

UE7 - Psychologie
Pr LEJOYEUX
25/10/2018 de 15h30 à 17h30
Ronéotypeur : LAC Noémie
Ronéoficheur : Enza Cuhaciender

Cours n°3 : Les troubles du comportement alimentaire

Le professeur a précisé en début de cours que notre référence pour les partiels était les diapos. Dans cette ronéo, nous avons donc retranscrit les diapos du professeur et nous les avons suivies de ses commentaires à l'oral (sera distingué diapo en écriture standard et commentaire en italique). Bon courage !

Sommaire

I. L'anorexie mentale

- a) Epidémiologie
- b) Critères DSM-5
- c) Eléments cliniques
- d) Diagnostics différentiels
- e) Comorbidités
- f) Evolution
- g) IMC
- h) Bilan clinique et paraclinique

II. La boulimie

- a) Epidémiologie
- b) Sémiologie psychiatrique
- c) Diagnostics différentiels
- d) Comorbidités
- e) Evolution
- f) Bilan clinique et paraclinique

III. L'hyperphagie

- a) Epidémiologie
- b) Sémiologie psychiatrique
- c) Diagnostics différentiels
- d) Comorbidités

I. L'anorexie mentale (ou anorexia nervosa)

Commentaire : Le mot anorexie dans le cadre de l'anorexie mentale n'est pas un bon terme. L'anorexie en médecine est un amaigrissement lié à une absence de faim, dans le cadre d'un syndrome infectieux par exemple. Alors que l'anorexie mentale correspond à un amaigrissement lié à une restriction alimentaire volontaire, sans absence de faim. Les anorexiques recherchent cet état de faim.

I. a) Epidémiologie

Sa prévalence sur la vie est estimée à **0,6%** dans la population adulte caucasienne. Le sex-ratio est de **1 homme pour 8 femmes**. L'anorexie mentale commence dans **84-87%** des cas entre **15 et 25 ans**. La mortalité est estimée à **1% par an**. L'évolution se fait pour **la moitié** environ vers la rémission complète, **30%** vers la rémission partielle et entre **20 et 30%** vers une forme chronique ou le décès.

Commentaire (lié à une question, donc clairement pour la culture) : Beaucoup d'anorexiques ne sont jamais soignés. C'est une maladie très complexe en terme de prise en charge : aucun médicament qui ait une AMM existe pour cette maladie. En tant que psychiatre, on va très souvent considérer qu'un anorexique est guéri lorsqu'il retrouve un poids normal sans carence, mais la nourriture cessera difficilement d'être lié à des émotions.

I. b) Sémiologie psychiatrique

Critères DSM-5

- * **Restriction** des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un **poids significativement bas**,
- * **Peur intense de prendre du poids et de devenir gros**, malgré une insuffisance pondérale,
- * **Altération de la perception du poids ou de la forme** de son propre corps (dysmorphophobie), **faible estime de soi** (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la **gravité** de la maigreur actuelle.

TYPE RESTRICTIF

Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le **régime**, le **jeûne** et/ou l'**exercice physique excessif**.

TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF

Au cours des 3 derniers mois : présence de **crises d'hyperphagie** récurrentes et/ou a recouru à des **vomissements provoqués** ou à des **comportements purgatifs**.

Commentaire : Le point essentiel chez les anorexiques c'est la peur intense de prendre du poids et de devenir gros. Peut être déclenché par la présence d'obèses dans la famille avec une terreur de devenir comme eux. De plus, il a une persuasion qu'on ne peut avoir une vie professionnelle, amoureuse ou sexuelle qu'en contrôlant son poids et en étant en dessous des normes de poids. La maigreur est considérée comme séduisante.

La dysmorphophobie est une fausse phobie, elle correspond à l'idée obsédante d'être trop gros.

