

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage et éléments généraux de prise en charge

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Juin 2019

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Tableau 1. Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été adopté par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juin 2019.

© Haute Autorité de Santé – 2019

Table des matières

Abréviations et acronymes	5
Messages clés	6
Introduction	7
1. Définitions	9
1.1 Troubles des conduites alimentaires.....	9
1.2 Délimitation des recommandations : crises de boulimie et divers troubles des conduites alimentaires	10
1.3 Description clinique	18
2. Épidémiologie	21
2.1 Âge de début, sex-ratio, prévalences, incidences, et fluctuations diagnostiques	21
2.2 Populations à risque	25
2.3 Comorbidités psychiatriques dans les troubles des conduites alimentaires de type boulimie et hyperphagie boulimique	27
2.4 Prévalence des troubles des conduites alimentaire chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques.....	34
2.5 Évolution, complications, morbi-mortalité, coût social	35
2.6 Messages clés : épidémiologie	37
3. Objectifs et principes généraux de la prise en charge.....	38
3.1 Objectifs communs et grands principes de la prise en charge	38
3.2 Objectifs spécifiques des traitements et leur organisation.....	39
4. Repérage	48
4.1 Recommandations internationales	48
4.2 Synthèse des données de la littérature.....	52
4.3 Recommandations sur le repérage	56
5. Évaluation initiale, initiation des soins	59
5.1 Évaluation initiale : modalités et contenu	59
5.2 Initiation des soins	64
6. Organisation du plan de soins.....	75
7. Approches psychothérapeutiques et traitements psychotropes	80
7.1 Outils d'auto-support (self-help)	80
7.2 Éducation thérapeutique	88
7.3 Psychothérapies	88
7.4 Traitements psychotropes	134
7.5 Approches complémentaires.....	161
8. Les complications somatiques et nutritionnelles et leur prise en charge	168
8.1 Synthèse des complications somatiques et nutritionnelles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique	169
8.2 Complications des conduites de purge	175
8.3 Complications de la malnutrition	182

8.4	Complications gynéco-obstétricales : impact sur la fertilité, la grossesse et le <i>post-partum</i>	196
8.5	Cas particulier des patients souffrant de diabète de type 1	207
8.6	Sevrage boulimique : place de la nutrition entérale	216
8.7	Implication du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des patients atteints de boulimie et d'hyperphagie boulimique	223
8.8	Surveillance clinique et biologique au cours du suivi	239
9.	Prise en charge par les diététiciens	241
10.	Prise en charge sociale	243
11.	Refus de soins, freins aux soins, facteurs de résistance aux traitements	244
11.1	Les obstacles à l'accès aux soins et à la guérison selon les témoignages des patients et des familles recueillis par les associations d'usagers	244
11.2	Les dérives thérapeutiques	247
11.3	Conclusion	248
11.4	Comment en parler ?	249
12.	Conduite à tenir aux urgences	251
13.	Recommandations aux pouvoirs publics	252
14.	Validation	254
	Adoption par le Collège de la HAS	254
	Annexe 1. Méthode de travail	255
	Annexe 2. Recherche documentaire	258
	Annexe 3. Fiche outil « Repérage »	267
	Annexe 4. Fiche outil « Comment en parler ? »	270
	Annexe 5. Fiche outil « Évaluation initiale et initiations des soins »	273
	Annexe 6. Fiche outil « Complications somatiques et prise en charge »	278
	Annexe 7. Fiche outil « Prise en charge pluri-professionnelle coordonnée »	284
	Annexe 8. Fiche outil « Aspects gynécologiques et obstétricaux »	288
	Annexe 9. Fiche outil « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »	291
	Annexe 10. Fiche outil « Urgences et troubles du comportement alimentaire »	297
	Annexe 11. Numéros et sites ressource	302
	Annexe 12. Études non retenues sur des médicaments psychotropes disponibles en France et testés dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique	303
	Annexe 14. Tableaux	309
	Références	312
	Participants	327
	Remerciements	329
	Fiche descriptive	330

Abréviations et acronymes

AFDAS-TCA	Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire
AFDN	Association française des diététiciens-nutritionnistes
AN	Anorexie nerveuse
BEWE	<i>Basic Erosive Wear Examination</i>
BN	Boulimie nerveuse
CNPP-CNQSP ...	Conseil national professionnel de psychiatrie - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMO	Densité minérale osseuse
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) publié par la Société américaine de psychiatrie (APA)
DT2	Diabète de type 2
EDNOS	<i>Eating Disorders Not Otherwise Specified</i>
FFAB	Fédération française anorexie boulimie (ex AFDAS-TCA)
FNA-TCA	Fédération nationale des associations d'aide aux troubles du comportement alimentaire
HB	Hyperphagie boulimique
IMC	Indice de masse corporelle
RBP	Recommandation de bonne pratique
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
SFNCM	Société francophone nutrition clinique et métabolisme
TCA	Trouble(s) des conduites alimentaires
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Messages clés

Épidémiologie

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, et leurs formes partielles débutent le plus souvent à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Si l'hyperphagie boulimique débute un peu plus tardivement, le plus souvent (au-delà de 20 ans), il existe des formes plus précoces qui sont en outre plus sévères.

Les troubles des conduites alimentaires ont un retentissement important, tant sur un plan individuel, familial, que sur un plan social.

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, et leurs formes partielles ont un retentissement majeur sur la santé physique et psychique. Ces troubles sont associés à un risque important de surmortalité liée aux troubles métaboliques induits et au suicide.

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, et leurs formes partielles sont fréquemment associées simultanément ou au cours de la vie à d'autres troubles psychiatriques, au premier rang desquels sont la dépression, les troubles anxieux, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité.

Avoir souffert d'un trouble des conduites alimentaires fait courir le risque de souffrir d'une récurrence ou d'une autre forme de trouble des conduites alimentaires au cours de la vie.

La boulimie et l'hyperphagie boulimique sont insuffisamment repérées et prises en charge ; leurs formes partielles le sont encore moins fréquemment.

Repérage

Tout acteur du système de soins est à même d'effectuer ce repérage.

Les personnes atteintes de TCA consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale dans les années précédant le diagnostic pour des plaintes somatiques diverses.

Un repérage ciblé doit être réalisé chez les groupes à risque (étudiants, sportifs, personnes en situation d'insuffisance pondérale ou d'obésité, etc.).

Les éducateurs, professeurs de sport, le personnel scolaire, les parents, et tout intervenant en milieu de garde présent au moment des repas peuvent aussi participer au repérage.

Prise en charge

Plus la prise en charge est précoce, meilleur est le pronostic.

La prise en charge doit être d'emblée pluridisciplinaire (somatique, psychologique, nutritionnelle, sociale et familiale), coordonnée entre les différents intervenants, adaptée à l'âge du patient et à l'intensité de ses troubles.

Pour l'établissement d'une alliance thérapeutique il est prioritaire d'instaurer une relation de qualité entre le praticien, le patient et aussi souvent que possible l'entourage, y compris chez les adultes.

Expliquer l'objectif des soins : arrêt des crises, avec des objectifs thérapeutiques plus larges comprenant une dimension somatique, psychologique, sociale et relationnelle.

Il est préférable que la famille soit impliquée dans la prise en charge. Pour les adolescents et les jeunes adultes, la prise en charge sera adaptée à l'âge et impliquera leurs parents ou le tuteur légal.

Introduction

Contexte d'élaboration

Ce thème a fait l'objet d'une demande conjointe d'inscription au programme de la Haute Autorité de Santé (HAS) par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) d'une part et la Fédération nationale des associations d'aide aux troubles du comportement alimentaire (FNA-TCA), d'autre part.

La Fédération française anorexie boulimie (FFAB) (ex « Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA) », qui avait réalisé la recommandation sur l'anorexie en partenariat avec la HAS en 2010, était associée à cette demande, ainsi que les organismes suivants :

- le Congrès français de psychiatrie ;
- le Conseil national professionnel de psychiatrie - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP) ;
- la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM) ;
- l'unité INSERM U669 (PSIGIAM: *Paris-Sud Innovation Group in Adolescent Mental Health*) du Pr Bruno Falissard.

L'élaboration de cette recommandation de bonne pratique est sous la responsabilité de la Fédération française anorexie boulimie (FFAB) et de la HAS, en lien étroit avec les autres disciplines concernées.

Objectifs de la recommandation de bonne pratique

Cette recommandation de bonne pratique (RBP) a pour objectif de compléter la RBP « Anorexie mentale, prise en charge » parue en 2010, réalisée par la HAS en partenariat avec l'AFDAS-TCA (1). Le but est de proposer aux professionnels des RBP sur l'ensemble des troubles des conduites alimentaires (TCA), afin de définir des orientations pour améliorer l'organisation de leur diagnostic et de leur prise en charge.

Cette recommandation traite notamment des points suivants :

- le repérage et la prise en charge précoce : facteurs de risque, signes d'appel, premières consultations pour boulimie ou hyperphagie boulimique chez l'adolescent et l'adulte : quel bilan, quelles orientations, rôle des parents et de l'environnement notamment scolaire ; rôle de l'entourage ;
- le suivi au long cours d'un adulte ou d'un adolescent (composantes psychiatriques et somatiques) ;
- la prise en charge des patients présentant un trouble des conduites alimentaires arrivant dans un service de d'urgence (urgences médicales ou urgences psychiatriques).

Méthode d'élaboration

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (RPC) a été utilisée. Cette méthode est décrite en annexe et en détail dans le guide méthodologique de la HAS¹ disponible sur son site.

La plupart des recommandations reposent sur des accords d'experts au sein du groupe de travail. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles.

¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431294/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc

Elle doit en revanche inciter à mener des études complémentaires. Elles doivent s'appliquer à la majorité des cas avec parfois une adaptation au cas par cas.

Patients concernés

Adolescents et adultes, ainsi que leur famille et/ou leur entourage.

Les présentes recommandations concernent la boulimie nerveuse (BN), l'hyperphagie boulimique (HB) et les formes partielles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique. L'anorexie mentale avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatif ne sera donc pas évoquée dans cette recommandation puisqu'elle a déjà été traitée dans la recommandation HAS / AFDAS-TCA « Anorexie mentale, prise en charge » parue en 2010 (1).

Les maladies rares entraînant des comportements hyperphagiques avec perte de la satiété (ex : syndrome de Prader-Willi, de Bardet Biedl, d'Alström, etc.) sont exclues du champ de cette recommandation.

Professionnels concernés

Médecins généralistes, pédiatres, psychiatres de l'enfant et de l'adulte, diététiciens, chirurgiens-dentistes et orthodontistes, gynécologues, médecins et infirmiers scolaires (et le milieu scolaire en général), psychologues, endocrinologues, nutritionnistes, urgentistes, réanimateurs, médecins du sport, médecins du travail, gastroentérologues, sages-femmes, kinésithérapeutes.

Actualisation des recommandations

En fonction de l'avancée des recherches scientifiques internationales, le groupe de travail propose une actualisation des recommandations au moins tous les 5 ans, ou avant en cas d'apparition de données significatives pouvant modifier la prise en charge des patients.

1. Définitions

Avec l'acquisition d'une notoriété médiatique certaine, le terme de « troubles des conduites alimentaires » s'est sensiblement vulgarisé pour désigner un large éventail de perturbations du lien avec l'alimentation. Le terme de boulimie, et celui d'hyperphagie, ont eux aussi évolué dans le sens commun pour désigner des troubles du comportement alimentaire marqués par une alimentation excessive. Or, dans la terminologie psychiatrique, ces termes font référence à des affections spécifiques répondant à une définition précise et ayant une morbidité et une mortalité conséquente.

Nous proposons ici tout d'abord de redéfinir ces termes de troubles des conduites alimentaires, de troubles boulimiques, de boulimie et d'hyperphagie boulimique puis de délimiter les objectifs des présentes recommandations pour la prise en charge de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique.

1.1 Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) ou troubles du comportement alimentaire sont des troubles psychiatriques qui se caractérisent par une symptomatologie complexe comportant au premier plan :

- des perturbations graves du comportement alimentaire ;
- une estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle ;
- des symptômes psychiatriques d'intensité et de natures variées ;
- des complications somatiques.

Ces troubles ont un retentissement sévère sur la santé des sujets et leur vie sociale.

Le terme de trouble des conduites alimentaires (TCA) est celui utilisé par les classifications internationales, telles la CIM-10 (Classification internationale des maladies version 10 (2)), ou le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième version révisée (DSM-IV-TR) (3) ou cinquième version (DSM-5) (4)). Dans ces classifications, le terme de trouble des conduites alimentaires désigne le plus souvent l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*), la boulimie nerveuse (*bulimia nervosa*) et les autres troubles qui associent à divers degrés les symptômes des deux premiers. En outre, depuis quelques années, s'est individualisé le « *Binge Eating Disorder* », appelé hyperphagie boulimique dans le DSM-IV-TR et accès hyperphagique dans le DSM-5 (voir Tableau 2).

Plus précisément, dans la CIM 10, les troubles des conduites alimentaires sont classés dans la section F50-F59 « Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques » détaillés dans le tableau 2.

Dans le DSM-IV-TR (3), les troubles des conduites alimentaires désignent l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*), la boulimie nerveuse (*bulimia nervosa*) et les autres troubles qui sont des formes partielles des deux premiers, appelés troubles des conduites alimentaires non spécifiés (TCA-NS : fréquence des crises moindre ou absence de certains critères). Parmi ces troubles non spécifiés a été proposé un projet de catégorie appelé « *Binge Eating Disorder* », qui correspond à l'hyperphagie boulimique. Plus récemment, dans le DSM-5, la catégorie « Troubles des conduites alimentaires » est remplacée par celle « Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments », incluant un panel de troubles plus large.

Tableau 2. Catégorisation des affections regroupées sous le terme de troubles des conduites alimentaires (CIM10, DSM-IV-TR et évolution de la terminologie dans le DSM-5)

CIM 10 « Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques » (2) Sous le code F50, les troubles de l'alimentation incluent les troubles suivants : • F50.0 Anorexie mentale • F50.1 Anorexie mentale atypique • F50.2 Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>) • F50.3 Boulimie atypique • F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques • F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques • F50.8 Autres troubles de l'alimentation • F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision	
DSM-IV-TR « Troubles des conduites alimentaires » (3) : • F50.0 [307.1] Anorexie mentale (<i>Anorexia Nervosa</i>). Spécifier le type : type restrictif / type avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs • F50.2 [307.51] Boulimie (<i>Bulimia Nervosa</i>). Spécifier le type : type avec vomissements ou prise de purgatifs / type sans vomissements ou prise de purgatifs • F50.x [307.50] Trouble des conduites alimentaires NS	
DSM-5 « Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments », incluant un panel de troubles plus large (4) : • Pica • 307.53 (F98.21) Mérycisme • 307.59 (F50.9) Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments • Anorexie mentale ▸ 307.51 (F50.2) Boulimie ▸ 307.51 (F50.8) Accès hyperphagique (<i>Binge Eating Disorder</i>) ▸ 307.59 (F50.8) Autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifié • Anorexie mentale atypique • Boulimie de faible fréquence et / ou de durée limitée • Accès hyperphagique de faible fréquence et / ou de durée limitée • Trouble purgatif • Syndrome de l'alimentation nocturne ▸ 307.50 (F50.9) Autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, non spécifié	

1.2 Délimitation des recommandations : crises de boulimie et divers troubles des conduites alimentaires

La crise de boulimie se définit comme l'absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle sur cet accès.

- Les crises de boulimie, appelées aussi accès hyperphagiques ou « Binge Eating », existent dans les affections suivantes :
 - l'anorexie mentale ;
 - la boulimie (*bulimia nervosa*) décrite depuis 1979 et intégrée au DSM depuis sa version III ;

- l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder) ayant fait son apparition en 1994 dans les propositions du DSM-IV-TR et officiellement comme trouble dans le DSM-5 depuis 2012 sous le terme « accès hyperphagique » ;
- les troubles des conduites alimentaires non spécifiés avec comportements boulimiques du DSM-IV-TR (TCA-NS : fréquence des crises moindre ou absence de certains critères) et certains « autres troubles de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifiés » du DSM-5 (« boulimie de faible fréquence et / ou de durée limitée », « accès hyperphagique de faible fréquence et / ou de durée limitée », et « trouble purgatif »).
- La caractérisation précise du DSM-5 a très peu été utilisée dans les recherches publiées à ce jour (la plupart des recherches sont antérieures au DSM-5 et utilisent les critères du DSM-IV ou DSM-IV-R).
- Nous avons donc choisi dans ce qui suit de garder la dénomination de troubles des conduites alimentaires et d'hyperphagie boulimique. Pour les TCA-NS et les « autres troubles de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifiés », nous avons utilisé le terme générique de « formes partielles de boulimie ou d'hyperphagie boulimique ».

Les présentes recommandations concernent la boulimie (BN), l'hyperphagie boulimique (HB), les formes partielles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique. L'anorexie mentale avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatif ne sera donc pas évoquée dans cette recommandation puisqu'elle a déjà été traitée dans la recommandation HAS / AFDAS-TCA « Anorexie mentale, prise en charge » parue en 2010 (1).

1.2.1 Boulimie nerveuse ou « Boulimie »

Critères : voir tableau 3 (critères DSM-IV-TR de la boulimie), tableau 4 (critères DSM-5 de la boulimie) et tableau 5 (critères CIM-10 de la boulimie).

La boulimie se caractérise par des épisodes répétés de « crises de boulimie » (DSM-IV-TR), ou « accès hyperphagiques » (selon le DSM-5) (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle sur cet accès).

Les crises sont suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. La fréquence des crises de boulimie et des comportements compensatoires nécessaire au diagnostic varie selon les critères d'un minimum de deux par semaine (DSM-IV-TR ou CIM-10) à un par semaine (DSM-5) pendant une durée de 3 mois. En outre, chez les personnes souffrant de boulimie, l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC dans les limites de la normale en raison de la mise en place des comportements compensatoires. Elles présentent rarement un excès de poids. Leur repérage ne peut donc pas se faire sur la base de leur IMC.

Tableau 3. Critères DSM-IV-TR de la boulimie (*Bulimia Nervosa*)

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« *Binge Eating* »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
1. absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances similaires ;
 2. sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements, ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés et récurrents surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).

Spécifier le type :

- **Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« *Purging Type* »)** : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.
- **Type sans vomissements ou prise de purgatifs (« *Nonpurging Type* »)** : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Tableau 4. Critères DSM-5 de la boulimie (*bulimia nervosa*)

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (<i>Binge Eating</i>). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes : 1. absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; 2. sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange). B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. C. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois. D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (<i>anorexia nervosa</i>). Spécifier si : • en rémission partielle : alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée ; • en rémission complète : alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée. Spécifier la sévérité actuelle : • Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle : – légère : une moyenne d'un-trois épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine, – moyenne : une moyenne de quatre-sept épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine, – grave : une moyenne de huit-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Tableau 5. Intitulés CIM 10 de la boulimie

F50.2	Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
	Boulimie SAI
	<i>Hyperorexia nervosa</i>
	Boulimie (avec)
	<i>Bulimia (nervosa)</i>
F50.2X-001	Boulimie
F50.2X-002	<i>Hyperorexia nervosa</i>
F50.3	Boulimie atypique
	Boulimie (avec) atypique
	Boulimie (avec) poids normal
	<i>Bulimia (nervosa)</i> atypique
	<i>Bulimia (nervosa)</i> poids normal
F50.3X-001	Boulimie à poids normal

1.2.2 Hyperphagie boulimique

Dans le DSM-IV-TR, l'hyperphagie boulimique n'était pas encore reconnue comme un trouble spécifié. Des critères de recherche étaient proposés en annexe dans le but de créer une nouvelle catégorie de trouble spécifié dans le DSM-5 (voir tableau 6).

L'hyperphagie boulimique se caractérise par des « épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie » (DSM-IV-TR), ou des « accès hyperphagiques » (selon le DSM-5 ; voir tableau 7) : absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, en moyenne au moins une fois par semaine pendant 3 mois, en l'absence de comportements compensatoires. Ce comportement est responsable d'une souffrance importante. Sont en outre associés le fait de manger beaucoup plus rapidement que la normale, jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ; une grande quantité de nourriture sans ressentir la faim physiquement ; seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe et / ou dégoûté de soi-même ; déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

Les accès hyperphagiques ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale. L'apport excessif de calories et l'absence de stratégies de contrôle de poids lors de ces crises expliquent que les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique soient généralement en situation de surpoids ou d'obésité.

Tableau 6. Critères de recherche du DSM-IV-TR pour l'hyperphagie boulimique (« *Binge Eating Disorder* »)

Il ne faut envisager le diagnostic proposé dans cette annexe que si le sujet rapporte, pendant les épisodes d'excès alimentaire, à la fois une sensation subjective de perte de contrôle sur le comportement alimentaire et trois des symptômes du critère B. De nombreux sujets souffrent d'épisodes d'excès alimentaire qui ne sont pas des crises de boulimie.

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« *Binge Eating* »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
2. sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

B. Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) :

3. manger beaucoup plus rapidement que la normale ;
4. manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ;
5. manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ;
6. manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ;
7. se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins deux jours par semaine pendant 6 mois.

NB. : La méthode adoptée pour déterminer la fréquence n'est pas la même que dans la Boulimie (*bulimia nervosa*) ; des recherches futures devront permettre de décider si la meilleure méthode pour définir un seuil de fréquence consiste à compter le nombre de jours où il y a eu boulimie ou bien le nombre de crises de boulimie.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (par exemple, vomissements ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (*anorexia nervosa*) ou d'une boulimie (*bulimia nervosa*).

