

ESSCA : EVALUATION SEMI-STRUCTUREE 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 suivi de : « y a-t-il autre chose ? »]	[hérédité, baisse activité physique, alimentation, arrêt tabac, grossesse, traitement médicamenteux, événements de vie, maladie...]

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 :] 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) ?]	

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 ? <i>[si oui, faire donner un exemple pour décider si grignotage ou collation]</i>	
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 ? <i>[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>]</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 ? <i>[si oui, faire donner un exemple, la fréquence, et y revenir dans le module syndrome d'alimentation nocturne]</i>	
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 ? <i>[si plus, faire donner un exemple, p.ex. la dernière fois que c'est arrivé]</i>	
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 ? <i>[si plus, faire donner un exemple, p.ex. la dernière fois que c'est arrivé]</i>	

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 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)	
[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
<i>Pour évaluer la présence possible de binge-eating disorder, mettre une croix dans la case correspondant si :</i>	
Item 13 : deux réponses « oui » <input type="checkbox"/>	<i>Si toutes les cases sont cochées, binge-eating disorder possible</i>
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 ?	Oui – Non
<i>Pour évaluer la présence possible d'un syndrome d'alimentation nocturne :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Grandes quantités mangées durant la soirée ou la nuit dont le patient se rappelle</i> - <i>Cause de mal-être ou de dysfonctionnement durant la journée</i> - <i>Pas dû uniquement à la présence de binge-eating disorder ou à un autre trouble psychique</i> - <i>Pas dû à des circonstances sociales ou culturelles, ni à un changement du cycle sommeil-éveil</i> - <i>Pas dû à un problème médical ou à l'effet d'une médication</i> 	