Éléments cliniques

Début	<ul style="list-style-type: none"> * Surtout chez les adolescentes, avec quelques groupes à risques (sportifs, mannequins, danseurs...). * Débute souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté. * Mode d'entrée fréquent sous la forme d'un régime restrictif (du fait d'un léger surpoids prémorbide).
Perte de poids	<ul style="list-style-type: none"> * Plus ou moins rapide, banalisée par la patiente. * Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie voire de toute puissance. * Aboutit à l'effacement des aspects sexués du corps ainsi qu'à des troubles trophiques (altération des phanères, hypertrichose, lanugo, acrocyanose et œdèmes carentiels). * Responsable d'une hypotension, d'une bradycardie et d'une hypothermie.
Restrictions	<ul style="list-style-type: none"> * Survenue progressive, quantitative (calories) et qualitative (aliments gras et sucrés surtout). * Restrictions sélectives avec des évitements initialement sur les aliments caloriques (gâteaux, pâtisseries, beurre, crème...) puis sur les viandes, les féculents... Elles aboutissent à des règles inflexibles.

Commentaire : Les pédopsychiatres signent des pétitions pour que ne soit plus présenté des mannequins anorexiques, en somme pour que ne soit plus donné comme image identificatoire des femmes sous nourries et à l'évidence anorexiques.

Cliniquement l'anorexie commence souvent par la décision de faire régime. Et le régime fonctionne tellement bien et procure tellement de satisfaction par la perte de poids qu'il engendre, que la personne ne l'arrête jamais.

Une personne anorexique peut se sentir bien, elle a faim mais elle a ce qu'on appelle l'ivresse du jeûne (une euphorie, une excitation déclenchée par le jeûne). Elle peut se sentir toute-puissante par leur capacité à dépasser les contingences corporelles.

Il est fréquent qu'une personne anorexique se couvre pour compenser son hypothermie tout en lui permettant de masquer sa maigreur.

Ses règles inflexibles sur l'alimentation ne s'appliquent souvent qu'à elle-même ; un ami convié chez elle peut être surnourri alors qu'elle-même ne mangera rien. Son enfant peut également être très bien nourri même il peut aussi y avoir une projection des objectifs de maigreur sur son enfant.

I. c) Diagnostics différentiels

- Tumeurs cérébrales
- Leucémies
- Maladie de Crohn
- Achalasie de l'œsophage
- Hyperthyroïdie
- Diabète
- Panhypotuitarisme
- Trouble obsessionnel compulsif
- Schizophrénie (idées délirantes d'empoisonnement, forme d'hébéphrénie)
- Phobies alimentaires, TCA ou de l'ingestion d'aliments
- Épisodes dépressifs caractérisés

Commentaire : Ci-dessus sont citées toutes les causes de perte de poids. Le trouble obsessionnel compulsif, en effet les obsessions peuvent conduire à l'exclusion d'aliments. La schizophrénie en effet, par le délire, peut conduire à un amaigrissement. Le délire du complot par exemple, dans lequel la personne a toujours peur de se faire empoisonner. "On vient de m'appeler pour un patient qui délire parce qu'il pense que les noisettes altèrent profondément sa physiologie. Il voit des noisettes partout. Il ne veut pas être hospitalisé de peur d'être empoisonné par les médecins."

Chez le déprimé, il y a là encore une anorexie mais sous forme de perte d'appétit, non pas sous forme de restriction avec une faim persistante comme chez l'anorexique.

I. e) Comorbidités psychiatriques (troubles associés)

- Épisodes dépressifs caractérisés
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Personnalité borderline ou état limite
- Phobie sociale
- Trouble anxieux généralisé
- Troubles addictifs

La comorbidité de la phobie sociale est aggravée par le fait d'être dévisagé par tout le monde en raison de sa maigreur.

Un anorexique peut en effet être alcoolique ou addict à une autre forme de drogue.

I. f) Evolution

Evolution spontanée :

Le trouble peut évoluer vers une mortalité par **suicide** ou suite à des **complications liées à la cachexie** ; c'est même une des mortalités les plus élevées parmi les troubles mentaux. Il peut également évoluer vers un **état chronique**, et un enkystement du trouble. Il reste tout de même une **possibilité de rémission** spontanée. Cela nous fait remarquer l'importance d'une **prise en charge précoce**.

Le principal risque lié à la cachexie est l'hypokaliémie, avec le trouble du rythme cardiaque qui peut provoquer une mort subite. Le suicide est souvent lié à une comorbidité dépressive, fréquente chez une personne anorexique. La personne a tendance à s'isoler car le trouble est souvent incompris par les

autres "il suffirait que tu manges".