Tableau 7. Critères DSM-5 Accès hyperphagiques (= *Binge Eating Disorder* = hyperphagie boulimique du DSM-IV)

307.51 (F50.8) Accès hyperphagiques (*Binge Eating Disorder*)

F. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (*Binge Eating*). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
2. sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange)

ou la quantité que l'on mange).

G. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :

8. manger beaucoup plus rapidement que la normale ;
9. manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ;
10. manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ;
11. manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ;
12. se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

H. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) entraînent une détresse marquée.

I. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

J. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Spécifier si :

- en rémission partielle : après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée ;
- en rémission complète : alors que tous les critères de ce trouble ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

- le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des accès hyperphagiques (voir ci-dessous) ;
- le niveau de gravité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle :
 - léger : un-trois accès hyperphagiques par semaine,
 - moyen : quatre-sept accès hyperphagiques par semaine,
 - grave : huit-13 accès hyperphagiques par semaine,
 - extrême : > 14 accès hyperphagiques par semaine.

1.2.3 Les formes partielles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique (trouble des conduites alimentaires non spécifié et les autres troubles de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifiés)

Les formes partielles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique sont définies par la présence de certains, mais pas tous les critères définissant ces troubles (voir tableau 8 et 9).

Tableau 8. Critères DSM-IV-TR du trouble des conduites alimentaires, non spécifié (TCA-NS)

F50.x [307.501] Trouble des conduites alimentaires non spécifié.

F50.1 Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.

F50.1 Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.

F50.3 Tous les critères de la Boulimie sont présents, si ce n'est que :

- les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois ;
- l'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (par exemple, vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux). Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.

F50.4 Hyperphagie boulimique (« *Binge Eating Disorder* ») : il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

Tableau 9. Critères DSM-5 Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés

307.59 (F50.8) Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés :

1. anorexie mentale atypique : tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis mais, malgré une perte de poids significative, le poids de l'individu est dans la normale ou au-dessus ;
2. boulimie (de faible fréquence et / ou de durée limitée) : tous les critères de la boulimie sont remplis, mais les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et / ou pendant moins de 3 mois ;
3. accès hyperphagiques (de faible fréquence et / ou de durée limitée) : tous les critères du trouble accès hyperphagique sont remplis, mais les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, moins d'une fois par mois et / ou pendant moins de 3 mois ;
4. trouble purgatif : comportement purgatif récurrent visant à influencer le poids ou la forme du corps (par exemple : vomissements provoqués ; mésusage de laxatifs, diurétiques autres médicaments) en l'absence d'accès hyperphagiques ;
5. syndrome d'alimentation nocturne : épisodes récurrents d'alimentation nocturne se manifestant par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommation excessive de nourriture après le repas du soir. Il existe une prise de conscience du trouble et un souvenir de l'épisode. L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des éléments extérieurs comme des changements dans le cycle veille-sommeil ou par des normes sociales locales. L'alimentation nocturne entraîne une détresse significative et / ou un retentissement fonctionnel. La perturbation du schéma d'alimentation n'est pas mieux expliquée par un trouble accès hyperphagique ou par un autre trouble mental, y compris par l'utilisation d'une substance, et n'est pas imputable à un autre trouble mental ou à un effet iatrogène.

Toutes ces définitions sont issues des critères de recherche qui portent des diagnostics au moment où le patient souffre de l'affection. Il existe des données épidémiologiques qui montrent que ces troubles des conduites alimentaires, boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique, ainsi

que l'anorexie mentale, peuvent se succéder chez un même individu au cours de la vie. Une même personne peut passer d'un trouble à un autre, par exemple de la boulimie nerveuse à l'hyperphagie boulimique, ou de l'anorexie mentale à la boulimie nerveuse, mais plus rarement l'inverse, ou de l'anorexie mentale à l'hyperphagie boulimique.

Ces recommandations sont centrées sur la conduite à tenir face à un diagnostic actuel de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique. Quand elles existent, les données sur les particularités de ces troubles seront mentionnées concernant, d'une part les formes partielles, et d'autre part les formes avec antécédent d'autres troubles des conduites alimentaires, en particulier d'anorexie mentale. Les antécédents d'anorexie mentale chez les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique impactent le trouble et la conduite à tenir.

1.3 Description clinique

Des troubles souvent invisibles

La boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique sont souvent cachées par les personnes qui en souffrent, car elles en éprouvent une culpabilité et / ou une honte qui diffère la demande de soins.

Les personnes peuvent éviter les repas en société du fait de leur trouble des conduites alimentaires, ce qui contribue à leur isolement social.

Parfois c'est l'entourage qui révèle le trouble.

Le trouble alimentaire peut être décelé lors d'un entretien et d'un examen clinique attentif à partir de signes cliniques, le plus souvent non spécifiques, mais dont l'association offre un faisceau d'arguments permettant d'évoquer le diagnostic.

Les crises de boulimie (ou accès hyperphagiques)

Dans la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, les principales manifestations cliniques sont les crises de boulimie ou « accès hyperphagiques ».

Le plus souvent, les crises de boulimie se déroulent en cachette, et de façon indépendante des repas, dans un contexte de restriction alimentaire et ou de perturbations émotionnelles (colère, frustration, tristesse, angoisse, solitude, ennui, sentiment de vide...). Elles peuvent aussi être routinières, ritualisées sans facteur déclenchant.

La crise se déroule généralement avec une phase d'excitation préalable, avec une sensation de tension désagréable. Son déclenchement est brutal, son caractère impérieux. Pendant la crise, la personne absorbe à la hâte une quantité énorme de nourriture. Le besoin de manger beaucoup et rapidement prime sur la recherche du goût.

Un vague soulagement peut exister après la crise.

L'arrêt de la prise alimentaire est provoqué le plus souvent par un état de malaise physique s'accompagnant de douleurs physiques (céphalées, nausées, douleurs abdominales...), et d'un malaise psychologique : honte, dégoût, remords, sentiment d'avoir perdu le contrôle de soi.

Au début de la crise, le sujet peut ressentir un soulagement de son état, mais la fin de l'accès peut être suivie d'un état de torpeur, à la limite d'un vécu de dépersonnalisation.

En outre, la crise est suivie d'un sentiment de culpabilité qui contribue à renforcer un cercle vicieux aboutissant aux répétitions des crises.

Les stratégies de contrôle du poids : mise en place de comportements compensatoires

Dans la boulimie, les accès hyperphagiques (ou crises de boulimie) sont suivis de comportements visant à contrôler le poids. Ces comportements dits compensatoires sont à risque de complications (vomissements, prise de diurétiques, de laxatifs, lavements, hyperactivité physique, jeûne).

Dans l'hyperphagie boulimique, ces stratégies de contrôle de poids sont absentes.

Autres comportements associés

Dans la boulimie nerveuse, des comportements de mâchonnement, associés ou non au recrassage des aliments, voire à un mérycisme, peuvent être présents.

La corpulence et le poids

Du fait des stratégies compensatoires, la boulimie est le plus souvent associée à un poids normal.

Au contraire, en cas d'hyperphagie boulimique, le fait que ces stratégies soient généralement absentes entraîne le plus souvent une prise de poids rapide qui conduit à un surpoids, voire à une obésité.

Les complications et comorbidités

Les crises d'hyperphagie, les stratégies de contrôle de poids dans la boulimie, et le surpoids et l'obésité dans l'hyperphagie boulimique, sont responsables de complications somatiques et métaboliques.

Par ailleurs, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique sont fréquemment associées à d'autres troubles psychiatriques : troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles addictifs, troubles de la personnalité, troubles de l'impulsivité (automutilation et tentatives de suicide), ainsi qu'à des répercussions sociales.

Les formes cliniques particulières

Troubles des conduites alimentaires masculins

Il n'existe pas de revue de la littérature spécifique sur la boulimie pour les hommes, les revues et les études existantes regroupent tous les troubles des conduites alimentaires (sans précision sur le type de trouble des conduites alimentaires). La revue de la littérature sur l'épidémiologie des troubles des conduites alimentaires de Raevuori (2014) (5) différencie les troubles des conduites alimentaires masculins des troubles des conduites alimentaires féminins. En effet, leur fréquence, ainsi que les facteurs de risque, les comorbidités et les conséquences ne sont pas les mêmes.

Les antécédents de surpoids et d'obésité sont plus fréquemment associés à un trouble des conduites alimentaires chez les hommes. Les préoccupations sur le poids et la musculature sont aussi associées au risque de développer un trouble des conduites alimentaires. La performance sportive et l'exercice physique excessif sont des caractéristiques fréquentes d'un trouble des conduites alimentaires masculin (6).

Les paramètres cliniques de la boulimie ne semblent pas significativement différents selon le genre (7). Il se pourrait que les hommes aient des préoccupations concernant l'image du corps (centrée sur la musculature) et attachent moins d'importance à la minceur et à l'évitement du gras (7). Chez les hommes, il est donc important dans la prise en charge de différencier poids et musculature, qui sont deux dimensions différentes d'insatisfaction du corps (8).

Les comorbidités psychiatriques seraient aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires. Quelques spécificités semblent néanmoins

exister : la consommation de substances psychoactives serait plus fréquente dans une population de patients hommes hospitalisés (9), et la présence d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) serait aussi plus fréquente (6,9 % *versus* 1,0 % respectivement) (6).

Une étude qualitative auprès d'hommes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires a montré qu'ils déclaraient être soumis à une double stigmatisation : celle d'un trouble psychiatrique et celle de souffrir d'un trouble généralement perçu comme féminin (10).

Troubles des conduites alimentaires à début tardif

Une étude a comparé un groupe de patientes hospitalisées pour trouble des conduites alimentaires à début tardif (≥ 25 ans) à un groupe de patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires à début « typique » (< 25 ans). Les patientes à début tardif présentaient une symptomatologie plus modérée et des traits de personnalité moins extrêmes. Par ailleurs, un antécédent d'obésité était plus fréquent chez les patientes à début tardif (11).

2. Épidémiologie

2.1 Âge de début, sex-ratio, prévalences, incidences, et fluctuations diagnostiques

La plupart des données existantes sont issues de la littérature internationale, il existe peu de données épidémiologiques françaises qui sont mentionnées au fil du texte. Nous avons utilisé pour ce chapitre les revues de la littérature les plus récentes, principalement celle de Smink *et al.* (12), complétées par celle de Keski-Rahkonen *et al.* (13) centrée exclusivement sur les publications européennes de la période 2015-mi 2016 concernant prévalence, incidence, comorbidité et facteur de risques, et des publications plus récentes, ou à défaut plus anciennes (comme les revues de Hoek (14, 15)), pour les questions non couvertes par ces revues. Toutes les études citées ont utilisé les critères du DSM-IV-TR ou critères antérieurs, sauf précision si elles ont utilisé les critères du DSM-5.

2.1.1 Âge de début

L'âge moyen de début de la boulimie en population générale est de 18 ans avec une incidence maximale chez les 15-19 ans (16), chez les hommes comme chez les femmes. Elle évolue souvent sur de nombreuses années, plus de 8,3 ans en moyenne (16).

L'hyperphagie boulimique apparaît souvent à l'âge adulte (âge de début médian 21-22 ans), et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. L'hyperphagie boulimique évolue en moyenne 8,1 ans (16). Si les échantillons étudiés sont plus jeunes, l'âge de début est moins élevé. Par exemple, en Finlande, dans une étude en population générale sur des jumeaux concernant 2,825 femmes âgées de 24 ans en moyenne, l'âge moyen de début était de 19 ans (13-27) (17) ; en revanche, la durée d'évolution était longue : 13 ans en moyenne avec une médiane de 6 ans.

2.1.2 Sex-ratio

La boulimie concerne davantage les sujets de sexe féminin, le sex-ratio étant de 1 / 10 (12, 18).

L'hyperphagie boulimique semble moins fréquemment présente que la boulimie chez les femmes comparativement aux hommes. Les études publiées donnent des ratio H/F entre 1 / 2 et 1 / 6 (19).

2.1.3 Prévalences

Elles varient considérablement par région géographique, âge (13). Les étudiants sont une population très touchée par les troubles des conduites alimentaires.

► Boulimie

En population générale

Selon une revue des études internationales, la prévalence vie entière de la boulimie en population générale varie de 1,0 % à 3,0 % chez les femmes (20, 21). En France, selon une étude réalisée en Haute-Marne sur 3 287 jeunes de 11 à 20 ans, la prévalence de la boulimie est estimée à 1,1 % chez les jeunes femmes et à 0,2 % chez les jeunes garçons de 11 à 20 ans (22, 23). Elle est de 0,1 % et 0,5 % chez les hommes (5, 14, 15, 24, 25).

Dans la revue systématique de Hoek *et al.*, seulement 6 % des femmes souffrant de boulimie en population générale ont consulté en psychiatrie et 11 % en médecine générale (14). Les formes partielles de boulimie (jusqu'au DSM-IV-TR inclus) sont deux à trois fois plus fréquentes que la boulimie (20). Si elles sont moins sévères en apparence, ces formes sont néanmoins un facteur de risque aussi important que la boulimie pour la survenue ultérieure de pathologies somatiques ou psychiatriques (voir chapitre évolution). Si on applique la nouvelle définition du DSM-5 (la

fréquence des crises de boulimie y diminue de trois à une par semaine), la prévalence de la boulimie augmente d'environ un tiers.

Une étude de cohorte hollandaise en médecine générale de 1 584 adolescents de 19 ans retrouvait 1,2 % des garçons avec un diagnostic de trouble des conduites alimentaires vie entière selon le DSM-5. L'hyperphagie boulimique était le trouble alimentaire le plus fréquent (N = 5 ; 0,7 % ; IC₉₅ % [0,2 - 1,6]) (26).

En soins premiers

La fréquence de la boulimie nerveuse apparaît faible en soins premiers, en accord avec la faible proportion de patients traités. En Suisse, un trouble des conduites alimentaires est relevé dans 0,3 % des consultations ; dans cette étude concernant 46 983 patients âgés de 2 ans à 20 ans, on retrouvait 0,1 % de troubles boulimiques (étude réalisée chez 56,3 % de médecins généralistes, 29,7 % de médecins internistes, 13,5 % de pédiatres et 0,4 % de gynécologues) (27). La boulimie concernait 0,2 % du nombre total des consultations d'adolescentes (12-20 ans).

► Hyperphagie boulimique

En population générale

La prévalence vie entière de l'hyperphagie boulimique semble plus fréquente dans certaines populations. Ainsi, sa prévalence est comprise chez les femmes entre 1,9 % en Europe et 3,5 % aux États-Unis et chez les hommes entre 0,3 % en Europe et 2 % aux États-Unis. Elle est affectée par les types d'échantillons considérés, ainsi dans un échantillon de patients londoniens d'origine multiculturelle, elle peut atteindre 3,6 % (13). En Finlande, chez 2 825 des jeunes femmes jumelles âgées de 24 ans, en moyenne la prévalence retrouvée était de 0,7 % selon les critères du DSM-5 (17). Le changement de critères du DSM-IV-TR au DSM-5 semble impacter peu sa fréquence (19). En France, l'hyperphagie boulimique touche 0,7 % des femmes en population générale et 9 % à 15 % des femmes consultant pour un excès de poids (28). L'hyperphagie boulimique est rare chez les adolescents et préadolescents (19) (0,2 % entre 10 et 18 ans) (13). Plus l'âge de début est précoce et plus les comorbidités sont importantes (19).

En soins premiers

Aucune donnée ne permet d'estimer la prévalence de l'hyperphagie boulimique en médecine générale (29).

Autres populations

L'hyperphagie boulimique apparaît plus fréquente chez les sujets en situation de surpoids ou d'obésité, chez ceux recherchant des prises en charges pour perte de poids, dont la chirurgie bariatrique (19). Chez les patients en attente de chirurgie bariatrique pour obésité, l'hyperphagie boulimique atteint une fréquence de un quart à un demi (19).

► Formes partielles

En population générale

L'estimation de la prévalence estimée des formes partielles varie selon les définitions, elle est de l'ordre de 1,9 % chez les femmes et de 0,3 % chez les hommes (5, 20, 26).

La fréquence des personnes présentant des crises de boulimie a été étudiée sur 11 503 jumelles âgées de 20 à 47 ans (30). Parmi elles, 5,9 % (n = 676) avaient souffert au cours de leur vie de crises de boulimie.

En France, selon une étude de 1995 en Haute-Marne chez des jeunes âgés de 11 à 20 ans, les crises de boulimie concernaient 28 % des adolescentes et les stratégies de contrôle du poids, 19 % (31).

En population clinique

Les formes partielles de troubles des conduites alimentaires représentent 40 % à 60 % des sujets traités dans les services spécialisés (32).

Les patients atteints de formes partielles de troubles des conduites alimentaires ont un niveau de symptomatologie alimentaire et psychopathologique inférieur à celui présenté par les patients souffrant de boulimie nerveuse. En revanche, ces patients sont en plus mauvaise santé physique que les patients souffrant de boulimie, et seulement une minorité bénéficie de soins pour leur trouble des conduites alimentaires (32).

2.1.4 Incidences

► Boulimie

En population générale

L'incidence est maximale entre 16 et 24 ans variant selon les études. Elle est de l'ordre de 200 pour 100 000 personnes-années (33). Chez les femmes, la période de plus grande fréquence du diagnostic se situe, selon les études, entre 16 et 20 ans ou entre 21 et 24 ans, avec un pic d'incidence à 22 ans (34). Chez les hommes, la période de diagnostic se situe entre 16 et 20 ans, avec un pic d'incidence à 16 ans (35).

En soins premiers

L'incidence de la boulimie a été mesurée dans six études, présentées ci-dessous. Elle variait entre 6 et 15 pour 100 000 habitants par an (13, 36). Il semblerait que cette incidence ait baissé à la fois au Danemark entre 1995 et 2010 et en Finlande entre 1985 et 2009 (13). Une étude néerlandaise sur les consultations chez le médecin généraliste relevait une incidence de 0,04 % de boulimie chez les adolescentes de 15-19 ans (36). Aux Pays-Bas, l'incidence de la boulimie était environ 2,5 fois plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale, et cinq fois plus importante dans les grandes villes (37). Une étude anglaise centrée sur les nouveaux cas de boulimie diagnostiqués par le médecin généraliste indiquait une incidence de 0,03 % chez les adolescentes et de 0,003 % chez les adolescents de 10-19 ans (38).

► Hyperphagie boulimique

Il existe peu de donnée d'incidence pour l'hyperphagie boulimique. En Finlande, l'incidence chez les femmes âgées de 10-24 ans était de 35 (95 % CI 20–60) pour 100 000 personnes-années (13). L'hyperphagie boulimique semblait rare chez les sujets âgés, mais les accès hyperphagiques étaient fréquents chez les femmes en péri-ménopause (39).

Chez les patients souffrant d'hyperphagie boulimique suivis en ambulatoire ou en hospitalisation, le pic d'incidence est un peu plus tardif, autour de 21-22 ans. Le ratio homme femme est plus important que celui observé en population générale : 1 / 60 (34).

► Formes partielles

Chez les femmes, la période de diagnostic se situe entre 16 et 24 ans avec un pic d'incidence de 18 à 22 ans. Chez les hommes, la période de diagnostic se situe entre 16 et 20 ans avec un pic d'incidence à 16 ans (35).

2.1.5 Fluctuations diagnostiques

Les personnes souffrant de troubles présentent souvent des fluctuations entre les différentes catégories diagnostiques de troubles des conduites alimentaires au cours du temps. Ces passages

entre les différentes formes de troubles des conduites alimentaires sont fréquents et peuvent être récurrents. Ainsi, une méta-analyse de 125 études publiées entre 1987 et 2007 a montré que la présentation clinique des formes partielles de troubles des conduites alimentaires évolue au cours du temps (32). En effet, dans l'année ou les deux ans qui suivaient la première consultation avec une forme partielle de troubles des conduites alimentaires, environ 40 % des patients présentaient le diagnostic d'anorexie mentale ou de boulimie dans l'année (40). Le risque de développer ou maintenir un trouble des conduites alimentaires partiel ou avéré de type anorexie mentale ou boulimie au cours du temps est significativement plus important si on a présenté au cours de sa vie une forme partielle ou avérée en comparaison avec le fait de n'avoir jamais souffert de ces troubles. Ainsi, les patients ayant des antécédents de troubles des conduites alimentaires sont plus à risque de présenter un nouveau trouble des conduites alimentaires. La stabilité du diagnostic au cours du temps des troubles de type boulimie avérée est plus importante que celle du diagnostic des formes partielles (34).

Les symptômes alimentaires et la psychopathologie des formes partielles sont similaires à ceux de l'anorexie mentale, l'hyperphagie boulimique, mais moins importants que ceux de la boulimie. Les sujets présentant tous les critères de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique, à l'exception de la fréquence des crises, ne se différencient pas respectivement de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique sur ces mêmes critères : à savoir les symptômes alimentaires et la psychopathologie (32).

