objectif de cette présentation est de faire une synthèse de l'état des connaissances sur les déficits olfactifs dans les pathologies neurodégénératives et, en particulier, dans la maladie de Parkinson. La première partie de l'exposé abordera de façon générale les troubles de l'olfaction, leurs étiologies les plus fréquentes et présentera les différents tests permettant l'examen des fonctions olfactives. La deuxième partie portera plus spécifiquement sur la nature et la physiopathologie des altérations olfactives dans la maladie de Parkinson et sur les analogies et les différences avec d'autres pathologies neurodégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer. Enfin, une dernière partie présentera les résultats de quelques études récentes montrant les effets bénéfiques potentiels de l'entraînement olfactif sur la récupération de certaines fonctions olfactives.

Mots clés Maladies neurodégénératives ; Troubles olfactifs ; Maladie de Parkinson ; Maladie d'Alzheimer ; Tests psychophysiques

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ansari KA, Johnson A. Olfactory function in patients with Parkinson's disease. *J Chronic Dis* 1975;28:493–7.
- [2] Waldton S. Clinical observations of impaired cranial nerve function in senile dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1974;50:539–47.
- [3] Haehner A, Boesveldt S, Berendse HW, Mackay-Sim A, Fleischmann J, Silburn PA, et al. Prevalence of smell loss in Parkinson's disease – a multicenter study. *Parkinsonism Relat Disord* 2009;15:490–4.
- [4] Doty RL. Olfactory dysfunction in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol* 2012;8:329–39.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.093>