Evolution sous traitement :

L'évolution est favorable dans **50 %** des cas en ce qui concerne le **trio anorexie-amaigrissement-aménorrhée**.

Elle est en revanche favorable dans **30 %** pour l'ensemble du tableau psychiatrique, la **qualité de vie et la qualité relationnelle**.

Il est très rare qu'un anorexique retrouve une relation à son corps et à la sexualité totalement normale.

Chronicité :

C'est **chronique** dans **30 %** des cas au-delà de 5 ans et **20 à 30 %** des patients atteints 10 ans plus tard. Les **rechutes** sont fréquentes : **30 à 50 %** dans l'année suivant une hospitalisation. L'évolution habituelle donne une **fluctuation de poids**, une succession d'**anorexie avec ou sans boulimie** associée et un passage de l'un à l'autre.

La **mortalité** est de **5 à 10 %** dans les 10 ans suivant le premier épisode. Le décès peut se déclencher par un arrêt cardiaque en raison d'un trouble de la conduction (lié à l'hypokaliémie), par des déséquilibres métaboliques, des complications pulmonaires, infectieuses, ou encore une septicémie ou un suicide.

I. g) L'IMC

Les anorexiques se trouvent dans la catégorie dénutrition ou maigreur.



RAPPEL SUR L'IMC

IMC = Indice de Masse Corporel = Poids (kg) / Taille² (en m).

IMC	Interprétation
moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
plus de 40	Obésité morbide

Il est fondamental d'être très vigilant vis à vis des régimes des adolescents. Ils doivent obligatoirement être prescrits et suivis. On voit qu'un régime peut facilement développer un TCA ou une obésité induite. On n'évite donc à présent en tant que médecin de prescrire des régimes. Ce n'est pas une bonne manière de traiter un petit excès de poids. Il est préférable de changer ses habitudes au long terme, tout en étant bien suivi par son médecin.

I. h) Bilan clinique et paraclinique

Anamnestique	<ul style="list-style-type: none">* Antécédents médicaux (y compris psychiatriques).* Histoire pondérale, pourcentage de perte de poids et cinétique de la perte de poids.* Restriction et autres comportements associés.* Comorbidités.* Evaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	<ul style="list-style-type: none">* Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents.* Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire) et recherche d'une aménorrhée (filles) ou d'une dysfonction érectile (garçons) chez les pubères.* Fréquence cardiaque, tension artérielle, température.* Signes de déshydratation.* État cutané et des phanères (dont auto-mutilations), œdèmes, acrosyndrome.* Examen général à la recherche de complications musculaires, neurologiques et endocriniennes.* Examen clinique psychiatrique (état thymique, risque suicidaire, comorbidités...).
Biologique	<ul style="list-style-type: none">* NFS, plaquette, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine.* Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3.* Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP.* Albumine, préalbumine.* CRP.* TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none">* Électrocardiogramme (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long).* Ostéodensitométrie osseuse.* Impédancemétrie (% de masse grasse).* Imagerie cérébrale à discuter.

Auparavant on recherchait une aménorrhée systématique chez les femmes anorexiques. A présent, on observe des anorexiques qui continuent à avoir leurs règles.

L'examen à faire en urgence chez un anorexique reste l'électrocardiogramme à la recherche d'un trouble de la conduction (par hypokaliémie).

II. Boulimie

Le mot vient de bœuf : "boul". Car ce sont des gens qui ont une faim de bœuf, ou bien qui sont capable d'avaler un bœuf voyez-le comme vous voulez.

Définition : *Ingestion brutale de nourriture survenant par crises, avec stratégie de contrôle du poids. Par définition, un boulimique a un poids normal.*

Vous pouvez avoir une comorbidité anorexie-boulimie.

II. a) Epidémiologie

Prévalence : **1 - 1,5 %**

Sex ratio : 1/3 (1,5 % chez les femmes - 0,5 % chez les hommes)

Incidence **2,5 fois** plus importante en **zone urbaine**

Consultation dans **12 %** des cas

C'est un trouble très fréquent mais très dénié, qui amène très peu à la consultation. Les personnes atteintes ont tendance à le cacher sans en parler. C'est une maladie des étudiants, souvent des intellectuels.