Dans la revue de Steinhausen (2009) qui analyse 23 études de devenir de patients soignés pour boulimie nerveuse, le passage à un autre trouble des conduites alimentaires pendant le suivi est en moyenne de 22,5 % (41). Une étude ayant suivi 192 patientes pendant 30 mois conclut que seul un tiers de ces patientes présente toujours le même diagnostic de trouble des conduites alimentaires à la fin de l'étude (42). Le passage de l'anorexie mentale vers la boulimie est le plus fréquent. Il a été évalué que 13 % à 54 % des sujets souffrant d'anorexie mentale ont des crises de boulimie au cours de leur vie (42-45) et 27 % des sujets boulimiques ont des antécédents d'AM (44, 45). L'étude d'Eddy (2008) a suivi 216 patients souffrant d'anorexie nerveuse ou de boulimie nerveuse pendant 7 ans. Un tiers des patients souffrant initialement d'anorexie mentale avait basculé vers la boulimie sur cette période (44). En revanche, les patients souffrant de boulimie nerveuse basculaient plus rarement vers l'anorexie nerveuse (de 7 à 27 %) (42, 44, 45) sauf en cas d'antécédent d'AM : dans ce cas, la moitié (50 %) des patients souffrant de boulimie nerveuse ont vu rechuter leur anorexie mentale, le plus souvent sous forme d'anorexie mentale avec crises de boulimie (44). Dans une autre étude, 176 patientes boulimiques ont été suivies pendant 9 ans avec une évaluation du trouble des conduites alimentaires tous les 6 mois par un psychiatre, qui retraçait l'historique du trouble, semaine par semaine (46). Parmi elles, 87 présentaient un antécédent d'AM. Alors que les deux groupes présentaient des taux comparables de guérison, celles qui avaient un antécédent d'AM présentaient moins de rémission totale de leur trouble. Elles avaient tendance à revenir aux symptômes initiaux d'AM, et à avoir un trouble des conduites alimentaires d'évolution plus longue.

Selon ces études longitudinales, la majorité de changements de formes de troubles alimentaires se fait dans les cinq premières années du trouble (42, 43, 45). La proportion de changement augmentait à partir de 4 ans de suivi dans la revue de Steinhausen (41). La durée moyenne du trouble des conduites alimentaires dans l'étude d'Eddy *et al.* (2008) était de 6 ans.

Plus récemment, Hilbert *et al.* (47) ont réalisé une étude transversale rassemblant des patients souffrant d'anorexie mentale de ($n = 71$), de boulimie nerveuse ($n = 66$), et d'hyperphagie boulimique ($n = 160$) et un échantillon de témoins appariés sans troubles psychiatriques ($n = 323$). La restriction alimentaire était le symptôme précédent le plus souvent l'anorexie mentale, alors que pour la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, c'étaient les crises de boulimie. La migration de l'anorexie nerveuse vers hyperphagie boulimique ou inversement était rare (respectivement 2,8 % et 0,6 %), alors qu'elle est fréquente de l'anorexie mentale vers la boulimie nerveuse et *vice versa* (16,7 % et 19,4 %) et de même entre de la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique (respectivement 23,7 % et 11,9 %).

À partir de ce constat d'une migration diagnostique fréquente, certains proposent même une approche transdiagnostique. Selon ces auteurs, un quart des cas de boulimie nerveuse remplit les critères de l'anorexie nerveuse au cours de la maladie et la moitié des cas de boulimie nerveuse passe par une hyperphagie boulimique. Ils rassemblent dans une même entité l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et leurs formes subsyndromiques (48).

2.2 Populations à risque

Les troubles des conduites alimentaires peuvent être appréhendés selon un modèle biopsychosocial, intégratif et développemental (49). La boulimie et l'hyperphagie boulimique (y compris les troubles subsyndromiques) se développeraient selon ce modèle du fait de l'interaction de facteurs prédisposants, précipitants, et se chroniciseraient du fait de facteurs de maintien. L'analyse de la littérature a permis d'identifier les facteurs de risque de ces troubles.

Nous n'abordons ici que les facteurs utiles pour le repérage des troubles (permettant de définir les populations à risque).

2.2.1 Synthèse des recommandations internationales

Tableau 10. Synthèse des recommandations internationales sur les populations à risque de boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni (Angleterre)	1.1.3 Les personnels soignants évaluant les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (en particulier enfants et jeunes adultes) doivent être attentifs à l'évaluation et au traitement des signes de harcèlement, moqueries, abus (émotionnels, physiques et sexuels) et négligence. Penser à un trouble des conduites alimentaires chez des personnes ayant une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : - un IMC ou un poids excessif pour leur âge ; - un autre trouble psychiatrique ; - des difficultés à gérer une maladie chronique qui affecte le régime alimentaire (ex diabète) ; - des troubles menstruels ou endocriniens ou des symptômes digestifs inexpliqués ; - des comportements compulsifs, comme un mésusage de laxatif, des vomissements, ou une activité physique excessive ; - des érosions dentaires ; - être impliqué dans une activité associée avec un risque important de trouble des conduites alimentaires (par exemple, sport professionnel, mode, danse, être modèle).
Forum Med Suisse 2013 (51) Suisse	Les groupes à risque sont principalement les jeunes femmes (de poids normal ou inférieur à la normale, très préoccupées par leur poids), ainsi que les femmes présentant des troubles du cycle menstruel et des symptômes gastro-intestinaux.
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i> 2009 (52)	Les groupes cibles pour le dépistage doivent inclure les jeunes , les patients consultant pour des problèmes de poids sans être en sous-poids ou en surpoids, les femmes souffrant de troubles menstruels ou en aménorrhée, les patients présentant des symptômes gastro-intestinaux, les patients présentant des signes de jeûne ou des vomissements répétés, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes qui pratiquent les sports comportant un risque de développer un trouble alimentaire (athlétisme, danse, natation synchronisée, etc.). (Niveau de preuve : D.)

Les recommandations internationales relèvent les facteurs associés suivants (voir tableau 10) :

- le surpoids (50) ;
- une préoccupation disproportionnée autour du poids, que la personne soit en surpoids ou non (50-52) ;
- les habitudes alimentaires restrictives, régimes alimentaires (par exemple, faire un régime quel que soit l'IMC), qui préoccupent l'entourage, personnel ou professionnel, les soignants, voire le patient lui-même (50) ;
- les perturbations des menstruations ou l'aménorrhée (50-52) des perturbations endocrines (50) ;
- les symptômes gastro-intestinaux (50-52) ;
- les comportements compensatoires, comme l'usage de laxatifs, les vomissements ou l'exercice physique, et les autres stratégies de contrôle du poids (50, 52) ;
- l'érosion dentaire (50, 52) ;
- les enfants, les adolescents et les jeunes adultes qui pratiquent un sport comportant un risque de développer un trouble alimentaire (athlétisme, danse, natation synchronisée, mannequinat etc.) (52) ;
- les personnes souffrant de diabète 1 ou 2. La prescription d'un régime étant un facteur de risque de trouble des conduites alimentaires (50) ;
- les troubles psychiatriques, notamment de type dépression, anxiété, abus de substances (50), troubles de la personnalité : personnalité borderline (53), voir pour détail le chapitre comorbidité ;
- les antécédents d'abus sexuels (53).

2.2.2 Données complémentaires de la littérature

Plusieurs revues méta-analyses sur les facteurs de risque de développement ou de maintien des troubles ont été retrouvées. Sont présentés ici seulement les points non développés dans les recommandations, définissant des populations à cibler en priorité pour le repérage :

- les femmes enceintes avec antécédent de trouble des conduites alimentaires (54) ;
- une étude en population générale (34) a montré que le risque de développer ou maintenir un trouble des conduites alimentaires avéré ou partiel de type anorexie nerveuse ou boulimie nerveuse au cours du temps est significativement plus important si on a présenté au cours de sa vie une forme partielle ou avérée en comparaison avec le fait de n'avoir jamais souffert d'un trouble des conduites alimentaires ;
- le fonctionnement familial intervient comme un facteur de maintien ou d'aggravation des troubles : dysfonctionnement du lien père-enfant (55), dysfonctionnement des interactions familiales pendant les repas (56), dysfonctionnement du lien mère-fille (57), problèmes familiaux : difficultés de séparation, surinvestissement, abandon (58) ;
- le fonctionnement cognitif et émotionnel : faible estime de soi, culpabilité, difficulté à contrôler les impulsions (59), honte et culpabilité (60) ;
- une mauvaise image corporelle (24) ;
- des tentatives échouées de régime ou de perte de poids (58) ;
- des antécédents familiaux de troubles des conduites alimentaires (58) ;
- les personnes souffrant d'obésité. En effet, l'hyperphagie boulimique est fréquemment associée à l'obésité, elle semble avoir une agrégation familiale indépendamment de l'obésité (40) ;
- l'hyperphagie boulimique est plus fréquente parmi les sujets obèses en attente de chirurgie bariatrique, chez lesquels la fréquence varie entre 25 % et 50 % ;
- en cas de chirurgie bariatrique, l'existence d'une hyperphagie boulimique en pré ou post-opératoire est prédictive d'une moindre perte de poids (19).

Plus récemment, Hilbert *et coll.* ont réalisé une étude transversale rassemblant des patients souffrant d'anorexie mentale ($n = 71$), de boulimie nerveuse ($n = 66$), et hyperphagie boulimique ($n = 160$) et un échantillon de témoins appariés sans troubles psychiatriques ($n = 323$). Ils ont été comparés *a posteriori* sur les facteurs de risque. L'hyperphagie boulimique se différencie de l'anorexie mentale par un niveau de perfectionnisme plus faible, davantage de troubles du comportement prémorbides, une fréquence accrue d'obésité infantile et de conduites hyperphagiques familiales (47).

2.3 Comorbidités psychiatriques dans les troubles des conduites alimentaires de type boulimie et hyperphagie boulimique

Dans la littérature internationale, toutes les données concernant les comorbidités psychiatriques dans les troubles des conduites alimentaires doivent être interprétées en tenant compte des limites des différentes études et de l'hétérogénéité des méthodologies impactant les résultats (61).

Schématiquement, les données de comorbidité entre les troubles des conduites alimentaires et les autres troubles psychiatriques sont issues d'études évaluant la fréquence des troubles psychiatriques au sein de populations de patients présentant des troubles des conduites alimentaires, d'études dans des populations de patients suivis pour divers troubles psychiatriques, et de quelques études en population générale.

Peu d'études épidémiologiques décrivent les comorbidités des troubles des conduites alimentaires avec les autres troubles psychiatriques dans des échantillons représentatifs d'hommes et de femmes issus de la population générale. Compte tenu de la fréquence des troubles des conduites alimentaires, le nombre de sujets étudiés est souvent petit.

2.3.1 Nature des comorbidités psychiatriques

Les personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique présentent plus souvent des troubles de l'humeur (61-64), des troubles anxieux (65, 66), des troubles de la personnalité (67), des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, tentatives de suicide) (68, 69), un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (70), et des troubles liés à l'usage de substances (71), que ce soit chez les femmes ou chez les hommes.

Le fort taux de suicide des patients boulimiques est comparable à celui des patients présentant un trouble de la personnalité limite (72-74).

Les troubles de la personnalité sont fréquents chez les patients avec un trouble boulimique sévère (75), avec une influence négative sur le devenir (76, 77).

En résumé, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique ont une fréquence accrue de comorbidité avec les autres troubles psychiatriques. Nous proposons d'analyser ces comorbidités en fonction des populations considérées car cela impacte les recommandations en termes de repérage précoce et de prise en charge.

2.3.2 Fréquence des comorbidités psychiatriques

► En population générale

Les données en population générale soutiennent l'idée d'une fréquence accrue des comorbidités psychiatriques en cas de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique. Ainsi, la *National Comorbidity Survey (NCS-R)* est une enquête nationale de population menée entre 2001 et 2003 auprès d'un échantillon représentatif des ménages américains de 9 282 adultes anglophones de 18 ans et plus. Elle a rapporté que 94,5 % des personnes souffrant de boulimie et 78,9 % de ceux souffrant d'hyperphagie boulimique ont répondu aux critères pour au moins un des principaux troubles psychiatriques du DSM-IV. Un trouble anxieux sur la vie était présent chez 80,6 % des sujets en cas de boulimie nerveuse et 65,1 % en cas d'hyperphagie boulimique, de même un

trouble de l'humeur était présent dans 70,7 % en cas de boulimie nerveuse et 46,4 % en cas d'hyperphagie boulimique (16).

Kessler *et al.* ont étudié, dans le cadre de l'Organisation mondiale pour la santé, la prévalence de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique sur la vie et à 12 mois auprès de 24 124 personnes (âgées de 18 ans et plus) vivant dans 14 pays, principalement de niveau économique moyen-supérieur et à revenus élevés, avec le *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* (78). La taille des échantillons variait de 466 (France) à 7 312 (Nouvelle-Zélande). La grande majorité des répondants avec un trouble des conduites alimentaires sur la vie, 84,8 % en cas de boulimie nerveuse et 79 % en cas d'hyperphagie boulimique, répondent aux critères d'autres troubles psychiatriques selon les critères du DSM-IV (78), significativement plus qu'en population générale (voir tableaux 11 et 12).

Tableau 11. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques et de la boulimie nerveuse selon Kessler *et al.*, 2013 (78)

	Prévalence du / des trouble(s) psychiatriques chez les sujets souffrant de boulimie nerveuse	Odds ratio (par rapport à la population générale)	Prévalence de boulimie nerveuse vie entière chez les sujets présentant le(s) trouble(s) psychiatrique(s)
Troubles de l'humeur	3,4 %	4,5	58,9 %
Troubles anxieux	3,0 %	4,4	65,2 %
ADHD	3,5 %	5,8	14,8 %
Trouble d'utilisation d'une substance	2,7 %	3,6	27,5 %
Alcool abus / dépendance	2,6 %	3,5	25,1 %
Au moins un trouble psychiatrique	84,8 %	4,3	—

Tableau 12. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques et de l'hyperphagie boulimique selon Kessler *et al.*, 2013 (78)

	Prévalence du/des trouble(s) psychiatriques chez les sujets souffrant d'hyperphagie boulimique	Odds ratio (par rapport à la population générale)	Prévalence de l'hyperphagie boulimique vie entière chez les sujets présentant le(s) trouble(s) psychiatrique(s)
Troubles de l'humeur	5,2 %	3	46,1 %
Troubles anxieux	5 %	3,4	56,1 %
ADHD	9,3 %	3,9	10,2 %

	Prévalence du/des trouble(s) psychiatriques chez les sujets souffrant d'hyperphagie boulimique	Odds ratio (par rapport à la population générale)	Prévalence de l'hyperphagie boulimique vie entière chez les sujets présentant le(s) trouble(s) psychiatrique(s)
Troubles liés à l'utilisation d'une substance	4,5 %	2,9	23,7 %
Alcool abus / dépendance	4,4 %	2,8	21,7 %
Au moins un trouble psychiatrique	79 %	2,7	-

► Chez les adolescents

Swanson *et al.* rapportent dans le cadre de l'enquête nationale américaine *National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A)*, portant sur un échantillon national représentatif de 10 123 adolescents âgés de 13 à 18 ans, que les troubles des conduites alimentaires sont également fréquents dans la population générale des adolescents (25). Leur gravité y est soulignée par l'importance des liens que les troubles des conduites alimentaires entretiennent avec d'autres troubles psychiatriques et avec les comportements suicidaires. Ils rapportent des prévalences de troubles psychiatriques significativement plus importantes chez les jeunes souffrant de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique en comparaison avec les autres adolescents de même sexe et de même âge (au moins un trouble parmi les troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles des conduites, troubles d'utilisation de substance). En cas de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique, la prévalence des troubles de l'humeur est respectivement de 49,9 % et 45,3 %, et celle des troubles anxieux de 66,2 % et 65,2 % (voir tableaux 13 et 14).

Tableau 13. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques chez des adolescents en cas de boulimie nerveuse selon Swanson *et al.*, 2011 (25).

	Prévalence	Odds ratio (par rapport à la population générale)
Troubles de l'humeur	49,9 %	5,7
Troubles anxieux	66,2 %	5
ADHD	20 %	3,6
Troubles liés à l'utilisation d'une substance	20,1 %	2,2
Au moins un trouble psychiatrique	88 %	8,6

Tableau 14. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques en cas d'hyperphagie boulimique selon Swanson *et al.*, 2011 (25).

	Prévalence	Odds ratio (par rapport à la population générale)
Troubles de l'humeur	45,3 %	4,6
Troubles anxieux	65,2 %	5
ADHD	12,6 %	2,1
Troubles liés à l'utilisation d'une substance	26,8 %	3,1
Au moins un trouble psychiatrique	83,5 %	5,9

À partir de données longitudinales extraites du registre national suédois des troubles alimentaires et concernant 850 personnes (4,6 % d'hommes), Welch *et al.* rapportent que l'hyperphagie boulimique présente une co-occurrence importante avec d'autres troubles du comportement alimentaire au cours du temps, impliquant des co-morbidités psychiatriques importantes : autres troubles du comportement alimentaire (44 %, OR : 85,8), trouble dépressif majeur (23,9 %, OR : 7,6), trouble bipolaire (4,2 %, OR : 7,5), troubles anxieux (17,2 %, OR : 5,2), syndrome de stress post-traumatique (9,4 %, OR : 4,3), TDAH (1,7 %, OR : 1,7), trouble utilisation d'alcool (3,2 %, OR : 1,7). Il est aussi rapporté à un risque élevé de tentatives de suicide (5,8 %, OR : 1,8). Le risque de dépression et de tentatives de suicide est élevé chez les personnes avec hyperphagie boulimique, avec ou sans obésité associée (79).

► En population clinique

Outre les revues de la littérature mentionnées en introduction, dans une étude suédoise récente sur le plus gros échantillon de patients connus, sur 11 588 hommes (3 %) et femmes (97 %) consultant dans des centres spécialisés pour troubles alimentaires, 70 % des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires souffraient d'au moins un trouble psychiatrique actuel de l'axe I. Les comorbidités les plus fréquentes étaient les troubles de l'humeur, les troubles anxieux (le trouble anxieux généralisé, les phobies et la phobie sociale étant les plus courants), et les troubles liés à l'utilisation d'une substance. Les comorbidités les plus importantes ont été retrouvées chez les femmes souffrant d'hyperphagie boulimique et les hommes souffrant de boulimie (80) (voir tableau 15).

Tableau 15. Comorbidités actuelles de l'axe I (DSM-IV) par type de troubles des conduites alimentaires selon Ulfvebrand *et al.*, 2015 (80)

Diagnostic DSM-IV	Boulimie nerveuse	Hyperphagie boulimique	Troubles non spécifiés
Au moins trouble psychiatrique	74,4 %	74,7 %	71,2 %
Troubles de l'humeur	46,3 %	45,4 %	42,2 %
Troubles anxieux	54,4 %	55 %	54,1 %

Diagnostic DSM-IV	Boulimie nerveuse	Hyperphagie boulimique	Troubles non spécifiés
Troubles liés à l'utilisation substance	13,4 %	9,2 %	9,3 %
Troubles psychotiques	0,7 %	0,6 %	0,5 %

Troubles de l'humeur

Une méta-analyse de 30 études longitudinales a été réalisée à propos de la survenue successive des troubles des conduites alimentaires et de dépression chez des adolescents et jeunes adultes évalués sur plusieurs vagues successives. Des effets bidirectionnels entre troubles alimentaires et dépression ont été mis en évidence. Il a été montré que les troubles des conduites alimentaires étaient un facteur de risque pour la dépression et que la dépression était un facteur de risque pour les troubles alimentaires. Ces effets étaient significativement plus forts dans les études qui prenaient en compte un diagnostic de trouble des conduites alimentaires par rapport à celles qui considéraient uniquement des symptômes alimentaires. Dans l'ensemble, l'effet de la pathologie alimentaire sur la dépression a montré une importante prédiction (81).

Amianto *et al.*, dans une série de 103 patients présentant une obésité, ont montré que ceux atteints de *binge* plus sévère sont plus susceptibles d'avoir un trouble du spectre bipolaire (82). Dans une autre étude, avec un échantillon de 78 femmes avec trouble des conduites alimentaires, 15 % de l'échantillon présentait un BD-II (hypomanie) et aucun sujet n'avait de BD type I (83).

Troubles de la personnalité (TP)

Quatre méta-analyses ont abordé les comorbidités troubles de la personnalité et troubles des conduites alimentaires. La première concerne 28 études de 1983 à 1998 (75). La deuxième portait sur 19 études menées de 1989 à 1997 (84), la troisième sur 17 études menées entre 1995 et 2004 (85) et la dernière sur un total de 87 études menées dans 18 pays différents, dont 25 études comportant des informations sur l'AM et 32 sur la boulimie nerveuse (67).

Comme signalé en introduction, les prévalences observées varient considérablement. Ces variations semblent être liées à l'hétérogénéité des échantillons, avec des proportions plus importantes de troubles de la personnalité chez les patients hospitalisés par rapport aux patients non hospitalisés ou des échantillons en population générale (86), et aux méthodes pour générer des diagnostics de troubles de la personnalité (87).

Dans la dernière méta-analyse, les troubles de la personnalité ont été retrouvés fortement comorbides à la boulimie nerveuse : plus de la moitié des patients présentaient des diagnostics associés de trouble de la personnalité. Pour la boulimie nerveuse, les troubles des clusters B (antisociale, borderline, histrionique, narcissique) et C (évitante, dépendante, compulsive, passive-agressive) étaient plus fréquents que ceux du cluster A (paranoïaque, schizoïde, schizotypique). Aucune différence entre les diagnostics spécifiques des clusters A et B n'a été observée entre l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, mais dans les deux groupes le trouble borderline était le plus fréquent.

L'association des troubles de la personnalité aux troubles des conduites alimentaires est fréquemment rapportée, et peut rendre difficile la prise en charge de ces patients. Des études (88, 89) ont montré que des troubles de la personnalité de type borderline, évitante ou obsessionnelle-compulsive ou des traits de personnalité comme l'impulsivité, la rigidité ou le perfectionnisme peuvent rendre difficile la prise en charge des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires. Un trouble de la personnalité peut augmenter le risque d'abandon prématuré du suivi et compromettre l'alliance thérapeutique (90, 91), ce qui pourrait avoir pour conséquence de prolonger le traitement ou d'entraîner une adhésion insuffisante aux soins.