II. b) Sémiologie psychiatrique

Critères DSM-5

- * Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire :
 - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h),
 - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
- * Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
- * Avec une fréquence moyenne d'au moins **1 fois par semaine durant au moins 3 mois**.
- * L'**estime de soi** est perturbée de manière excessive par **la forme du corps et le poids**.
- * Le trouble **ne survient pas exclusivement** au cours d'une période d'anorexie mentale.

Éléments cliniques

Début

- * Surtout chez la femme jeune de **bon niveau intellectuel et/ou social**.
- * Débute souvent dans les suites d'un **régime restrictif et/ou à la suite de vomissements**.
- * Peut aussi débiter secondairement à un **traumatisme ou une perte**.

Le régime encore une fois est souvent un déclencheur de la boulimie. Les boxeurs sont fréquemment obligés de perdre du poids en une courte période pour boxer dans une catégorie de poids inférieur. On a observé chez eux une création de boulimiques due au jeûne forcé.

La crise de boulimie

- * Débute par un **phénomène de « craving »**, c'est-à-dire une compulsion irrésistible et angoissante de faim.
- * Ce qui conduit à l'absorption d'une quantité **anormalement élevée et rapide**, très difficile à contrôler.
- * Les aliments consommés sont **principalement hypercaloriques** (gras et sucrés), mais tous types d'aliments peuvent être consommés.
- * Le patient termine le plus souvent sa crise par un **vomissement provoqué** avec sensation de **soulagement** (lutte contre la prise de poids, et pesanteur gastrique) auquel s'associe souvent une **fatigue intense** avec somnolence.
- * Il existe, parfois dès le début de la crise ou même avant, un **sentiment intense et douloureux de culpabilité**.
- * Le patient a **conscience de son trouble** et en **souffre**.

Certains psychiatres caractérisent ces crises d'orgasme alimentaires : un plaisir à se remplir qui se rapproche du plaisir sexuel. Une excitation malheureusement suivie de tristesse, et toujours solitaire. Il y a un sentiment de culpabilité qui suit la crise liée à l'argent que ça coûte, la honte que cela suscite.

Une citation magistrale de Mr Lejoyeux : "C'est un peu comme une relation sexuelle vous voyez, ils ont été excités, ils vomissent puis ils vont dormir quoi."

Stratégies de contrôle du poids

- * **Vomissements provoqués** : la plus fréquente des stratégies de contrôle, non systématique. Ils sont généralement cachés et en lien avec la peur de la prise de poids dans les suites des crises.
- * **Consommations de laxatifs** pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et une hypokaliémie.
- * **Prises de diurétiques**.
- * **Restriction alimentaire « inter-crise »**, visant à compenser les apports caloriques des crises (mais attention, la boulimie est à poids normal !).
- * On observe très souvent des **fluctuations pondérales rapides** de l'ordre de 2 à 5 kg par semaine.

Distorsions cognitives

- * **Trouble de l'image du corps** avec préoccupations concernant le poids et les formes corporelles.
- * **Envahissement** et **peur excessive** de prendre du poids.
- * Phénomène de **renforcement négatif** lié à la **culpabilité**.

Comme dans l'anorexie les patients boulimiques ne sont pas délirants. Ils ont conscience de leur trouble, ils en souffrent, mais ils n'arrivent pas à faire autrement.

Dysménorrhée	* Dysménorrhée secondaire ou troubles des cycles menstruels possibles, même si la patiente est normopondérée . Peuvent exceptionnellement être observées une aménorrhée secondaire et une ostéoporose.
Traits associés	<ul style="list-style-type: none"> * Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. * Les tentatives de suicide sont fréquentes. * Possible association avec des troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...). * Trouble de la personnalité de type borderline. * Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. * Dysfonction sexuelle.
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> * Syndrome pseudo-occlusif. * Hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagites peptiques et syndrome de Malory Weiss. * Prise de poids (voire exceptionnellement obésité). * Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. * Ostéoporose, notamment si aménorrhée. * Ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués. * Troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie). * Insuffisance rénale fonctionnelle et œdème, surtout associés aux vomissements.

II. c) Diagnostics différentiels

- Tumeurs cérébrales et épilepsies
- Syndrome de Klein-Levin
- Syndrome de Klüver-Bucy
- Épisode dépressif caractérisé
- Trouble de la personnalité de type borderline
- Hyperphagie boulimique, sans comportement compensateur, d'où l'association systématique à une obésité
- Anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatifs

II. d) Comorbidités et risques suicidaires

- Troubles addictifs dans 30 à 40 % des cas
- Episode dépressif caractérisé
- Trouble bipolaire
- Personnalité borderline ou état limite
- Troubles anxieux
- Phobie sociale

Souvent lié à la phobie sociale dans la mesure où la personne fait ses crises en solitaire et ne supporte pas le regard des autres.

II. e) Evolution

Evolution plus rapidement résolutive que l'anorexie. En effet on a une **rémission** à 12 ans : **70 %**
Mortalité : 2 % par tranche de 10 ans.

Autre citation formidable du prof (j'arrive pas à vous en priver) : "Je continue à voir des vieilles boulimiques si j'ose dire, qui, bah, se font un petit plaisir une fois tous les 2-3 mois quoi, elles sont toutes seules, elle vont s'envoyer une casserole de truc ou tout le chocolat qui reste dans la maison et elles vont se faire vomir mais, quasiment par nostalgie de la grande époque."

II. f) Bilan clinique et paraclinique

Anamnesticque	<ul style="list-style-type: none">* Antécédents médicaux.* Histoire pondérale, fréquence et intensité des fluctuations.* Évaluation quantitative et qualitative des crises (carnet alimentaire).* Recherche des comportements compensatoires associés.* Comorbidités à rechercher.* Évaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	<ul style="list-style-type: none">* Poids, taille, IMC, courbe de croissance pour enfant et adolescent.* Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent.* Fréquence cardiaque, tension artérielle, température.* Signes de déshydratation.* État cutané : cicatrices d'auto-mutilations, œdèmes...* Recherche d'une hypertrophie parotidienne, état buccodentaire...* État thymique, risque suicidaire, comorbidités avec les troubles addictifs...
Biologique	<ul style="list-style-type: none">* NFS, Plaquette, TP, TCA.* Ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine.* Calcémie, phosphorémie, 25OH-D₃.* Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP.* Protidémie, albumine, préalbumine.* CRP.* TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.* Recherche de toxiques sang et urines au moindre doute.
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none">* Électrocardiogramme (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long).* Ostéodensitométrie osseuse.* Imagerie cérébrale à discuter.

III. Hyperphagie

Définition : Boulimie sans compensation.

III. a) Epidémiologie

L'hyperphagie possède une prévalence de **3 à 5 %** dans la **population générale** et de **30 à 50 %** chez les **obèses**.

Ses conséquences vont être le trouble cardio-vasculaire, la dyslipidémie, le DNID, et l'apnée du sommeil.

III. b) Sémiologie psychiatrique

Critère DSM-5

- * Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire :
 - prises alimentaires largement **supérieures** à la moyenne, par **exemple** en moins de 2 h.
 - associées à une impression de **perte de contrôle** des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
- * Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :
 - manger beaucoup **plus rapidement** que la normale,
 - manger jusqu'à éprouver **une sensation pénible de distension abdominale**,
 - manger de grandes quantités de nourriture **en l'absence d'une sensation physique de faim**,
 - **manger seul parce que l'on est gêné** de la quantité de nourriture que l'on absorbe,
 - se sentir **dégoûté de soi-même**, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- * **Détresse marquée** en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
- * Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins **1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs**.
- * Le trouble **n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés** comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Il était décidément inspiré : "Alors les hyperphages c'est moins crade que les boulimiques parce qu'ils ne vomissent pas. Quand vous faites des consults avec des hyperphages ça vous donne plutôt faim voyez parce qu'ils vous racontent qu'ils mangent des bons trucs, qu'ils vont se prendre un bon plat de choucroute avec machin et puis qu'ils se le préparent, c'est plus fun l'hyperphagie. La boulimie l'idée de s'envoyer à la suite 4 baguettes et de finir dans le vomi ... ça va plus vous couper l'appétit qu'autre chose."