Troubles psychotiques

Blinder *et al.* ont étudié 2 436 femmes atteintes de trouble des conduites alimentaires et ont retrouvé des symptômes psychotiques dans seulement 0,4 % des cas (92). Une revue de la littérature discutant la comorbidité entre troubles des conduites alimentaires et troubles psychotiques rapporte que l'incidence des troubles psychotiques, telle que la schizophrénie, chez les personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires, serait approximativement celle de la population générale, même si certains interrogent un taux anormalement élevé de troubles psychotiques associés en particulier chez les hommes (93). Il est rapporté aussi une étude ayant fait l'hypothèse que parmi des hommes vétérans, la schizophrénie serait plus fréquente chez ceux souffrant de trouble des conduites alimentaires ; les hommes atteints de troubles alimentaires présenteraient un risque accru, par rapport aux femmes, de développer une schizophrénie (94).

La recherche de symptômes de la schizophrénie devrait être envisagée chez tous les patients de sexe masculin présentant un trouble alimentaire (95).

Tentatives de suicide, automutilations

Dans une revue des études publiées entre 1985 et 2004, Franko *et al.* (69) ont évalué que les tentatives de suicide surviennent chez environ 25-35 % des patients atteints de boulimie. Les facteurs de risque comprennent les comportements de purge, les troubles comorbides (la dépression, l'utilisation de substance), une histoire d'abus sexuels et certains traits de personnalité.

Dans le cadre du suivi d'une cohorte de naissance suédoise comprenant 2 268 786 personnes, celles ayant un trouble des conduites alimentaire, 3 349 femmes (0,30 %), et 61 hommes (0,01 %) souffrant de boulimie nerveuse avaient un risque augmenté de tentatives de suicide (OR : 5,28) et de suicide (OR : 5,39). Les risques sont restés significativement supérieurs même après ajustement pour le trouble dépressif majeur, les troubles anxieux et le trouble usage de substances. En cas de boulimie nerveuse, l'odds ratio était de 6,26 pour les tentatives de suicide et de 4,45 pour le suicide (96).

Dans une revue de neuf études portant sur la co-occurrence des comportements d'automutilation (*Self-Injurious Behavior*) dans les troubles alimentaires, la prévalence rapportée se situait entre 13,6 % et 68,1 %. La grande variation observée dans les résultats est fonction du trouble des conduites alimentaires considéré, du type de d'automutilation, du pays et du type de population de patients étudiée. Les facteurs potentiels qui sous-tendent cette association incluent l'impulsivité, les caractéristiques obsessionnels-compulsifs et la dysrégulation des affects. Un traumatisme précoce comme l'abus sexuel dans l'enfance et, peut-être certaines caractéristiques de l'environnement familial précoce, pourraient contribuer au développement de ces facteurs (68).

Addictions

Dans une revue de 51 études, Holderness *et al.* trouvent qu'environ 50 % des personnes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires ont une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances comparativement à environ 9 % de la population en général (97).

Les femmes qui souffrent de comportements de purge sont plus susceptibles de déclarer une consommation excessive d'alcool et de « *binge drinking* » que les femmes sans symptômes de trouble des conduites alimentaires (98). À l'inverse, les femmes qui rapportent des problèmes d'alcool et / ou une consommation excessive d'alcool sont plus susceptibles de présenter des symptômes récents de troubles des conduites alimentaires (71).

En outre, les données suggèrent que les personnes souffrant de boulimie nerveuse et de crise d'hyperphagie et / ou de purge (ANBN) ont une prévalence plus élevée d'abus et / ou de dépendance à l'alcool sur la vie que les personnes souffrant d'anorexie nerveuse (99).

À partir de la cohorte « *Screening Twin Adults* » constituée d'un vaste échantillon de jumeaux suédois nés entre 1959 et 1985, Root *et al.* ont trouvé une prévalence d'usage de substances plus élevée, quel que soit le type de troubles des conduites alimentaires. Ceux des groupes anorexie nerveuse, boulimie nerveuse et anorexie-boulimie présentaient un risque accru d'abus / dépendance à l'alcool (71) (voir tableau 16).

Enfin, les personnes souffrant de boulimie nerveuse sont également plus susceptibles de rapporter une utilisation de substances, en particulier les amphétamines, les barbituriques, le cannabis, les tranquillisants et la cocaïne que ceux n'ayant pas de diagnostic de boulimie nerveuse (71).

Tableau 16. Prévalence des comorbidités addictives dans la cohorte « *Screening Twin Adults* » d'après Root *et al.*, 2010 (71)

Substance	Boulimie n = 267	Odds ratio (par rapport aux jumeaux sans boulimie)	Hyperphagie n = 49	Odds ratio (par rapport aux jumeaux sans boulimie)
Abus ou dépendance à l'alcool	59 (22 %)	4,29	7 (14 %)	
« <i>Binge drinking</i> » (alcoolisation massive en une courte durée)	20 (7 %)		4 (8 %)	
Usage de cannabis	83 (31 %)	2,37	17 (35 %)	2,79
Usage d'hallucinogènes (tous)	10 (4 %)		3 (6 %)	
Usage d'opioïdes (tous)	44 (16 %)	1,52	9 (18 %)	
Usage de sédatifs (tous)	42 (16 %)	2 ,7	10 (20 %)	2,79
Usage de stimulants (tous)	25 (9 %)	3,33	3 (6 %)	
Usage de plusieurs substances psychotropes	58 (22 %)	2,67	10 (20 %)	

2.3.3 Recommandations internationales sur les comorbidités psychiatriques

Le tableau 17 présente les recommandations du NICE sur la prise en charge des comorbidités psychiatriques.

Tableau 17. Synthèse des recommandations anglaises du NICE

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume- Uni	1.8.1 Les spécialistes des troubles des conduites alimentaires et les autres équipes soignantes doivent collaborer pour favoriser l'efficacité des traitements des comorbidités somatiques et psychiatriques des patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires. 1.8.2 Lors de la collaboration, les équipes doivent utiliser des critères d'évaluation pour les

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
(Angleterre)	troubles des conduites alimentaires et les comorbidités associées, pour évaluer l'efficacité des traitements de chaque trouble et l'impact potentiel réciproque. • Comorbidités psychiatriques 1.8.12 Au moment de la décision de l'ordre de traitement du trouble des conduites alimentaires et de la comorbidité psychiatrique (en parallèle, dans le même projet de soins ou l'un après l'autre), tenir compte des conditions suivantes : - la sévérité et la complexité du trouble des conduites alimentaires et de la comorbidité ; - le niveau de fonctionnement du patient ; - les préférences du patient souffrant du trouble des conduites alimentaires et (si approprié) celles de sa famille ou représentant.

2.4 Prévalence des troubles des conduites alimentaire chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques

La question de la comorbidité entre troubles des conduites alimentaires et troubles psychiatriques peut s'envisager à l'inverse.

Fréquence des troubles alimentaires dans les troubles bipolaires

La prévalence des troubles alimentaires dans les troubles bipolaires varie sensiblement en fonction du trouble des conduites alimentaires considéré.

Deux revues ont été publiées sur ce sujet, une par MacElroy en 2005 (100) et la seconde par Alvarez en 2015 (63).

McElroy *et al.*, dans une revue de littérature sur la fréquence des troubles des conduites alimentaires au sein des populations de bipolaires, ont trouvé une prévalence de boulimie nerveuse chez les patients bipolaires allant de 4 % à 8,5 % et de 37,7 % pour l'hyperphagie boulimique (dans une seule étude de 61 patients).

La probabilité qu'un patient souffrant d'un trouble bipolaire présente un trouble des conduites alimentaires est associée à :

- un trouble bipolaire plus sévère, de début plus précoce ;
- une hyperactivité parmi les symptômes d'hypomanie ;
- une obésité morbide ;
- une augmentation du risque de suicide ;
- une augmentation du nombre de comorbidités (en particulier en cas d'hyperphagie boulimique), notamment addictions et troubles anxieux.

Dans sa revue de 91 études évaluant la prévalence des troubles des conduites alimentaires dans les troubles bipolaires, Alvarez *et al.* trouvent une prévalence qui varie considérablement selon les études, allant de 5,3 % à 31 %. En cas de comorbidité, les troubles des conduites alimentaires sont associés à une plus grande sévérité du trouble bipolaire et à une sous-évaluation des troubles des conduites alimentaires chez les patients traités pour troubles de l'humeur. Ils soulignent qu'un des effets secondaires de certains médicaments est d'augmenter la prise alimentaire (63).

Troubles psychotiques

Kouidrat *et al.* (101) ont réalisé une revue sur la fréquence des troubles des conduites alimentaires dans la schizophrénie et concluent à une fréquence accrue de l'hyperphagie boulimique.

Par ailleurs, les médicaments antipsychotiques, qui occupent une place importante dans la prise en charge thérapeutique de la schizophrénie, sont associés aux comportements d'hyperphagie et à l'hyperphagie boulimique.

TDAH et troubles des conduites alimentaires

Les personnes atteintes de TDAH ont un risque plus élevé de comorbidité avec un trouble des conduites alimentaires (les personnes ayant un trouble des conduites alimentaires ont également des taux plus élevés de comorbidité avec le TDAH).

Dans une revue de 37 études sur l'association TDAH et troubles des conduites alimentaires (N = 74 852), il est montré que les enfants, les adolescents et les adultes atteints de TDAH sont à risque de troubles des conduites alimentaires, en particulier boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique. Il y a lien entre le TDAH de l'enfance et le développement ultérieur d'un trouble des conduites alimentaires (70).

Nazar *et al.* (2016) ont réalisé une revue de 12 études concernant les troubles alimentaires au sein de populations souffrant de TDAH (TDAH = 4013 / témoins = 29 404), et cinq explorant le TDAH chez les populations avec des troubles alimentaires (ED = 1 044 / témoins = 11 292). Les troubles des conduites alimentaires, surtout l'hyperphagie boulimique et la boulimie nerveuse, seraient significativement fréquents en cas de TDAH. Le risque d'être affecté par un trouble des conduites alimentaire est 8,32 fois plus élevé en cas de TDAH. Le risque de boulimie est de 5,71 plus important et d'hyperphagie boulimique 4,13 fois. Inversement, le risque de TDAH est 2,57 fois plus important chez les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires. En cas de crise de boulimie, le risque de TDAH est 5,77 plus important (102).

Le TDAH pourrait prédisposer à l'hyperphagie boulimique par le biais de l'impulsivité (103). Les enfants TDAH ont plus de risques de perte du contrôle alimentaire par rapport aux enfants sans TDAH. Ils sont beaucoup plus susceptibles de manifester des déficits dans l'inhibition de la réponse et présentent un plus haut degré d'impulsivité (104).

2.5 Évolution, complications, morbi-mortalité, coût social

La boulimie et l'hyperphagie boulimique évoluent généralement sur de nombreuses années, en moyenne plus de 8 ans (40), et les comorbidités psychiatriques (voir chapitre ci-dessus) (13) et complications somatiques (voir chapitre complications somatiques) sont fréquentes (105, 106).

2.5.1 Évolution, complications, morbi-mortalité

► Évolution

La boulimie et l'hyperphagie boulimique évoluent généralement sur de nombreuses années (plus de 8 ans en moyenne (16), et les complications médicales sont fréquentes (105).

Dans une revue de 15 études en population clinique portant sur 1 383 patients suivis en moyenne sur 31 mois, Steinhäuser a analysé trois critères d'évolution de boulimie (rétablissement, amélioration et chronicisation). En moyenne, 45 % des patients ont guéri de la boulimie. Pour 27 % des patients, les symptômes boulimiques se sont améliorés et les troubles se sont chronicisés pour 23 % des patients (107).

Chez les sujets souffrant de boulimie, on observe des complications liées au type de stratégies de contrôle de poids et à leur fréquence. Il s'agit le plus souvent de complications dentaires, digestives, cardiaques, pouvant devenir irréversibles (105).

Il existe très peu de données dans la littérature sur le devenir des patients souffrant d'hyperphagie boulimique. Micali *et al.*, en 2015, dans une étude prospective en population générale sur un échantillon de 6 140 jeunes suivis entre l'âge de 14 ans et l'âge de 16 ans, ont rapporté l'évolution à 16 ans de patients ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites alimentaires à l'âge de 14 ans (108). Avoir reçu un diagnostic de boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique augmentait significativement le risque de souffrir de dépression à 16 ans (boulimie nerveuse: OR = 3,39 [1,25 – 9,20]; hyperphagie boulimique: OR = 2,00 [1,06 – 3,75];) d'usage de toxique et d'automutilation (boulimie nerveuse : OR = 5,72 [2,22 – 14,72], hyperphagie boulimique forme partielle : OR = 2,32 [1,43 – 3,75]), et d'obésité (respectivement OR = 3,58 [1,06 – 12,14] and OR = 6,42 [1,69 – 24,30]). Nous n'avons pas retrouvé d'étude de devenir concernant l'hyperphagie boulimique en population clinique

► Complications

L'hyperphagie boulimique est associée à une plus mauvaise santé somatique incluant une plus grande fréquence des troubles cardiovasculaires et du diabète de type 2 (109).

Concernant les formes partielles de boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique, Field *et al.* (21) ont publié une étude portant sur 8 594 jeunes femmes suivies entre 1996 et 2008, dont l'un des groupe souffrait d'une forme subclinique d'hyperphagie boulimique (crise d'hyperphagie boulimique une fois par semaine). Les sujets avaient initialement entre 9 et 15 ans. Les filles présentant une hyperphagie boulimique étaient deux fois plus à risque que leurs pairs non atteintes de devenir en surpoids ou obèses (OR : 1,9 [1,0 – 3,5]), de développer des troubles dépressifs importants (OR : 2,3 [1,0 – 5,0]). De même, elles présentaient un risque plus élevé de consommer une drogue (OR : 1,7) et de présenter un « *binge drinking* » (OR : 1,8).

► Morbi-mortalité

Par ailleurs, Johnson *et al* (110) ont montré sur 717 adolescents âgés initialement de 13,8 ans et suivis entre 1983 et 1993 que des troubles des conduites alimentaires (cliniques ou partiels) à l'adolescence étaient associés à une survenue plus fréquente à l'âge adulte de troubles physiques (troubles cardiovasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleur chronique, limitations des activités liée à des problèmes de santé, maladies infectieuses, insomnies, symptômes neurologiques) et psychiques (tentative de suicide, troubles anxieux et dépressifs), après avoir contrôlé les analyses sur l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, les troubles psychiatriques co-occurents, les problèmes de santé à l'adolescence, l'IMC, et les craintes concernant la santé à l'âge adulte. Dans une méta-analyse de 12 études portant sur 12 189 personnes, la mortalité des personnes souffrant de boulimie a été estimée à 1,93 (95 %, CI : 1,44 – 2,59) (111), c'est-à-dire que cette mortalité était 1,93 fois plus importante que celle observée en population générale. Le risque suicidaire était très élevé chez les personnes souffrant de boulimie : de sept à 31 fois plus fréquent qu'en population générale (112). La première cause de mortalité retrouvée par les études est le suicide, estimé entre 23 % (20) et 29 % (107) des causes de mortalité. Les autres causes fréquentes de décès étaient l'hypokaliémie, l'arythmie cardiaque, ou encore la rupture digestive (107).

La mortalité de l'hyperphagie boulimique a été peu étudiée mais est probablement plus élevée qu'en population générale, compte tenu de la fréquence importante de l'obésité associée à ce trouble (20). En ce qui concerne les formes subsyndromiques de boulimie, alors qu'elles sont parfois considérées comme des formes moins sévères, la mortalité est également plus élevée que dans la population féminine générale du même âge, avec un risque similaire à la boulimie nerveuse (1,93 ; IC_{95 %} : 1,46 – 2,52) (111).

2.5.2 Coût social et sociétal des troubles des conduites alimentaires (113)

Le coût des troubles des conduites alimentaires est très important, tant sur un plan individuel, familial, social (rupture familiale, scolaire, professionnelle et sociale) que sur un plan économique. La mesure de leur impact sur les individus et la société doit par ailleurs inclure leur coût indirect et leur coût d'opportunité puisque les troubles des conduites alimentaires touchent des sujets jeunes, constituent un obstacle à la réalisation de leurs projets, ainsi qu'à leur insertion sociale et ont des conséquences multiples sur la vie familiale.

Le coût des soins remboursés est supporté par la Sécurité sociale en raison de l'appartenance des troubles des conduites alimentaires à la liste des affections de longue durée (ALD n°23). Les suivis ambulatoires durent plusieurs années et les complications somatiques, souvent mal dépistées sont nombreuses. Les coûts de ces complications n'ont pas été estimés. Celles-ci nécessitent des soins en milieu spécialisé dont le coût très élevé impose des séjours de courte durée. Au coût des soins s'ajoute le coût social de la maladie qui est une maladie chronique évoluant sur plusieurs années. Aucune étude sociologique ne s'est pour l'instant intéressée à la répercussion sur les familles qui est pourtant considérable, y compris sur un plan économique. Les crises de boulimie, quand elles sont nombreuses (jusqu'à plusieurs par jour), peuvent par exemple grever le budget familial en représentant plusieurs centaines d'euros par mois. Les associations d'usagers accueillent parfois des familles en situation de surendettement.

Il n'existe pas de données chiffrées aujourd'hui pour la France, mais on peut retenir de l'approche économique du coût des troubles des conduites alimentaires que ce coût est très substantiel, en rapport avec celui de pathologies fréquentes pouvant entraîner un handicap psychique. Les pertes de productivité dominent le coût des soins, et les données internationales suggèrent que les interventions qui améliorent l'intégration sociale seront efficaces du point de vue économique (114).

2.6 Messages clés : épidémiologie

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, et leurs formes partielles débutent le plus souvent à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Si l'hyperphagie boulimique débute un peu plus tardivement, le plus souvent (au-delà de 20 ans), il existe des formes plus précoces qui sont en outre plus sévères.

Les troubles des conduites alimentaires ont un retentissement important, tant sur un plan individuel, familial, que sur un plan social.

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, et leurs formes partielles ont un retentissement majeur sur la santé physique et psychique. Ces troubles sont associés à un risque important de surmortalité liée aux troubles métaboliques induits et au suicide.

La boulimie, l'hyperphagie boulimique, et leurs formes partielles sont fréquemment associées simultanément ou au cours de la vie à d'autres troubles psychiatriques, au premier rang desquels sont la dépression, les troubles anxieux, les troubles addictifs et les troubles de la personnalité.

Avoir souffert d'un trouble des conduites alimentaires fait courir le risque de souffrir d'une récurrence ou d'une autre forme de trouble des conduites alimentaires au cours de la vie.

La boulimie et l'hyperphagie boulimique sont insuffisamment repérées et prises en charge ; leurs formes partielles le sont encore moins fréquemment.

3. Objectifs et principes généraux de la prise en charge

La boulimie et l'hyperphagie boulimique sont des troubles complexes d'origine multifactorielle, résultant de l'interaction de facteurs de vulnérabilité, de facteurs précipitants et facteurs pérennisants. Ces facteurs sont de nature personnelle et / ou familiale, incluant des aspects psychologiques, biologiques, génétiques, environnementaux et socio-culturels. Ces facteurs conduisent les personnes vers un cercle vicieux qui les enferme dans le trouble des conduites alimentaires.

La dimension addictive des troubles des conduites alimentaires contribue à ce que de multiples boucles d'auto-entretien et d'auto-renforcement du problème se mettent en place, aux niveaux comportemental aussi bien que biologique, psychologique et relationnel et social.

Par ailleurs, la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont à l'origine de symptômes et de multiples complications somatiques et psychosociales. Elles sont fréquemment associées à d'autres troubles psychiatriques. Tous ces éléments doivent être pris en compte dans le cadre du traitement.

La prise en charge vise donc à :

- restaurer un comportement alimentaire équilibré et adapté ;
- prendre en charge les complications somatiques, les comorbidités psychiatriques et les aspects sociaux liés aux troubles ;
- prévenir la rechute en intervenant sur les facteurs précipitants et de maintien identifiés ;
- articuler les soins et les mesures nécessaires pour préserver l'insertion sociale.

Les soins seront d'autant plus efficaces que les interventions seront précoces, multidisciplinaires, coordonnées entre les différents intervenants, adaptées à l'âge du patient et à l'intensité de ses troubles.

Les modalités seront déclinées en fonction de l'offre locale de soin.

3.1 Objectifs communs et grands principes de la prise en charge

Comme l'anorexie mentale (1), la boulimie et l'hyperphagie boulimique sont des troubles avec un impact important en termes de morbidité et de mortalité à long terme et susceptibles de se chroniciser. Ces troubles justifient des approches thérapeutiques permettant de les aborder de façon globale, selon des axes répondant à leur origine multifactorielle associant des facteurs personnels de vulnérabilités psychologique aussi bien que biologique et génétique, et facteurs d'environnement, familiaux et socioculturels.

En outre, la dimension addictive de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique contribue à un auto-entretien des troubles au niveau comportemental par des mécanismes ayant des déterminants biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux, justifiant que la prise en charge prenne en compte chacune de ces dimensions.

L'approche thérapeutique des troubles des conduites alimentaires doit être pluridisciplinaire et inclure les dimensions nutritionnelles, somatiques, psychologiques, psychocorporelles, sociales, et familiales. La mise en place des soins pose le problème de l'articulation des différents intervenants dans un projet de soin au long cours, compte-tenu de la chronicité des troubles.

La qualité de l'articulation des professionnels au quotidien représente un enjeu majeur en termes d'efficacité de ces prises en charge. Cette approche qui peut être qualifiée de transdisciplinaire, compte tenu des échanges indispensables entre les différents professionnels, est facilitée par un travail en réseau de collaboration, soutenu par des équipes pluridisciplinaires spécialisées.

La formation des intervenants aux spécificités de ces troubles et de leur approche thérapeutique est un élément essentiel.

La prise en charge, une fois le diagnostic posé, doit inclure de grands principes et objectifs communs à tous les professionnels, quelles que soient les approches développées (voir tableau 18 : recommandations internationales sur les grands principes de la prise en charge de la boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique et des moyens thérapeutiques disponibles).

Certaines recommandations abordent également la prise en charge et le soutien de la famille (voir tableau 19).

La prise en charge doit être organisée dans un cadre qui est le moins contraignant possible et le mieux adapté aux besoins et aux préférences du patient.

Il est préférable que la famille soit impliquée dans la prise en charge. Pour les adolescents et les jeunes adultes, la prise en charge sera adaptée à l'âge et impliquera leurs parents ou le tuteur légal.

La prise en charge commence par la mise en place d'une alliance thérapeutique, qui est renforcée par des commentaires et des comportements empathiques et bienveillants, un regard positif, un réconfort et un soutien. Des nombreux patients peuvent, par honte, cacher certaines informations relatives à leurs comportements. Une approche empathique, rassurante et non-stigmatisante les aidera à aborder leurs difficultés.

Il est nécessaire, par ailleurs, d'informer et d'éduquer le patient et sa famille sur le trouble des conduites alimentaires :

- donner des informations directes au patient et aux membres de la famille impliqués ;
- répondre aux questions ;
- proposer des ressources documentaires, avec idéalement une guidance par un soignant (outils d'auto-support, livres, sites Internet), et / ou orienter vers des groupes de pairs ;
- mettre en garde contre tous les discours pseudo-scientifiques potentiellement nuisibles qui encouragent des modes alimentaires désordonnés ou inadaptés, des régimes restrictifs quantitativement ou qualitativement (via des sites Internet, les réseaux sociaux, des boutiques, des praticiens : voir sites des associations de patients).

3.2 Objectifs spécifiques des traitements et leur organisation

Il est important de pouvoir exposer les objectifs des traitements et leur organisation :

- réduire et, lorsque cela est possible, arrêter les crises de boulimie et de purge ;
- pour cela, mettre en place des soins multidisciplinaires associant aspects psychologiques, somatiques et nutritionnels et, si besoin, un accompagnement autour de l'insertion sociale ;
- informer / éduquer sur ce qu'est une alimentation saine et de bonnes habitudes alimentaires ;
- connaître les complications somatiques ;
- connaître l'existence de dimensions psychologiques associées, telles que la faible estime de soi, les troubles de la régulation émotionnelle ou les troubles psychiatriques associés (par exemple, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles addictifs, ou les troubles de la personnalité...) interagissant avec les troubles et nécessitant des soins.

L'étape suivante sera de mettre en œuvre les soins psychologiques, somatiques et nutritionnels, et l'accompagnement social nécessaires.

Les **objectifs du traitement psychologique**, associant approche psychothérapie et, si besoin, un traitement psychotrope, sont de :

- renforcer la motivation à s'impliquer dans le traitement multidisciplinaire, incluant nécessairement des objectifs visant la restauration d'habitudes alimentaires saines ;

- réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires ;
- traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions associées ;
- traiter les comorbidités psychiatriques ;
- améliorer le fonctionnement interpersonnel et social ;
- traiter les facteurs favorisant le développement ou le maintien des troubles ;
- chez les adolescents et les jeunes adultes, obtenir le soutien de la famille, proposer une guidance parentale et une thérapie familiale dans les soins mis en place.

Les **objectifs du traitement somatique** sont de prévenir, dépister et traiter les complications somatiques de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique.

Les **objectifs nutritionnels** sont la restauration d'habitudes alimentaires adaptées au besoin des sujets qualitativement et quantitativement.

La reprise du travail ou le retour à une scolarité normale sont des objectifs majeurs de la prise en charge. Il faudra évaluer et mettre en place l'**accompagnement social** nécessaire, en particulier articuler soins et scolarité pour les adolescents et jeunes adultes.

Le programme de soin proposé au patient doit être adapté à chaque patient, en tenant compte de son avis et, le cas échéant, de celui de sa famille, adapté à son âge, et gradué en intensité en fonction de gravité de la situation.

Étant donné la durée d'évolution des TCA, la prise en charge s'inscrira dans la durée.

Tableau 18. Revue des recommandations internationales sur les grands principes de la prise en charge de la boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique et des moyens thérapeutiques disponibles

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Angleterre	1.1.12 Lors de la prise en charge d'un patient souffrant d'un trouble des conduites alimentaires et de sa famille ou représentant : - les discussions doivent avoir lieu dans des endroits où la confidentialité, l'intimité et la dignité peuvent être respectées ; - expliquer les limites de la confidentialité (c'est-à-dire que les soignants et les services ont accès aux informations concernant leur suivi, et quand ces informations peuvent être partagées avec d'autres). 1.1.13 Lors de la demande de consentement concernant les soins et traitements d'enfants ou de jeunes de moins de 16 ans, respecter leur volonté s'ils ne veulent pas impliquer leur famille ou représentant. 1.1.14 Les soignants prenant en charge des patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires doivent être compétents pour les groupes d'âge concernés. 1.1.15 Les professionnels soignants, sociaux et éducatifs prenant en charge des patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires doivent être formés pour : - discuter et travailler avec la famille et l'entourage ; - gérer les questions de partage d'informations et de confidentialité, travailler en équipe multidisciplinaire. 1.1.17 Les soignants prenant en charge les troubles des conduites alimentaires doivent : - avoir une supervision clinique ; - utiliser des outils standardisés, par exemple l'EDE-Q ; - évaluer leur pratique (par exemple en enregistrant des sessions, avec des audits externes, examens) ; - suivre l'observance au traitement de leurs patients. 1.2.7 Être conscient qu'en plus des points abordés dans la recommandation, les enfants et jeunes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires peuvent aussi présenter des problèmes de croissance (par exemple un faible poids ou une faible taille pour leur âge) ou un retard de puberté. 1.10.3 Apporter des soins médicaux aigus (incluant l'admission en urgence) aux patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires avec un déséquilibre électrolytique sévère, une dénutrition sévère, une déshydratation sévère ou d'apparitions de signes de défaillance d'organes. 1.10.4 Pour les patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires qui ont besoin de supplémentation pour restaurer leur équilibre électrolytique, proposer une supplémentation orale, sauf si le patient a des problèmes d'absorption gastro-intestinale ou si le déséquilibre électrolytique est sévère. 1.10.5 Pour les patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires et le maintien d'un déséquilibre électrolytique inexpliqué, rechercher une autre cause

	potentielle. 1.10.6 Encourager les patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires avec vomissements à : - faire des examens dentaires et médicaux réguliers ; - éviter de se brosser les dents immédiatement après les vomissements – se rincer la bouche avec un bain de bouche non acide ; - éviter l'alimentation et les boissons très acides. 1.10.7 Informer les patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires avec abus de laxatifs ou de diurétiques que les laxatifs et les diurétiques ne réduisent pas l'absorption des calories et donc ne font pas maigrir et leur conseiller de réduire progressivement et d'arrêter l'utilisation de laxatifs ou diurétiques. 1.10.8 Conseiller aux patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires avec une activité physique excessive de l'arrêter.
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders</i> (115) Australie	Modèle de prise de décision centré sur l'individu. Les différentes options de prise en charge, sûres et fondées sur les recherches et des consensus d'experts devraient être discutées avec l'individu et sa famille. La prise en charge choisie doit découler d'une décision éclairée prise avec le patient et, le cas échéant, sa famille. Pour les enfants et les adolescents, la prise en charge sera adaptée à l'âge et impliquera leurs parents ou le tuteur légal. Les soins pour les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires doivent être administrés dans un paradigme de guérison. Si possible, la prise en charge doit être organisée dans un cadre qui est le moins contraignant possible et le mieux adapté aux besoins et aux préférences de l'individu.
<i>Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry</i> (2019) (116)	(Traitement des troubles des conduites alimentaires chez les adolescents). Le principe de soins par paliers consiste à proposer au patient la forme de prise en charge la moins lourde, la moins chère et la plus courte possible, à partir de laquelle un effet peut être attendu, à la lumière de la nature et de la gravité des problèmes. Une prise en charge plus intensive ne sera proposée qu'une fois que cette intervention minimale aura été démontrée comme insuffisante. La famille est presque toujours impliquée dans la prise en charge. Le traitement des troubles des conduites alimentaires nécessite une approche multidisciplinaire. Le traitement d'un trouble alimentaire implique une double orientation. La prise en charge est orientée sur deux axes : les problèmes psychologiques et les problèmes somatiques. Les éléments de traitement importants comprennent la psychoéducation sur le trouble, la nutrition et le poids, la régulation des émotions, thérapie systémique et une prise en charge diététique.
Forum Med Suisse 2013 (51) Suisse	Boulimie - Les objectifs du traitement de la boulimie sont la normalisation du comportement alimentaire et la gestion des conflits interpersonnels qui ont une fonction de maintien importante. Hyperphagie boulimique - Le traitement de l'hyperphagie boulimique consiste à réduire les crises alimentaires, à mettre en place une alimentation équilibrée et régulière et à

	travailler sur la dysrégulation des émotions et des impulsions. - L'efficacité de la prise en charge est associée à une stabilisation et non à une diminution du poids, la perte de poids ne doit être abordée qu'en aval. Le traitement de première ligne est la psychothérapie.
<i>The diagnosis and treatment of eating disorders.</i> Herpertz et al., 2011 (117) Allemagne	Boulimie - Chez les patients boulimiques avec des co-morbidités, par exemple, une symptomatologie borderline, le traitement doit être adapté aux autres éléments de prise en charge. - Dans le cas des enfants et des adolescents atteints de boulimie nerveuse, les membres de la famille devraient être impliqués dans le traitement (PCC). - Les méthodes psychothérapeutiques ont été montrées comme efficaces et sont des traitements de choix. Objectif de traitement dans l'hyperphagie boulimique : - traiter les symptômes de l'hyperphagie boulimique (crises de boulimie, surpoids / obésité...) ; - traiter toutes les autres plaintes psychologiques existantes (par exemple les problèmes d'estime de soi, de honte, la régulation des affects) ; - traiter les troubles psychologiques comorbides (par exemple, la dépression, la phobie sociale) ; - prévention de la rechute.
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i>, 2009 (52) Espagne	Les soignants doivent savoir que beaucoup de patients souffrant de troubles des conduites alimentaires sont ambivalents par rapport au traitement à cause de l'effort et du challenge que cela implique. Les patients et, lorsque cela est jugé nécessaire, les soignants doivent être formés sur la nature, l'évolution et le traitement des troubles des conduites alimentaires. (Niveau de preuve : D). Les familles et les soignants peuvent être informés des associations de troubles des conduites alimentaires et des groupes de soutien existants. (Niveau de preuve : D).
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	Les soins et le traitement doivent être adaptés à chaque patient. Les équipes de soins primaires doivent inclure les patients souffrant de graves troubles des conduites alimentaires chroniques dans leurs registres de patients atteints de maladies mentales graves et chroniques. Les patients doivent être informés de tous les types d'aide et de soutiens disponibles tels que les groupes d'entraide et les ressources Internet.

<i>American Psychiatric Association, 2006</i> (119) États-Unis	Choix d'un site de traitement. Pour déterminer le niveau de soins initial d'un patient ou si un changement de niveau de soins est approprié, il est important de considérer la condition physique du patient, la psychologie, les comportements et les circonstances sociales plutôt que de compter simplement sur un ou plusieurs paramètres physiques, tels que le poids. Boulimie Les objectifs du traitement pour les patients souffrant de boulimie sont de : - réduire et, si possible, éliminer les crises de boulimie et les conduites de purge ; - traiter les complications physiques de la boulimie ; - renforcer la motivation des patients à coopérer à la restauration d'habitudes alimentaires saines et participer au traitement ; - fournir une éducation en matière de nutrition et d'habitudes alimentaires saines ; - aider les patients à réévaluer et corriger leurs pensées dysfonctionnelles, attitudes, motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble alimentaire ; - traiter les troubles psychiatriques associés, y compris les troubles de l'humeur et l'impulsivité, l'estime de soi, et le comportement ; - obtenir le soutien de la famille et fournir des conseils en thérapie familiale, le cas échéant ; - prévenir la rechute. Il est recommandé que les interventions psychosociales soient choisies sur la base d'une évaluation globale du patient qui prend en considération son développement cognitif et psychologique, les questions psychodynamiques, les comorbidités psychopathologiques et les préférences du patient, ainsi que l'âge du patient et sa situation familiale. Éduquer le patient sur le trouble alimentaire et son traitement : - donner des conseils et des informations directes au patient et aux membres de la famille impliqués ; - proposer des ressources telles que les livres ou des communautés d'auto-soutien et des informations issues d'Internet ; - mettre en garde sur les sites Internet potentiellement nuisibles qui encouragent des modes alimentaires désordonnés. Boulimie Établir des objectifs qui aident notamment le patient à : - réduire et, lorsque cela est possible, éliminer les crises de boulimie et les conduites de purge ; - comprendre et coopérer avec la réhabilitation nutritionnelle et physique ; - renforcer la motivation à coopérer à la restauration d'habitudes alimentaires saines et à participer au traitement ;
---	---

- en apprendre davantage sur ce qu'est une alimentation saine et les bonnes habitudes alimentaires ;
- réévaluer et corriger les pensées dysfonctionnelles, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble alimentaires ;
- améliorer le fonctionnement interpersonnel et social.

D'autres objectifs peuvent inclure :

- obtenir le soutien de la famille et leur fournir des conseils ou les impliquer dans des thérapies familiales ;
- traiter les troubles psychiatriques associés, y compris les troubles de l'humeur et les problèmes d'impulsion, d'estime de soi, et de comportement.

Établir et maintenir une relation psychothérapeutique éclairée avec le patient.

Cela inclut la compréhension de ce qui suit :

- le développement cognitif et psychologique ;
- le style cognitif et les mécanismes de défenses psychologiques en jeu ;
- complexité de la situation familiale et les relations sociales ;
- influence d'autres troubles psychiatriques potentiels ;
- influence du transfert et contre transfert ;
- préférences des patients.

Fournir des interventions psychothérapeutiques appropriées à l'histoire du développement de chaque patient, les questions psychodynamiques, style cognitif, psychopathologie comorbide, les préférences, l'âge et la situation familiale.

Thérapies	Indications / notes
Psychothérapies individuelles TCC	Est efficace comme une intervention à court terme lorsqu'elle est spécifiquement dirigée vers les symptômes des troubles des conduites alimentaires et les cognitions désadaptées sous-jacentes. Est utile pour réduire les crises de boulimie et améliorer les comportements du sujet relatifs à son physique, son poids ainsi que les régimes amaigrissants restrictifs.
Thérapie interpersonnelle	Peut également être utile.
Thérapie psychodynamique et approche psychanalytique	Peut également être utile.
Techniques comportementales (repas programmé, agenda de	Peut également être utile.

	soins)	
	Psychothérapie de groupe	Peut être basées sur des modèles cognitifs – comportementaux, interpersonnels, psychodynamiques, et / ou de soutien.. Peut aider le patient à gérer la honte qui entoure la maladie. Permet de fournir le soutien et des retours de ses pairs. Est plus utile si le conseil et la prise en charge alimentaire sont inclus dans le programme.
	Thérapies familiale et de couple	Devraient être envisagées en particulier pour les adolescents qui vivent avec leurs parents, pour les patients plus âgés en conflit permanent avec leurs parents, ou pour les patients en conflit conjugal.
	Outils d'auto-soutien, ressources en ligne, et modèles en 12 étapes	Peuvent être utiles pour certains patients.
NICE 2004 (120) Angleterre	Les professionnels de santé doivent savoir que la majorité des personnes souffrant de troubles alimentaires sont ambivalentes vis-à-vis de la prise en charge. Les professionnels de santé devraient également connaître les exigences qui en découlent et les défis que cela représente. (C) Les patients et, le cas échéant, les proches doivent être informés de la nature bien sûr et du traitement des troubles des conduites alimentaires. (C) Les professionnels de santé qui prennent en charge les enfants et les adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires doivent être attentifs aux indicateurs de violences (psychologique, physique et sexuelle) et devraient le rester pendant tout le traitement. (C) Les professionnels de santé qui travaillent avec les enfants et les adolescents souffrant de troubles alimentaires devraient se familiariser avec les directives nationales et les politiques de leurs employeurs dans le domaine de la confidentialité. (C) Hyperphagie boulimique Les patients doivent être informés que tous les traitements psychologiques de l'hyperphagie boulimique ont un effet limité sur la perte de poids. (A) Pour les patients souffrant d'hyperphagie boulimique, en plus des traitements psychologiques, il faudrait également envisager des interventions simultanées ou consécutives mettant l'accent sur la prise en charge de l'obésité comorbidité. (C)	

Tableau 19. Synthèse des recommandations internationales sur la prise en charge de la famille du patient

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	1.1.10 Être conscient que les membres de la famille ou l'entourage d'un patient souffrant de troubles des conduites alimentaires peuvent ressentir une grande détresse. Leur proposer d'évaluer leurs propres besoins tout au long du traitement du patient, incluant : - l'impact du trouble des conduites alimentaires sur eux et leur santé mentale ; - le support dont ils ont besoin, incluant support pratique et projets d'urgence si le patient souffrant d'un trouble des conduites alimentaires a un fort risque médical ou psychiatrique. 1.1.11 Si besoin, fournir des bilans écrits aux membres de la famille ou représentants qui ne peuvent pas assister aux rendez-vous d'évaluation ou traitement d'un patient souffrant d'un trouble des conduites alimentaires.
American Psychiatric Association 2006 (53) États-Unis	Évaluer les questions concernant la famille et obtenir son soutien : - identifier des antécédents familiaux de troubles des conduites alimentaires, d'autres troubles psychiatriques, et d'obésité ; - évaluer la dynamique familiale (par exemple, la culpabilité, le blâme) et les attitudes envers l'alimentation, l'exercice et l'apparence ; - identifier les réactions de la famille par rapport au trouble du patient et le fardeau de la maladie pour la famille. Fournir une éducation sur le trouble des conduites alimentaires du patient et son traitement : - donner des conseils directs et des informations au patient en impliquant les membres de sa famille ; - proposer des ressources telles que des livres d'auto-assistance et des informations communautaires sur Internet ; - avertir sur les sites Internet potentiellement nuisibles qui encouragent des modes de vie alimentaires désordonnés.

4. Repérage

Par définition, le repérage est réalisé chez des individus appartenant à une population à risque ou présentant des signes d'appel de la pathologie. C'est sur ce point qu'il se différencie du dépistage, acteur de la prévention secondaire qui intervient à un stade de l'évolution de la maladie où elle est détectable mais cliniquement silencieuse (121). Les bénéficiaires d'un dépistage sont par définition asymptomatiques.

La balance bénéfices / risques du dépistage systématique des troubles des conduites alimentaires n'est pas établie. En effet, le dépistage des troubles des conduites alimentaires en population générale ou en soins primaires n'a pas fait la preuve de son efficacité en termes d'évolution de la maladie (122). De plus, il présente des risques de type « étiquetage », non quantifiés (123). Cette théorie sociologique de l'étiquetage ou *labelling effect* explique que le fait d'identifier un trouble du comportement, ici alimentaire, comporte le risque d'identifier la personne à ce trouble, voire peut favoriser son émergence. L'étiquetage du trouble pourrait alors augmenter le risque qu'il se maintienne, voire s'autonomise.

4.1 Recommandations internationales

Les stratégies et les outils proposés sont variables. Dans les recommandations internationales (50-53, 115, 117, 124), les recommandations sont généralement formulées pour tous les troubles des conduites alimentaires. Nous n'avons pas considéré les recommandations ciblant exclusivement les patients anorexiques, mais avons laissé les éléments les concernant quand elles étaient associées à des recommandations pour tous les troubles des conduites alimentaires.

La plupart des recommandations internationales ne précisent pas quel professionnel de santé doit repérer (voir tableau 20). Un trouble des conduites alimentaires peut être repéré dans tous les lieux de prise en charge, en particulier en soins premiers et secondaires et dans le champ médico-social et éducatif (50).

Il est recommandé de profiter de toute occasion pour faire une évaluation complète et détecter les habitudes alimentaires ou à risque de trouble des conduites alimentaires ou signes d'alerte (52).

Ces données sont présentées dans le tableau 20.

Tableau 20. Synthèse des recommandations internationales sur le repérage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique

Auteur, référence, pays	année,	Recommandations
NICE Royaume-Uni Royaume-Uni	2017 (50)	1.1.4 Lors de l'évaluation d'un patient avec un trouble des conduites alimentaires suspecté, se renseigner sur ce que le patient et sa famille ou son représentant savent sur les troubles des conduites alimentaires et discuter s'il y a des idées fausses. 1.1.5 Donner au patient souffrant de trouble des conduites alimentaires et sa famille, éducation et information sur : - la nature et les risques du trouble des conduites alimentaires et comment il peut les affecter ; - les traitements disponibles et leurs probables bénéfices et limites.