Éléments cliniques	
Début	<ul style="list-style-type: none"> * Débute généralement dans l'enfance. * Traumatisme ou abus sexuel se retrouvent plus souvent dans les antécédents. * Les régimes sont souvent secondaires au début des troubles, à l'inverse de l'anorexie mentale ou de la boulimie.
L'accès hyperphagique	<ul style="list-style-type: none"> * Phénomène de « craving » très important, avec sensation de faim compulsive et irrépressible. * Conscience du trouble avec souffrance psychique importante.
Distorsions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> * « Illusion de contrôle », avec comportement rigide d'hypercontrôle, alternant avec des phases de transgression et de compulsions. * Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim. * Renforcement négatif lié à la culpabilité.
Traits associés	<ul style="list-style-type: none"> * Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. * Possible association avec des troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...). * Troubles de la personnalité. * Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. * Dysfonction sexuelle.
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> * Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation... * Stéatose hépatique. * Répercussions indirectes : il faut systématiquement rechercher et prendre en charge toutes les complications de l'obésité. * Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. * Hypofertilité voire infertilité.

III. c) Diagnostics différentiels

- Tumeurs cérébrales, épilepsies
- Boulimie
- Obésité
- Épisode dépressif caractérisé
- Troubles de la personnalité

III. d) Comorbidités et risques suicidaires

- Troubles bipolaires et épisode dépressif caractérisé
- Troubles anxieux et phobie sociale
- Troubles addictifs
- Risque suicidaire

Aujourd'hui j'ai envie d'écrire une page de conneries. J'ai envie de me poser la question... Pourquoi dédicace-t-on ? Il s'agit peut-être un simple geste social. La kassdédi serait l'occasion de communiquer simplement, sans parole mais sur papier. Mais serait-ce si simple ? La kassdédi est lue par tous, systématique, cyclique, serait-ce peut être... un rituel ? Un moment de bilan, de classement de souvenir ? Une véritable aubaine pour laisser une trace de soi sur terre finalement. Mais oui la kassdédi est historique... Alors, peut être que tout simplement nous avons affaire à une tradition. C'est classe quand même. On a 20 ans, et on est déjà pourri de traditions. Les traditions, c'est le truc des vieux, parce qu'ils savent que c'est sous cette forme qu'on mémoriser leur époque. Les traditions, c'est les traces de pas de nos ancêtres. Bonjour personnes âgées, vieux bichatiens. Pour pas vous oublier, on va dédicacer.

Noémie

Dédicace

*Au magicien du wei. Je l'aime. Dédicace à Paul Bouin, ce brave gars, toujours le mot pour rire.
Dédicace à Jason et Véronica. Dédicace à ta mère, gros. Dédicace à celle qui est zen.
Dédicace au public debout du match d'impro. Dédicace au slip du représentant juridique du bda.
Dédicace à l'égo de Lecamus. Dédicace au colonel de Bichat.
Dédicace au stand de cartes ciné. Dédicace à Setra et au rhum arrangé.
Dédicace au poule. Dédicace à Xavier Bichat, et à tous ses copains.
Dédicace au courage de ma coronéo.*

Quant à moi, c'est avec la larme à l'œil (quel beau texte Noémie) que je vais poursuivre cette œuvre.

Dédicace

*A Tic et Tac qui vivent de façon si tactique et rendent ma vie si incroyable
A Ran, Edwin, Yassine, la team des bg
A mon bungalow du wei ces vendeurs de rêve
Aux vieux qui m'ont tellement soutenue pendant ma P1
A ma fillote qui lira pas cette dédicace parce que c'est une branleuse <3 <3
A Lejoyeux qui nous a clashées, askip la ronéo « ça va être beau »
A Valentine parce que j'oublie pas ta chute à vélo espèce d'alcoolique
Aux sans-assos aka les sans-factions, qui résistent
Aux Bretons de Bichbich, on est là les gars, continuons à envahir le monde
A ma coronéo de l'amour, bourrée de talent sauf quand il faut être à l'heure, que je surkiffe
Rendez-vous à la prochaine beuverie
Longue vie Bichat.*

Enza

ETES-VOUS ALLES VOIR LE MAGICIEN ??!