	1.1.6 Lors des discussions avec un patient souffrant de trouble des conduites alimentaires et sa famille : - aborder la question du poids et de l'apparence de manière délicate ; - être conscient que la famille et l'entourage peuvent se sentir coupables et responsables du trouble des conduites alimentaires ; - se montrer empathique, compréhensif et respectueux ; - fournir des informations dans un format qui leur est accessible et s'assurer qu'ils les comprennent. 1.1.7 S'assurer que les patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires et leurs parents ou représentant comprennent le but des rendez-vous et les raisons du partage d'informations sur leurs soins. 1.2.1 Les patients souffrant de trouble des conduites alimentaires doivent être évalués et pris en charge le plus précocement possible. 1.2.3 Être conscient que les troubles des conduites alimentaires sont présents dans différents cadres, incluant : - structures de soins primaires et secondaires (dont hôpitaux de soins aigus) ; - structures de soins sociaux ; - études supérieures ; - monde professionnel 1.2.4 Bien que les troubles des conduites alimentaires puissent se développer à tout âge, être conscient que le risque est majoré pour les jeunes entre 13 et 17 ans. 1.2.5 Ne pas utiliser d'outils de dépistage (par exemple SCOFF) comme seule méthode diagnostique de trouble des conduites alimentaires. 1.2.6 Pour l'évaluation d'un trouble des conduites alimentaires ou la décision d'adresser un patient pour évaluation d'un trouble des conduites alimentaires, tenir compte d'une de ces conditions : - un IMC ou un poids corporel anormalement haut ou bas pour son âge ; - une perte de poids rapide ; - conduites alimentaires restrictives ou de régime (comme faire un régime alors que le patient est en sous-poids) qui inquiètent le patient, sa famille ou des professionnels ; - membres de la famille ou entourage rapportant un changement dans les conduites alimentaires ; - retrait social, particulièrement dans les situations impliquant l'alimentation ; - autres problèmes de santé mentale ; - une préoccupation disproportionnée pour son poids ou sa silhouette (par exemple, préoccupations pour une prise de poids secondaire à un traitement contraceptif) ;
--	--

	- difficultés à gérer une maladie chronique affectant l'alimentation, comme le diabète ou la maladie de Coéliqua ; - perturbations menstruelles ou endocrines, ou symptômes gastro-intestinaux inexpliqués ; - signes physiques de : • dénutrition, incluant faible circulation, vertiges, palpitations, malaises ou pàleur, • comportements compensatoires, incluant l'abus de laxatifs ou de pilules minceur, des vomissements ou une activité physique excessive. - douleurs abdominales associées aux vomissements ou restrictions alimentaires, et qui ne peuvent pas être totalement expliquées par une pathologie médicale ; - déséquilibre électrolytique ou hypoglycémie inexpliqué ; - usure dentaire atypique (comme érosion) ; - fait de participer à des activités facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires. 1.2.8 Ne pas utiliser de mesures uniques comme l'IMC ou la durée de la maladie pour déterminer le traitement du trouble des conduites alimentaires. 1.2.9 Les professionnels de santé mentale ou services aigus en soins primaires et secondaires doivent évaluer les points suivants chez un patient avec trouble des conduites alimentaires suspecté : - son état de santé physique, incluant l'examen des effets somatiques de la dénutrition ou des comportements compensatoires comme les vomissements ; - la présence de troubles psychiatriques, fréquemment associés aux troubles des conduites alimentaires, incluant dépression, anxiété, auto-mutilations et TOC ; - la possibilité d'abus d'alcool ou autres substances. Le besoin de soins urgents pour des patients avec une santé physique en péril ou un risque suicidaire
<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 2015 (124) États-Unis	Les soignants de santé mentale doivent évaluer tous les enfants et adolescents pour dépister des troubles des conduites alimentaires (niveau de preuve : <i>clinical standard</i>). Un repérage positif du trouble des conduites alimentaires doit être suivi par une évaluation diagnostique complète, incluant un bilan biologique et des études d'imagerie (niveau de preuve : <i>clinical standard</i>).
Forum Med Suisse 2013 (51) Suisse	Les professionnels en psychiatrie (soins premiers et secondaires) doivent évaluer les éléments suivants s'ils suspectent un trouble des conduites alimentaires : - santé physique, incluant les éléments physiques de dénutrition ou de comportements compensatoires, tels que les vomissements ; - la présence de symptômes psychiques souvent associés aux troubles des conduites alimentaires incluant dépression, anxiété, automutilation et TOC, abus d'alcool ou substances ; - le besoin de soins urgents pour les gens dont la santé physique est compromise ou avec un risque suicidaire. En cas de suspicion de boulimie ou d'hyperphagie boulimique, la prise en

	charge doit proposer une consultation (51) et une recherche de l'anamnèse. En cas de suspicion de trouble des conduites alimentaires, le diagnostic médical comporte au minimum les mesures de la taille et du poids corporels, de la pression artérielle et du pouls. Utiliser des guides d'entretiens structurés spécifiques aux troubles des conduites alimentaires, tels que l'EDE, le SIAB-EX pour les troubles de type boulimique ou d'autres tels que l'EDE-Q. Dans le contexte de la médecine générale, il convient d'accorder une attention particulière aux caractéristiques : pensées principalement orientées sur des considérations liées à la silhouette, au poids et à l'alimentation ; l'image corporelle a une grande importance dans le sentiment d'amour-propre du patient ; le patient présente un comportement alimentaire très restrictif ou déstructuré et a mis en place des mesures draconiennes visant à contrôler le poids corporel. La présence d'un trouble des conduites alimentaires doit être contrôlée à l'aide des critères d'un système de classification opérationnel : CIM-10 ou DSM-IV-TR/ DSM-5 ou guides d'entretiens structurés spécifiques aux troubles des conduites alimentaires, tels que l'EDE, le SIAB-EX pour les troubles de type anorexique ou boulimique ou d'autres tels que l'EDE-Q.
Herpertz <i>et al.</i> 2011 (117) Allemagne	Critères de repérage d'un trouble des conduites alimentaires : faible poids, aménorrhée ou infertilité, dommages dentaires, particulièrement chez les jeunes patients, inquiétudes à propos du poids, même s'il est dans les normes, tentatives échouées de perte de poids chez des patients en surpoids ou obèses, troubles gastro-intestinaux qui ne peuvent pas être attribués à une autre cause médicale, retard de croissance chez les enfants, parents inquiets à propos du poids et du comportement alimentaire de leur enfant. Questions de dépistage d'un trouble des conduites alimentaires : « Êtes-vous satisfait de votre comportement alimentaire ? » « Êtes-vous inquiet à propos de votre poids ou de votre alimentation ? » « Votre poids affecte-t-il votre estime de soi ? » « Êtes-vous inquiet à propos de votre apparence ? » « Mangez-vous en secret ? » « Vomissez-vous lorsque vous vous sentez inconfortablement rassasié ? » « Êtes-vous inquiet car parfois vous ne pouvez pas vous arrêter de manger ? » Considérations diagnostiques chez des patients souffrant de boulimie nerveuse : • antécédents familiaux de troubles des conduites alimentaires ou comportement liés à l'alimentation ; • antécédents du patient en termes de négligence émotionnelle, d'expérience de violence physique ou sexuelle, de problèmes d'estime de soi et de contrôle d'impulsivité, de régime alimentaire, et de préoccupation excessive pour son corps. Comorbidités psychiatriques, en particulier troubles anxieux (surtout phobie sociale), dépression, abus ou dépendance de substance, et troubles de la personnalité.
<i>American Psychiatric Association</i> 2006 (53)	Utiliser les critères du DSM-IV-TR pour le diagnostic et l'identification des symptômes et des comportements cibles.

États-Unis	
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research 2009 (52)</i> Espagne	Lors d'un entretien avec un patient suspecté de souffrir d'un trouble des conduites alimentaires, il est important de tenir compte de l'absence de prise de conscience de la maladie par le patient, la tendance à nier le trouble et la rare motivation à changer, ces réactions étant plus prononcées dans les premiers stades de la maladie. (Niveau de preuve : consensus d'experts). - Il est recommandé de suivre les critères diagnostic WHO (CID-10) et APA (DSM-IV ou DSM-IV-TR). (Niveau de preuve : consensus d'experts). - Il est recommandé que le diagnostic de trouble des conduites alimentaires inclue l'anamnèse, des examens physiques et psychopathologiques et des explorations complémentaires. (Niveau de preuve : consensus d'experts). - La confirmation du diagnostic et les implications thérapeutiques de diagnostic doivent être entre les mains des psychiatres et des psychologues cliniciens. (Niveau de preuve : consensus d'experts) Il est recommandé d'utiliser des questionnaires adaptés et validés dans la population espagnole pour l'évaluation des troubles des conduites alimentaires. À l'heure actuelle, les instruments spécifiques suivants pour les troubles des conduites alimentaires sont recommandés : EAT, EDI, BULIT, BITE, SCOFF, ACTA et ABOS (la sélection de la version doit être fondée sur l'âge du patient et d'autres critères d'application). Pour évaluer les aspects liés aux troubles de l'alimentation, les questionnaires suivants sont recommandés : BSQ, BIA, BAT, BES et CIMEC (la sélection de la version devrait être fondée sur l'âge et d'autres critères d'application). (Niveau de preuve : consensus d'experts).
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	Les équipes de soins primaires doivent commencer avec un questionnement opportuniste (et des questions non menaçantes) puis secondairement utiliser un questionnaire reconnu pour le dépistage de troubles des conduites alimentaires.

4.2 Synthèse des données de la littérature

4.2.1 Intérêt du repérage

Aucune donnée sur l'intérêt du repérage n'a été retrouvée spécifiquement sur la boulimie et l'hyperphagie boulimique, toutes les études considérant les troubles des conduites alimentaires sans distinction.

Seule une minorité des personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique est soignée pour ces troubles comme en témoignent les études épidémiologiques (voir chapitre épidémiologie). Les facteurs limitant le repérage sont :

- la méconnaissance des troubles et de leurs manifestations par les patients eux-mêmes, par les professionnels de santé et les systèmes de santé scolaire (125, 126) ;
- la honte liée à ces troubles qui est responsable d'une sous-déclaration des patients.

4.2.2 Le repérage doit-il être précoce ?

Les études sur l'intérêt du repérage précoce de ces troubles sont rares.

Quelques études sont en faveur d'un repérage précoce de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique du fait de la gravité et la durée de la maladie :

- le pronostic des patients atteints de troubles des conduites alimentaires est amélioré par une prise en charge rapide après le début de la maladie et un suivi prolongé (107, 127-129) ;
- une étude en médecine générale aux Pays-Bas identifiant le repérage à un âge précoce (avant 19 ans) comme facteur prédictif d'une meilleure évolution (130).

4.2.3 Chez qui repérer, sur quels éléments cliniques : population à risque, signes d'appel

Comme cela apparaît dans les recommandations internationales (voir tableau 20), ce repérage est réalisé chez des personnes appartenant à une population à risque (populations chez lesquelles les facteurs de risque sont présents et / ou la fréquence du trouble est la plus importante), ou présentant des signes d'appel de la pathologie (131).

Kondo *et al.* ont notamment relevé les signes d'appel suivants : signe de Russell (dos de la main), caries dentaires, angle sous mandibulaire gonflé (glandes salivaires grossissent, particulièrement chez les jeunes patients) (58).

La fréquence de ces troubles étant plus importante chez les sujets adolescents ou jeunes adultes, il faut d'autant plus penser à ces troubles dans cette population en cas de signe d'appel.

4.2.4 Instruments de repérage existants

Plusieurs instruments sont évoqués pour repérer la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Certains sont spécifiques de la boulimie / hyperphagie boulimique :

- BULIT (Bulimia Test) (boulimie nerveuse) ;
- BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh, boulimie nerveuse pour patients âgés de plus de 12-13 ans).

D'autres sont destinés à identifier les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires, sans en spécifier le type.

La sélection de l'outil doit être fondée sur l'âge du patient et ses critères d'application.

- SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat) (132);
- EAT (Eating Attitude Test) (133, 134);
- EDI (Eating Disorder Inventory) (134, 135).;
- ABOS (52, 136).

Les recommandations allemandes proposent d'associer certaines questions du SCOFF avec celles de l'ESP, sans que ce nouveau questionnaire n'ait été a priori validé (117) :

- « Êtes-vous satisfait de votre comportement alimentaire ? » ;
- « Êtes-vous inquiet à propos de votre poids ou de votre alimentation ? » ;
- « Votre poids affecte-t-il votre estime de soi ? » ;
- « Êtes-vous inquiet à propos de votre apparence ? » ;
- « Vous arrive-t-il de manger en cachette ? » ;
- « Vomissez-vous lorsque vous vous sentez inconfortablement rassasié ? » ;
- « Êtes-vous inquiet car parfois vous ne pouvez pas vous arrêter de manger ? ».

Une récente revue systématique de la littérature avait pour objectif d'identifier le meilleur outil de repérage des troubles des conduites alimentaires validé en soins primaires (SP) (131), en particulier en médecine générale.

Elle a différencié trois catégories d'outils : les instruments dimensionnels, les instruments dits brefs et les instruments à destination de populations d'athlètes.

Onze outils dimensionnels ont été retrouvés, une grande majorité a prouvé leur validité mais ils n'étaient pas adaptés aux soins premiers (131).

Douze outils de repérage brefs ont été identifiés, parmi lesquels le SCOFF (137), qui était le plus étudié et l'ESP (138) qui avait les meilleures propriétés psychométriques. Ce sont les deux tests qui ont été retenus. Ils étaient les deux seuls à dépister tous les types de troubles des conduites alimentaires avec pour valeur seuil un score ≥ 2 .

Les trois outils destinés à des populations spécifiques d'athlètes (le PST (139), le FAST (140) et l'AMDQ (141)), tous américains, étaient spécifiques de leur système scolaire.

► Description du SCOFF et de l'ESP (tableau 21)

Le seul instrument traduit et validé en Français est le SCOFF (SCOFF-F dans sa version française) (142). Il présente une bonne validité apparente : ses cinq questions sont compréhensibles et la durée de passation acceptable. La version française du SCOFF a démontré d'excellentes propriétés psychométriques avec des valeurs similaires obtenues séparément pour l'anorexie nerveuse et la boulimie nerveuse. Il est validé à la fois comme hétéroquestionnaire et comme autoquestionnaire. Cette dernière forme pourrait être plus précise. Les scores étaient plus élevés avec l'administration écrite, indiquant peut-être une meilleure divulgation par écrit. La valeur seuil optimale du SCOFF était 2. Le SCOFF semblait moins sensible dans la détection des TCA non spécifiés autrement que pour l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse (143). Le SCOFF avait une fiabilité test-retest modérée et une fiabilité acceptable. La validité de contenu était bonne avec un accord de 86 à 100 % parmi les experts pour la pertinence du contenu. Les coefficients de validité du SCOFF variaient en fonction de l'âge et le poids des participants.

L'ESP contient aussi cinq questions. Il excluait un trouble alimentaire avec une ou aucune réponse anormale et en indiquait un avec trois ou plusieurs réponses anormales. L'ESP avait d'excellentes propriétés psychométriques, un seuil $\geq$ de deux ou plus de réponses anormales donnait une sensibilité de 100 %, supérieure à celle du SCOFF (78 %) et une spécificité inférieure à celle du SCOFF (71 vs 88 %). Les rapports de vraisemblance associés étaient : RV + 3,4 et RV - 0,0. Pour le SCOFF avec la même valeur seuil, les rapports de vraisemblance associés étaient : RV + 6,6 et RV - 0,25. Les valeurs prédictives n'étaient pas calculées (82). Avec une ou aucune réponse anormale, l'ESP avait un rapport de vraisemblance positif de 0,0 (IC 95 % 0,0 à 0,15) et le SCOFF avait un rapport de vraisemblance positif de 0,25 (IC 95 % 0,12 à 0,51). Trois ou plus de réponses anormales à l'ESP donnaient un rapport de vraisemblance positif de 11 (IC 95 % 6,4 à 18). De même, quatre ou plus de réponses anormales au SCOFF donnaient un rapport de vraisemblance positif de 11 (IC 95 % 1,9 à 62).

Considérant les propriétés psychométriques de tests et la longueur de passation, il semble pertinent de recommander, dans le cadre du repérage et en soins premiers, l'utilisation du SCOFF-F (pour le SCOFF en français) (131), mais il n'est validé que chez les adultes. L'ESP semble être une alternative au SCOFF pour le dépistage des troubles des conduites alimentaires en soins premiers mais n'a pas de version française validée. L'ESP est plus performant que le SCOFF pour exclure un trouble des conduites alimentaires. Il est aussi possible d'utiliser les questions suivantes, en particulier dans les populations spécifiquement à risque : « Pensez-vous avoir un problème d'alimentation ? » et « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? » (50).

Les variables utiles pour identifier les individus à risque de troubles des conduites alimentaires sont :

- des items évaluant les attitudes associées aux troubles des conduites alimentaires (préoccupation de la minceur, du poids et de la silhouette, peur de la prise de poids) ;
- des items évaluant les comportements associés aux troubles des conduites alimentaires (les comportements compensatoires tels que les comportements de purge, la fréquence des vomissements pour le contrôle du poids ou de l'hyperphagie boulimique) (144-147).

Tableau 21. Présentation du SCOFF et de l'ESP (la traduction française de l'ESP est à titre indicatif – elle n'a pas été validée en français)

<i>SCOFF-F</i> 1) Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ? 2) Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? 3) Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ? 4) Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? 5) Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? 1 point par réponse positive, seuil ≥ 2	<i>ESP</i> 1) Êtes-vous satisfait de votre comportement alimentaire ? (<i>Are you satisfied with your eating patterns?</i>) 2) Vous arrive-t-il de manger en cachette ? (<i>Do you ever eat in secret ?</i>) 3) Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? (<i>Does your weight affect the way you feel about yourself ?</i>) 4) Quelqu'un de votre famille a-t-il déjà souffert d'un trouble alimentaire ? (<i>Have any members of your family suffered with an ED ?</i>) 5) Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert dans le passé d'un trouble des conduites alimentaires ? (<i>Do you currently suffer with or have you ever suffered in the past with an ED ?</i>)
---	---

4.2.5 Professionnels cibles pour le repérage

Les études ont montré que les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale au cours des cinq années précédant le diagnostic. Les motifs retrouvés sont principalement des plaintes somatiques diverses, souvent non explicitement reliées à un trouble des conduites alimentaires (148), incluant des symptômes gastro-intestinaux et gynécologiques (149, 150) ; et des symptômes psychologiques et psychiatriques (151). Quand un trouble est identifié, une prise en charge la plus rapide possible doit être proposée (142, 152, 153).

Outre les intervenants en soins premiers (médecins généralistes, pédiatres, médecins nutritionnistes, services de médecine scolaires et universitaires (154), médecine du travail), le repérage peut être fait par les chirurgiens-dentistes : du fait de l'érosion liée aux vomissements répétés (52) ; et par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des complications ou des comorbidités (voir plus haut : gynécologue, gastro-entérologue, psychiatres, etc.).

Les autres professionnels (éducateurs, professeurs de sport, ...), le personnel scolaire, les parents, et tout intervenant présent auprès des jeunes adultes au moment des repas (155, 156) peuvent aussi participer au repérage.

4.3 Recommandations sur le repérage

Avis du groupe de travail

Intérêt du repérage

Comme cela a été présenté dans les paragraphes précédents, la balance bénéfices / risques du dépistage systématique des troubles des conduites alimentaires n'est pas établie, le dépistage des troubles des conduites alimentaires en population générale ou en soins primaires n'ayant pas fait la preuve de son efficacité.

De plus, un dépistage systématique présente des risques d'étiquetage potentiellement délétère.

Afin d'éviter ce risque d'étiquetage, le groupe de travail se positionne en faveur du repérage des troubles des conduites alimentaires chez les patients présentant des signes d'alerte, particulièrement dans les populations à risque. Cette position est à l'inverse de celle des recommandations espagnoles (52) et de l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (124). Ces dernières recommandent un dépistage systématique de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique chez tous les enfants et adolescents.

Méthodes et outils

Les outils peuvent constituer une aide au repérage pour les professionnels peu familiers avec ces troubles et faciliter la communication entre professionnels de santé, notamment lors de l'adressage ou du suivi, mais ils sont limités. Par exemple, le SCOFF ne permet pas d'évaluer le sentiment de perte de contrôle et n'est pas validé chez les adolescents dans sa version française. Comme le rappellent les recommandations du NICE (50), ces instruments ne doivent pas être la seule modalité d'évaluation du diagnostic.

Le groupe de travail propose les questions ouvertes spécifiques suivantes, par exemple :

- « Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ;
- « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? » ;
- « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? ».

Professionnels cibles

Les intervenants en soins premiers ont une place privilégiée (médecins généralistes, pédiatres, services de médecine scolaires et universitaires, médecine du travail).

Du fait des demandes de régimes fréquentes dans ces populations, les diététiciens et les médecins nutritionnistes sont en première ligne pour le repérage de ces troubles.

Comme ce repérage peut se faire sur les signes d'appels ou les comorbidités, sont également concernés : les chirurgiens-dentistes, les gastro-entérologues et les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes, les psychiatres et tous les soignants en santé mentale.

Recommandations

Le repérage et la prise en charge précoces de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique sont recommandés pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales.

Compte tenu du vécu douloureux des patients souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique, lié notamment au sentiment de honte et à la stigmatisation, il est recommandé de faire particulièrement preuve de bienveillance et d'empathie lorsque l'on recherche ces troubles.

Garder à l'esprit qu'une personne souffrant de boulimie présente le plus souvent un IMC normal. En revanche, les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité.

Être conscient que le risque d'apparition de boulimie et d'hyperphagie boulimique est plus élevé chez les adolescents et jeunes adultes, mais que ces troubles peuvent exister chez des sujets plus jeunes ou plus âgés.

Population cible

La boulimie est plus fréquente chez les femmes mais peut aussi exister chez les hommes. Un repérage de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique est recommandé dans les situations à risque suivantes² :

Population

- Jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes ;
- antécédents familiaux de TCA ;
- activités professionnelles ou loisirs à risque (pour la boulimie) :
 - mannequins,
 - disciplines sportives à catégorie de poids ou nécessitant le contrôle du poids (gymnastique, danse, en particulier classique, athlétisme, natation synchronisée, culturisme, courses hippiques / jockey, etc.), notamment de niveau de compétition.

Situations à risque

Antécédents de troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale,)

Affections somatiques

- Variations pondérales rapides sans cause organique retrouvée, et surpoids ou obésité d'évolution défavorable inexpliquée lors d'une prise en charge ;
- pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, toute autre affection impliquant un contrôle alimentaire important (diabète de type II, qui peuvent aussi compliquer une hyperphagie boulimique, maladie cœliaque...) ;
- perturbations des menstruations, aménorrhée, troubles de la fertilité ;
- plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit ;
- vomissements répétés inexpliqués ;
- hypokaliémies inexpliquées ;
- problèmes dentaires inexpliqués, en particulier érosion dentaire.

Manifestations psychologiques

- Tentatives de suicide, automutilations ;
- addictions, abus de substances psychoactives (alcool en particulier) ;
- troubles anxieux et troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires) ;
- troubles de la personnalité dont la personnalité limite ;
- troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
- psychotraumatismes (abus sexuels, maltraitances...).

Signes cliniques d'appel

² Les situations spécifiques à l'un des trouble (boulimie ou hyperphagie boulimique) sont mentionnées entre parenthèses à côté de l'item concerné

- Demande de régime amaigrissant ou de perte de poids ;
- habitudes alimentaires restrictives, exclusions alimentaires, recours inapproprié aux produits ou méthodes dits « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, « détox », usage inapproprié de laxatifs, diurétiques, compléments alimentaires ;
- inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire ;
- exercice physique excessif ;
- préoccupations excessives autour du poids ou de la corpulence, particulièrement en cas d'IMC normal ou bas (boulimie) ;
- angle sous mandibulaire gonflé (parotidomégalie), signe indirect de vomissements (boulimie) ;
- signe de Russell (abrasions au dos de la main liées aux vomissements - boulimie).

Rechercher systématiquement une **hyperphagie boulimique** :

- en cas de situation de surpoids ou d'obésité ;
- en cas de demande de chirurgie bariatrique ;
- en cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique ;
- en cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).

Méthode de repérage recommandée

Le repérage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique repose :

Soit sur une évaluation clinique globale qui peut inclure des questions spécifiques, par exemple :

- « Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ;
- « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? » ;
- « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? » ;
- « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? ».
- Soit sur l'utilisation d'un questionnaire court adapté et validé (SCOFF-F, ESP, ...).

Chez les adolescents et jeunes adultes il est recommandé de faire une consultation en plusieurs temps, permettant de les voir à la fois avec et sans les parents (ou accompagnants).

5. Évaluation initiale, initiation des soins

5.1 Évaluation initiale : modalités et contenu

5.1.1 Synthèse des recommandations internationales

► Bilan somatique initial recommandé

Voir tableau 22.

Tableau 22. Synthèse des recommandations internationales sur le bilan somatique initial	
Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	Ces recommandations ne décrivent pas en détail l'examen clinique mais décrivent les complications somatiques appareil par appareil (cf. tableaux précédents).
NHS 2007 (157) Royaume-Uni	Pesée tous les 6 mois. Examen clinique annuel.
American Psychiatric Association 2006 (119) États-Unis	Évaluer l'état de santé général : - Constantes, poids, taille, examen cardio-vasculaire, examen dermatologique, scarifications (I) ; - calcul du BMI (I) ; - pendant le traitement : surveillance du poids, de la PA, FC (I) ; - examen dentaire si conduite de purge (I) ; - ostéodensitométrie si aménorrhée depuis 6 mois (I) ; - chez les plus jeunes : évaluation du développement pubertaire et développement général (I). • La prescription d'examens complémentaires doit dépendre de la clinique et de la décision thérapeutique qui en découlera (I). Pour la boulimie : Évaluation nutritionnelle indispensable même chez les patients de poids normaux pour prévenir les carences et répercussions somatique (I). Évaluer et suivre les symptômes et comportements des troubles des conduites alimentaires : - obtenir les antécédents de troubles des conduites alimentaires, incluant la réponse aux soins précédents ; - évaluer les comportements spécifiquement liés à l'alimentation par l'obtention d'un rapport détaillé de la prise alimentaire au cours d'une journée, l'observation du patient pendant un repas, et le recueil des aliments et / ou de liquides ingérés et évacués dans le cadre d'une prise en charge nutritionnelle ;

Tableau 22. Synthèse des recommandations internationales sur le bilan somatique initial	
	- envisager l'utilisation de mesures standardisées (par exemple, entretiens semi-structurés, échelles d'évaluation, questionnaires d'auto-évaluation) ; - évaluer les symptômes psychologiques associés (par exemple, pensées obsessionnelles en rapport avec le poids, la silhouette et l'alimentation) ; - explorer la compréhension du patient de la façon dont la maladie s'est développée et le rôle des difficultés interpersonnelles sur le déclenchement de la maladie, incluant les antécédents d'abus psychologiques, physiques, ou sexuels ; - identifier les facteurs de stress qui aggravent les symptômes du trouble des conduites alimentaires ; - identifier les conflits psycho dynamiques et interpersonnels pertinents ; - déterminer la vision du patient sur la présence de la maladie et sa motivation au changement. S'assurer que l'état de santé général du patient est évalué et surveillé : - veiller à ce qu'un examen physique soit effectué par un médecin connaissant les troubles des conduites alimentaires : signes vitaux, poids, taille et calcul de l'IMC ; - croissance et développement physiques et sexuels ; - système cardiovasculaire, incluant l'évaluation de la déshydratation, les arythmies cardiaques ou l'insuffisance cardiaque congestive ; - lanugo ; - augmentation de la glande salivaire ; - signe de Russell (cicatrisation sur dos de la main) ; - irritabilité ou faiblesse musculaire ; - preuve de comportements d'automutilation ; - examiner les résultats des examens dentaires ; - effectuer des analyses de laboratoire ; - évaluer et surveiller l'état psychiatrique du patient, y compris les conduites concomitantes et la sécurité : ▪ risque d'automutilation : évaluer les idées suicidaires actuelles, un plan ou l'intention de passer à l'acte, incluant l'accès à des moyens de suicide, ▪ antécédents des idées suicidaires, tentatives de suicide, et le comportement en matière d'automutilation, ▪ présence de signes psychiatriques concomitants, symptômes ou conditions incluant : les symptômes et trouble de l'humeur, les symptômes et trouble d'anxiété, les obsessions et compulsions, l'abus de substances, les comportements impulsifs (y compris vol à l'étalage), les troubles de la personnalité.
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2014 (115)</i> Australie et Nouvelle-Zélande	Évaluation initiale doit comprendre (avis d'experts) : - un examen physique incluant la mesure du poids, de la taille, du calcul du BMI, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle. L'examen cardiovasculaire est fondamental ; - évaluation clinique par un médecin généraliste et évaluation dentaire par un dentiste.

5.1.2 Recommandations

Quand le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique est évoqué, il est recommandé de réaliser une évaluation clinique globale initiale comprenant les aspects somatiques – y compris dentaires, nutritionnels – et psychiatriques ; si besoin par des professionnels de spécialités

différentes. Un bilan biologique complètera l'évaluation, ainsi qu'un ECG, en cas de conduites de purge.

Cette évaluation a pour but d'identifier les risques physiques et psychologiques (y compris suicidaires), et les conséquences sociales.

Aborder avec précaution, empathie et bienveillance le sujet des troubles des conduites alimentaires, si besoin en plusieurs fois, et en ayant à l'esprit la difficulté des patients à parler de ce type de troubles.

► **Entretiens initiaux**

- Commencer par explorer le motif de la consultation, rechercher la demande ou la plainte du patient.
- Rechercher les traitements en cours.
- Reprendre l'histoire du développement des troubles.
- Réaliser un bilan nutritionnel et un bilan du trouble et de son retentissement ainsi que les troubles associés (somatiques, psychiatriques, social).
-
- Établir le bilan nutritionnel personnalisé.
- Rechercher les différents éléments d'une crise de boulimie ou d'hyperphagie boulimique :
 - Modalités :
 - déroulement : où, contexte, facteurs déclenchants (émotions, aliments) quand, comment,
 - quantité et type d'aliments et de boissons (potomanie, alcoolisations),
 - stratégies de contrôle du poids (conduites purgatives, etc.) ;
 - fréquence ;
 - culpabilité et honte associées ;
 - retentissement sur l'image du corps : insatisfaction liée au poids fréquente, indépendamment de l'IMC ;
 - retentissement sur le sommeil et l'humeur (idées suicidaires, en particulier post crises) ;
 - retentissement social et sur la sexualité ;
 - retentissement professionnel et financier.

► **Antécédents à rechercher**

- Antécédents de surpoids / obésité et / ou de variation rapide du poids chez tous patients souffrant de troubles des conduites alimentaires ; recherche de chirurgie bariatrique ;
- antécédents d'agression et de maltraitance ;
- antécédents individuels et familiaux psychiatriques et addictifs (cf. entretien psychiatrique ci-dessous) ;
- antécédents familiaux de TCA.

► **Examen physique / bilan somatique initial**

Il doit être aussi complet que possible et inclure un examen dentaire (à refaire tous les 6 mois en cas de vomissements), ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention, ainsi qu'un bilan gynécologique.

Les signes à rechercher à l'examen physique sont ceux liés aux complications des crises d'hyperphagie, aux stratégies de contrôle de poids ou au surpoids / obésité, détaillées dans le tableau 23.

- Évaluation staturo-pondérale : maigreur, surpoids, obésité.
 - Mesures anthropométriques : poids, taille, calcul de l'IMC → report sur les courbes.
 - Utiliser des courbes de croissance poids / taille, et corpulence (IMC) pour les enfants et adolescents et rechercher un retard statural.
 Remplir des courbes de suivi de la corpulence et / ou du poids chez les adultes.
- Examen cardio-vasculaire : recherche de palpitations, douleur thoracique, dyspnée, pression artérielle, pouls, ECG.
- Examen gastroentérologique : troubles digestifs hauts, douleurs abdominales, troubles du transit (diarrhée / constipation), signes d'hémorragie digestive.
- Examen dermatologique : scarifications, callosités sur le dos des mains (signe de Russell lié aux vomissements fréquents), symptômes de carences liées à la malnutrition (perte des cheveux, ongles cassants, perlèche...).
- Examen ophtalmologique : hémorragies sous-conjonctivales (liées aux efforts de vomissement).
- Examen musculaire : fatigabilité, crampes, fasciculations.
- Examen ORL : hypertrophie parotidienne (liée aux vomissements), perlèche.
- Examen endobuccal : état dentaire et muqueuses.
- Evaluation endocrino-gynécologique : recherche de troubles du cycle menstruels ; pour les plus jeunes : recherche d'un retard pubertaire.
- Bilan du retentissement de l'obésité le cas échéant.
- Bilan biologique initial (NFS, plaquettes, hémostase, ionogramme sanguin, créatinémie, réserve alcaline, glycémie à jeun).

Examens complémentaires

- En cas de vomissements :
 - prescrire un examen dentaire initial par un chirurgien-dentiste, et un suivi régulier ;
 - prescrire systématiquement un ECG et un ionogramme sanguin.
- En cas de surpoids ou d'obésité :
 - un bilan métabolique est recommandé (cf. Recommandations de la HAS sur le surpoids et l'obésité, et la chirurgie bariatrique (158, 159)) ;
 - la prise en charge du TCA doit être associée à celle de l'obésité.

Tableau 23. Complications spécifiques des crises de boulimie et des vomissements d'après Godart et al., 2009³

Signes cliniques	Signes paracliniques	Mécanismes physiopathologiques
Présentation générale Callosités sur le dos des doigts Hypertrophie parotidienne Déshydratation Faiblesse musculaire État dentaire précaire (caries, érosions, récessions gingivales) Pétéchies sur le visage, hémorragie conjonctivale	Ionogramme sanguin Hypokaliémie Alcalose hypochlorémique (vomissements) Acidose (laxatifs) hyperchlorhémique Hyperamylasémie	Vomissements (perturbations du ionogramme peuvent être aggravées par la prise de laxatifs et / ou diurétiques)

³ Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, et al. *Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature.* J Affect Disord 2007;97(1-3):37-49.

Signes cliniques	Signes paracliniques	Mécanismes physiopathologiques
État cardiaque et hémodynamique hypotension, palpitations	ECG Signes d'hypokaliémie	Vomissements, laxatifs, diurétiques
Appareil digestif Hypertrophie parotidienne Douleurs pharyngées Erythème ou ulcérations du pharynx Œsophagite Gastrite Douleurs abdominales Troubles du transit Reflux gastro-œsophagien, ulcère œsophagien Plus rarement : syndrome de Mallory-Weiss, achalasie de l'œsophage Exceptionnellement : rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée	Hyperamylasémie (examen non indiqué en routine)	Vomissements
Fonction rénale	Insuffisance rénale fonctionnelle Néphropathie tubulo-interstitielle avec acidose tubulaire de type 1 en cas d'hypokaliémie prolongée Insuffisance rénale terminale	Déshydratation Hypokaliémie chronique (vomissements, diurétiques)
Gynécologie Aménorrhée Oligoménorrhée spanioménorrhée Troubles ovulatoires Syndrome des ovaires polykystiques (syndrome associé)		Malnutrition perturbant l'axe gonadotrope (vomissements)
Sphère bucco-dentaire érosion de l'émail, caries		Vomissements

Examen psychiatrique

Il est recommandé d'évaluer et de surveiller :

- les antécédents d'idées suicidaires, tentatives de suicide ;
- les idées suicidaires actuelles, un plan ou l'intention de passer à l'acte, incluant l'accès à des moyens de suicide (le risque suicidaire est majoré chez les patients souffrant de boulimie nerveuse, d'autant plus en cas d'antécédents d'abus (psychologiques, physiques et sexuels) ou de troubles de la personnalité.) (Cf. recommandations HAS abordant le suicide⁴) ;
- les risques et comportements d'automutilation ;
- les comportements impulsifs ;
- les symptômes et troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire) ;
- les symptômes et troubles anxieux ;

⁴ La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge;

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

- les symptômes et troubles obsessionnels compulsifs ;
- les troubles de la personnalité (en particulier *borderline*) ;
- les addictions, les abus de substances ;
- le TDAH.

Face à des automutilations ou une forme très sévère de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique, penser à systématiquement investiguer les antécédents d'abus (psychologiques, physiques et sexuels) ou de troubles de la personnalité.

En cas d'obésité associée à des accès hyperphagiques, rechercher systématiquement un trouble du spectre bipolaire.

La recherche de symptômes de la schizophrénie doit être envisagée chez tous les patients de sexe masculin présentant un trouble des conduites alimentaires.

Évaluer le retentissement social des troubles (familial, relationnel, professionnel ou chez les jeunes sur la formation).

Diagnostics différentiels

En cas de signes cliniques associés, éliminer les causes d'hyperphagie secondaire d'origine organique :

- tumeur cérébrale (frontale) ;
- épilepsie partielle ;
- syndrome démentiel ;
- endocrinopathie (hyperthyroïdie, *cushing*...) ;
- syndrome de Kleine–Levin (préférentiellement chez les adolescents de sexe masculin qui associent des crises d'hyperphagie, une hypersomnie et des troubles du comportement sexuel).

Certaines hyperphagies peuvent être rencontrées dans d'autres troubles psychiatriques (accès maniaque, schizophrénie, psychose infantile). C'est l'entretien psychiatrique qui permettra d'éliminer le diagnostic.

Des crises de boulimie peuvent exister chez des sujets ne présentant pas tous les critères diagnostiques de boulimie, en particulier dans l'anorexie mentale (poids bas). Se reporter aux recommandations sur l'anorexie (1).

5.2 Initiation des soins

Les objectifs de la consultation d'initiation des soins sont :

- mettre en œuvre une alliance thérapeutique ;
- explorer la représentation et la compréhension des troubles par le patient ;
- informer sur la boulimie nerveuse ou l'hyperphagie boulimique en tant que trouble des conduites alimentaires.

Les éléments présentés dans ce chapitre concernant la relation de soins ne sont pas spécifiques au soin des personnes souffrant de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique. Cette question avait été abordée en détail dans les recommandations HAS sur l'anorexie mentale (1).

Une prise en charge n'a pas la même efficacité selon les patients et leurs attentes, ni selon la durée d'évolution de la maladie. Au moment où ils rencontrent une difficulté, tous les patients ne sont pas au même stade de changement : pré-contemplation (minimisation ou déni), contemplation (conscience du problème mais pas de volonté de changer), stade de l'action (prêt à s'engager

dans un processus de changement). Les personnes en stade de pré-contemplation évoluent moins que les autres (39 études, $N = 8238$, $d = 0,46$) (160). Les études montrent, en outre, l'intérêt d'adapter le choix des stratégies au stade de changement du patient. Il est recommandé en particulier de favoriser le travail sur la prise de conscience et l'expression émotionnelle pour mobiliser les personnes en phase de contemplation, et de favoriser le travail sur le développement des capacités et le développement comportemental quand les personnes sont au stade de l'action (47 études, $d = 0,70 - 0,80$) (160).

Une revue de la littérature sur l'intérêt de l'entretien motivationnel (décrit par Miller et Rollnick, 2013 (161)) dans le traitement des troubles des conduites alimentaires a confirmé que les entretiens motivationnels augmentent la préparation et la motivation au changement, réduisent le risque d'échappement aux soins particulièrement fréquent dans ce type de troubles.

Une revue de la littérature (162) évaluant l'intérêt du modèle transthéorique du changement de Prochaska (163) et de l'entretien motivationnel dans le traitement des troubles des conduites alimentaires conclut que l'utilisation de l'entretien motivationnel réduit la fréquence des crises de boulimie chez les patients souffrant d'hyperphagie boulimique et de boulimie.

Plus récemment, une revue de la littérature (164) évaluant l'impact des processus en œuvre au cours des prises en charges psychothérapeutiques des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires a mis en évidence que l'alliance thérapeutique et une plus grande motivation du patient sont associées à un meilleur pronostic en termes d'intensité des symptômes alimentaires.

5.2.1 Rappels sur les principes de l'alliance thérapeutique et les fondements de l'entretien motivationnel

L'objectif pour le soignant est de centrer la relation de soins sur le patient et non pas sur sa maladie (165), en tenant compte du contexte propre du patient.

Le soignant construit une relation durable, basée sur la confiance avec le patient et son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels (agences de santé, CPAM, mutuelles, etc.).

Il le fait :

- « en menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication ;
- en construisant et maintenant à travers ces contacts une relation avec le patient et / ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles ;
- en respectant les différentes législations et les codes déontologiques concernant les droits du malade et les devoirs du médecin ;
- en communiquant avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte ;
- en communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient. » (166)

5.2.2 L'instauration d'une alliance thérapeutique

Les fondements de l'alliance thérapeutique sont attribués à Sigmund Freud qui définit une bonne relation thérapeute-client : « Compréhension sympathique, affection et amitié sont les véhicules de la psychanalyse » (167). La définition a évolué au fur et à mesure du 20^e siècle, avec de nombreuses controverses.

Les dimensions de l'alliance thérapeutique sont décrites par la plupart des auteurs comme la collaboration, la négociation, la confiance, le lien affectif dans le but d'accomplir les objectifs fixés entre le soignant et le patient (168).

Dès les premières consultations, et en particulier dans l'abord du diagnostic de boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique, une collaboration active entre le patient et le médecin, basée sur une appréciation partagée des problèmes, permet un accord sur les solutions possibles et une prise en compte des problèmes du patient et ceux de sa famille, en évitant de prendre parti pour l'un ou l'autre (169). C'est dans un cadre souple que le projet de soins va s'établir avec le patient, afin de dépasser à la fois le déni du patient et les difficultés rencontrées par le médecin. Le partenariat est possible si le soignant considère qu'il est expert dans son domaine et s'il permet au patient d'être expert de sa situation.

Dans ce contexte de l'alliance thérapeutique, les principes de l'approche centrée sur la personne requièrent de la part du soignant une authenticité avec un objectif d'amélioration de la santé de la personne atteinte d'une maladie chronique telle que la boulimie nerveuse ou l'hyperphagie boulimique. Le changement peut s'opérer chez la personne si trois éléments sont présents (170) :

- la congruence : le soignant va établir une relation sans faux semblant avec la personne et agir en fonction de ce qu'il ressent et ce qu'il pense. Il doit s'interroger sur le projet du patient et si ce projet n'est pas en adéquation avec ses propres principes, il doit avoir l'honnêteté, pour lui-même et pour le patient, de ne pas s'engager dans le projet de soins, s'il le juge néfaste pour le patient par exemple ;
- l'empathie : pour Rogers, c'est la capacité pour le soignant de comprendre les sentiments et les émotions de la personne, sans se substituer à elle, afin de ne pas être envahi et de trouver la bonne distance ;
- le regard positif inconditionnel : la personne est acceptée telle quelle, quelles que soient son expérience et sa situation. Le soignant doit faire preuve de chaleur et d'encouragement ;
- la mise en place de ces principes nécessite des compétences en communication et des outils.

5.2.3 L'accompagnement du changement

L'objectif de ce chapitre est de décrire une posture que le soignant peut adopter pour la prise en charge des patients atteints de boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique et proposer un exemple d'outil pratique.

Il est à destination de l'ensemble des professionnels mais ne remplace pas une formation à l'entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel est défini par Miller et Rollnick comme un style de conversation collaboratif visant à renforcer les motivations propres de la personne et son engagement vers le changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Cela signifie que l'entretien motivationnel est un processus semi directif en mouvement. Les quatre processus qui le sous-tendent sont « séquentiels et récursifs », c'est-à-dire qu'ils vont se succéder tout en étant utilisés en même temps.

- L'engagement dans la relation : c'est le temps de l'alliance thérapeutique afin d'instaurer un climat de confiance mutuelle. C'est le temps de l'annonce du diagnostic qui doit être faite dans un équilibre entre un diagnostic clair mais pas enfermant ni restrictif.
- La focalisation : c'est la phase dédiée à l'explicitation des objectifs à court, moyen et long termes. Ce processus aide à clarifier la direction à donner après chaque consultation.
- L'évocation : c'est le temps pour le soignant de laisser la personne verbaliser ses arguments personnels pour changer. Les diagnostics de situation sont effectués par la personne, et le soignant va l'aider à les verbaliser pour mieux les intégrer.
- La planification : c'est le temps pour la personne de s'imaginer comment changer, et pas seulement les raisons pour changer. C'est aussi le moment où des changements peuvent s'opérer et où ils vont être rediscutés et valorisés par le soignant.

Tous ces processus ou phases nécessitent que le soignant contribue à faire émerger chez la personne « un discours-changement » ; c'est-à-dire des éléments du discours qui reflètent son envie de changer et les raisons de changer plutôt qu'un « discours-maintien » qui évoque les difficultés à s'en sortir. Il est inutile, voire contreproductif, de pousser contre sa volonté le patient au changement s'il n'a pas clairement verbalisé son désir de changer son comportement.

► L'application des principes de l'entretien motivationnel pour les patients souffrant de boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique

Chez les soignants

Plusieurs travaux suggèrent que les soignants et en particulier les médecins généralistes rencontrent des difficultés à la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires, voire un sentiment d'impuissance (171).

Le sentiment, ou la crainte de l'échec chez le soignant, peut conduire à une absence de diagnostic pour éviter de prendre en charge la personne malade, du fait de la complexité de la situation (172). Pourtant, les médecins généralistes ont conscience d'avoir un rôle fondamental à jouer dans la prise en charge des patients et de leur entourage, que ce soit dans les situations aiguës de crise ou dans celles chroniques (173). L'EM est un outil qui peut aider à dépasser ce sentiment d'échec initial.

Chez les patients

Pour les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires, la honte, le cercle vicieux de la culpabilité, les sentiments d'impuissance peuvent dominer. Le déni initial et l'ambivalence vis-à-vis d'un des symptômes sont un enjeu majeur dans l'établissement de la relation entre la personne, qui consulte souvent pour un autre motif, et le soignant (174).

Selon des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires, un soignant empathique, bienveillant, à l'écoute et disponible est un « modèle idéal » pour dépasser les obstacles à une demande de soins (175).

Concernant l'entourage familial, le soignant a un rôle d'interface à jouer. La prise en charge doit rester centrée sur la personne qui consulte. Le rôle du soignant est de comprendre les réticences éventuelles de l'entourage à la prise en charge. Pour cela, il lui est conseillé d'explorer de façon bienveillante la souffrance et l'état de santé psychique et physique de l'entourage, et si besoin les éloigner lors des consultations avec la personne souffrant de boulimie nerveuse (176, 177). L'entourage peut être identifié comme facilitateur de l'échange : il est alors une personne de confiance pour le soignant et la personne qui consulte et il peut participer à des consultations si la personne prise en charge le souhaite.

5.2.4 Recommandations internationales

Le tableau 24 présente la synthèse des recommandations sur la mise en œuvre de l'alliance thérapeutique.

Le tableau 25 présente la synthèse des recommandations internationales sur la place de l'entretien motivationnel.

Tableau 24. Synthèse des recommandations internationales sur l'accompagnement du patient et de sa famille et le développement de l'alliance thérapeutique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
<i>American Psychiatric Association</i>, 2006 (119)	Établir et maintenir une alliance thérapeutique : - améliorer l'alliance à travers des commentaires et des comportements empathiques, un regard positif, du réconfort et du soutien ; - être conscient que de nombreux patients peuvent, par honte, cacher certaines informations relatives à leurs comportements ; - fixer des limites claires ; - faire attention au contretransfert négatif ; - adapter et modifier les stratégies thérapeutiques en fonction de l'évolution de la maladie et de l'alliance, au cours du temps ; Évaluer les questions de la famille et obtenir leur soutien : - évaluer la dynamique familiale (par exemple, la culpabilité, le blâme) et les attitudes face à l'alimentation, l'exercice physique et l'apparence ; - identifier les réactions de la famille face au trouble des conduites alimentaires du patient et le poids qu'il représente pour la famille. Réaliser une évaluation de la famille et, si besoin, les prendre en charge : - pour les patients plus âgés, l'évaluation de la famille et leur participation peuvent être utiles et doivent être considérées au cas par cas [II] ; - impliquer les conjoints et les partenaires dans la prise en charge peut être hautement souhaitable [II]. <i>[I] Recommended with substantial clinical confidence</i> <i>[II] Recommended with moderate clinical confidence</i> <i>[III] May be recommended on the basis of individual circumstances.</i>
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i>, 2014 (115)	Impliquer la famille et d'autres personnes importantes : - à moins de contre-indications ou que le patient y soit opposé, la famille ou d'autres personnes importantes devraient être impliquées comme des partenaires dans le processus d'évaluation et de prise en charge ; - compte tenu de la charge considérable que le trouble des conduites alimentaires représente pour les membres de la famille, il est important que cette dernière reçoive du soutien et les informations appropriées.
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i>, 2009 (52)	Les membres de la famille, en particulier les frères et sœurs, devraient être inclus dans le plan de traitement individualisé des enfants et des adolescents atteints de troubles des conduites alimentaires. Les interventions familiales les plus courantes concernent le partage d'informations, des conseils sur la gestion des troubles des conduites alimentaires et l'amélioration de la communication. La motivation du patient devrait être encouragée par le biais d'interventions familiales. [D] <i>Grade of recommendation : A, B, C, D, depending on whether evidence quality is very high, high, moderate or low.</i>

Tableau 25. Synthèse des recommandations internationales sur la place de l'entretien motivationnel

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
<i>American Psychiatric Association</i> , 2012 (178)	Pas de recommandation formalisées mais l'argumentaire suivant : « Plusieurs études ont étudié l'intérêt potentiel d'inclure des stratégies motivationnelles dans la prise en charge : les résultats sont mitigés. Dans une étude de Katzman <i>et coll</i> (2010) portant sur 225 patients souffrant de boulimie randomisés, soit dans un groupe TCC ou dans un groupe motivationnel, à 1 et 2,5 ans de suivi, les patients se sont améliorés de manière significative, quelle que soit l'intervention, avec seulement des différences mineures entre les groupes.

5.2.5 Données de la littérature

La recherche bibliographique a porté sur les revues systématiques complétées par les essais randomisés contrôlés plus récents évaluant un programme d'entretien motivationnel dans des populations de patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.

Cinq revues systématiques ont été retrouvées traitant de cette question (162, 179-182).

Deux de ces revues seulement ont été retenues (180, 181), car elles satisfaisaient les critères de qualité méthodologique requis. Elles sont présentées dans le tableau 26. En plus de ces revues, un essai randomisé contrôlé publié plus récemment a été sélectionné (183). Il est présenté dans le tableau 27.

Les résultats des revues analysées sont difficiles à interpréter en raison de l'hétérogénéité des critères de jugement et des techniques d'entretien motivationnel et du fait de l'absence d'analyses spécifiques dans des sous-groupes de patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique. Les résultats suggèrent que l'entretien motivationnel entraîne une amélioration significative de la motivation au changement et de la détresse psychologique ; le résultat étant plus contrasté pour les autres critères de jugement centrés sur les symptômes de troubles des conduites alimentaires. L'essai randomisé analysé (183) mené chez une population de 47 patients souffrant de boulimie sans conduite de purge, ou d'hyperphagie boulimique, montre qu'un entretien motivationnel en début de prise en charge augmente significativement la motivation au changement et la confiance quant aux capacités de contrôle des crises d'hyperphagie (niveau 2).

Comme cela a été établi dans d'autres pathologies chroniques, l'entretien motivationnel peut, dans la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique, favoriser l'engagement dans les soins et leur poursuite. En effet, au moment où ils rencontrent une difficulté, tous les patients ne sont pas au même stade de changement: pré-contemplation (minimisation ou déni), contemplation (conscience du problème mais pas de volonté de changer), action (prêt à s'engager dans un processus de changement).

L'entretien motivationnel a pour objectif d'accompagner ces changements et de favoriser l'engagement dans les soins. Il permet, en outre, d'aider au choix thérapeutique (161, 184-187).

Tableau 26. Synthèse des revues systématiques sur l'entretien motivationnel

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Mac Donald <i>et al.</i> , 2012 (181) Niveau de preuve 3	Base de données : PsychInfo, Medline, Embase et Pubmed jusqu'à avril 2012. Mots clés : anorexie, anorexie nerveuse, boulimie, boulimie nerveuse, troubles des conduites alimentaires non spécifiés, hyperphagie boulimique, trouble des conduites alimentaires combiné à entretien motivationnel, thérapie motivationnelle, modèle trans théorique du changement, thérapie d'adhésion aux soins de thérapie cognitivo-comportementale.	Articles publiés et disponibles en anglais. Les études dont l'objectif principal est directement basé sur l'entretien motivationnel. Type d'études incluses : essais randomisés contrôlés. (P) Patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (boulimie nerveuse, anorexie nerveuse, hyperphagie boulimique).	Entretien motivationnel. C : <i>self-help</i> , prise en charge habituelle.	(1) Détresse psychologique. (2) Qualité de vie auto rapportée. (3) Stade de prochaska / motivation au changement. (4) Comportement alimentaire / attitudes / symptomatologie.	→ Treize études. Quatre études sur un diagnostic spécifique (deux anorexies nerveuses, une hyperphagie boulimique, une boulimie nerveuse), les autres diagnostics mélangés. Six études avec groupe témoin. → Interprétation difficile car : pas d'analyse en sous-groupe de patient (boulimie nerveuse, anorexie nerveuse, hyperphagie boulimique). Grande hétérogénéité des études ne permettant pas de faire une méta-analyse. → La plupart des études incluses retrouvent une amélioration significative de la motivation au changement sur le comportement cible et de la

					détresse psychologique. Le résultat étant plus contrasté pour les autres critères de jugements.
Knowles <i>et al.</i> , 2013 (180) Niveau 3	Bases de données : PsycINFO (2006 to 2011). Mots clés : “MI,” “motivational intervention,” “motivational enhancement therapy,” “motivational counseling,” “motivational assessment,” and “behavior/behavior change counseling” & “anorexia nervosa,” “bulimia nervosa,” “binge eating,” “eating disorders”.	(A) Articles publiés et disponibles en anglais. Essais comparatifs non randomisés, essais avant-après. Les études s'intéressent à l'efficacité d'interventions basées sur les méthodes et les principes de l'entretien motivationnel. (P) Les participants répondent aux critères d'un trouble alimentaire totalement ou partiellement.	(I) Entretien motivationnel. (C) Pas spécifié.	Score aux différentes échelles de motivation au changement.	→ Huit études observent une augmentation significative de la motivation à modifier les comportements à problèmes vis-à-vis des crises et notamment à diminuer le nombre de crises actuelles. Il y a peu de preuves concernant l'efficacité sur les comportements eux-mêmes (restrictifs et compensateurs). Limites : faible qualité méthodologique (pas de groupe contrôle systématique). Niveau de preuve faible.

Tableau 27. Essai randomisé contrôlé postérieur aux revues systématiques sur l'entretien motivationnel

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Objectif	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Commentaires et limites
Vella-Zarb <i>et al.</i> , 2015 (183) Niveau de preuve : 2	Essai randomisé contrôlé. Quarante-sept patients hyperphagie boulimique ou boulimie nerveuse – NP sont randomisés en deux groupes : - Soixante minutes d'entretien motivationnel puis manuel d'auto-support. - Soixante minutes de psychoéducation puis manuel d'auto-support. Évaluation en pré / post intervention puis à 1 mois et 4 mois	Comparer l'intérêt d'un entretien motivationnel avant la mise en place d'auto-support à un entretien de psychoéducation.	Population générale et étudiante : 47 patients souffrant de boulimie nerveuse - NP ou d'hyperphagie boulimique. Exclusion : abus d'alcool, idées suicidaires.	Une session d'entretien motivationnel de 60 minutes puis manuel d'auto-support (n = 24) vs une session de 60 minutes de psychoéducation puis manuel d'auto-support (n = 21).	1) Comportement et attitudes vis-à-vis de l'alimentation mesurés par le questionnaire <i>Eating Disorders Examination</i> (EDE-q). 2) Nombre de crises de boulimie. 3) Stade de prochaska / motivation au changement. Les critères de jugement sont évalués à 4 mois après la session.	L'entretien motivationnel améliore significativement la motivation au changement et la confiance quant aux capacités de contrôle des crises d'hyperphagie alors que la psychoéducation non (p < .001, taille d'effet modérée), 17). Amélioration globale de la symptomatologie alimentaire (EDE-Q) dans les deux groupes (p < .001,) et baisse du nombre de crises dans les deux groupes (p < .001,).	L'entretien motivationnel augmente significativement la motivation à changer le comportement à problèmes et la confiance en sa capacité à contrôler les compulsions alimentaires. Efficacité supérieure à une psychoéducation pour préparer au changement. Limites : pas de différenciation entre boulimie et hyperphagie boulimique ; pas de groupe témoin « sans intervention spécifique » ; difficile de discriminer dans

						Pas de différence significative entre les groupes pour l'EDE-Q et le nombre de crises entre les deux groupes	l'efficacité de ce qui est de l'intervention utilisée de ce qui est de la prise en charge habituelle, car entre l'intervention et l'évaluation à 4 mois les patients reçoivent le traitement habituel (tous les groupes avaient <i>a priori</i> la même prise en charge).
--	--	--	--	--	--	---	--

5.2.6 Avis et recommandations du GT

► Avis du groupe de travail

Les objectifs de la consultation d'initiation des soins sont :

- mettre en œuvre une alliance thérapeutique ;
- explorer la représentation et la compréhension des troubles par le patient ;
- informer sur la boulimie nerveuse ou l'hyperphagie boulimique en tant que trouble des conduites alimentaires.

Une fois le diagnostic posé et communiqué au patient, l'informer que ses troubles sont d'origine psychique, avec des conséquences somatiques, psychologiques et sociales potentiellement graves. Ce premier contact est crucial pour la mise en place de l'alliance thérapeutique et de la prise en charge. L'empathie, l'absence de jugement, la prise en compte de la souffrance et des peurs liées à la maladie et au traitement en sont les éléments clés.

Il est essentiel de comprendre que le changement intervient lorsqu'il est en cohérence avec les valeurs et les préoccupations d'une personne. Dans ce sens, l'exploration de l'ambivalence du patient est primordiale. L'entretien motivationnel permet d'augmenter la motivation en tout début de prise en charge, en première ligne notamment, pour faciliter l'orientation vers une prise en charge spécialisée.

L'entretien motivationnel nécessite une formation (cf. document HAS⁵).

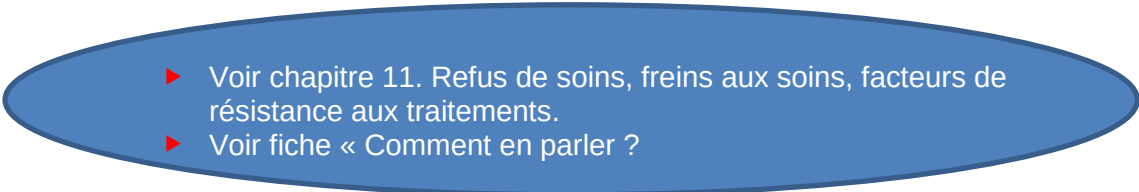
Recommandations

Il est recommandé :

- de nommer le trouble des conduites alimentaires avec tact et sans stigmatisation et de souligner qu'il est un mode d'adaptation comportementale à un mal-être ;
- d'informer sur les risques liés au trouble (chronicité, conséquences potentiellement graves à court et long termes) qui nécessitent des soins somatiques et psychiques ;
- d'informer sur les possibilités de guérison avec une prise en charge adaptée ;
- d'expliquer l'objectif des soins : traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions psychiques associées, restaurer un comportement alimentaire adapté, diminution des crises, avec des objectifs thérapeutiques plus larges : complications somatiques, psychiques, sociales et relationnelles.

Pour l'établissement d'une alliance thérapeutique, il est prioritaire d'instaurer une relation de qualité entre le praticien, le patient et aussi souvent que possible l'entourage, y compris chez les adultes.

Les entretiens motivationnels sont recommandés en cas de difficultés à s'engager dans les soins, et ce particulièrement dès les phases initiales de la prise en charge.

- 
- Voir chapitre 11. Refus de soins, freins aux soins, facteurs de résistance aux traitements.
 - Voir fiche « Comment en parler ? »

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf

6. Organisation du plan de soins

Le tableau 28 présente la synthèse des recommandations internationales sur l'organisation de la prise en charge.

Le tableau 29 présente la synthèse des recommandations internationales sur les critères d'orientation.

Le tableau 30 présente des recommandations internationales sur la prise en charge des troubles des conduites alimentaires chroniques (sans distinguer anorexie, boulimie ou hyperphagie boulimique).

Tableau 28. Synthèse des recommandations internationales sur l'organisation de la prise en charge

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni (Angleterre)	1.1.18 Accorder une importance particulière à la bonne coordination des services lorsque : - un jeune patient est transféré d'un service pédiatrique à un service d'adultes ; - plus d'un service est impliqué (comme des services d'hospitalisation et d'hôpitaux de jour, des services pédiatriques et familiaux, ou quand une comorbidité est prise en charge dans un autre service) ; - les patients ont besoins de soins dans des endroits différents à des moments différents de l'année (par exemple, étudiants à l'université).
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	Les soins pour les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires doivent être fondés sur un modèle pluridisciplinaire. Les équipes soignantes des troubles des conduites alimentaires doivent être en relation proche avec des services dentaires pour assurer aux patients souffrant de troubles des conduites alimentaires un accès aux soins dentaires appropriés. Le poids et la taille doivent être mesurés à intervalles réguliers chez les enfants et adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires et reportés sur une courbe de croissance. Il doit y avoir des accords de réciprocité entre les services spécialisés dans différentes zones géographiques afin d'assurer la continuité du traitement et d'éviter la perte de contact avec les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires. Une liaison étroite doit avoir lieu entre les services d'adolescents et d'adultes pour assurer le transfert à un stade approprié plutôt qu'à un âge limite arbitraire. Il doit y avoir un accord clair et de préférence écrit entre le patient, le médecin généraliste et le service de soins secondaires sur la nature et la fréquence du suivi.
American Psychiatric Association, 2006 (53) États-Unis	Collaborer avec d'autres cliniciens : fournir et / ou coordonner les soins. Collaborer avec les autres personnes impliquées dans les soins du patient, y compris les autres médecins, diététiciens, psychologues, et le personnel scolaire. Consulter les autres médecins spécialistes et les dentistes.

	Former et superviser le personnel inexpérimenté.
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research 2009 (52)</i> Espagne	Organisation des soins Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires doivent recevoir un niveau de soins approprié en fonction des critères cliniques : soins ambulatoires, les soins de jour (hôpital de jour) ou soins en milieu hospitalier (général ou de l'hôpital psychiatrique). (Niveau de preuve : D). Les soignants non spécialistes des troubles des conduites alimentaires ou qui sont confrontés à des situations incertaines doivent demander l'avis d'un spécialiste si le soin en hospitalisation d'urgence est considéré comme l'option la plus appropriée pour un patient. (Niveau de preuve : D). Le pédiatre et le médecin de famille sont en charge de la gestion des troubles des conduites alimentaires chez les enfants et les adolescents. La croissance et le développement doivent être étroitement surveillés. (Niveau de preuve : D). Le médecin de famille et le pédiatre sont en charge de l'évaluation et des interventions initiales des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires se présentant en soins primaires. (Niveau de preuve : D). Lorsque la gestion des soins est partagée entre les soins primaires et spécialisés, il doit y avoir une collaboration étroite entre les professionnels des soins de santé, les patients et les parents. (Niveau de preuve : D). Les patients ayant un diagnostic confirmé ou suspecté de troubles des conduites alimentaires sont dirigés vers différents parcours de soins en fonction des critères cliniques et de leur âge (niveau de preuve : consensus d'experts). L'envoi d'adultes ou d'enfants dans des centres psychiatriques par le médecin de famille ou le pédiatre doit être intégré à un parcours de soins avec des responsabilités partagées (niveau de preuve : consensus d'experts). Dans le cas d'un envoi d'adultes ou d'enfants dans des centres psychiatriques, cela nécessite de travailler ensemble à différents niveaux avec un suivi des patients à court et moyen termes pour éviter les complications, la persistance et l'apparition de troubles émotionnels, et pour détecter les changements dans l'environnement du patient qui pourrait influencer sur la maladie (niveau de preuve : consensus d'experts). Dans l'enfance, les programmes de soins des troubles des conduites alimentaires spécifiquement conçus pour ces âges sont nécessaires (niveau de preuve : consensus d'experts).

Tableau 29. Synthèse des recommandations internationales sur les critères d'orientation

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni (Angleterre)	1.2.10 Si un trouble des conduites alimentaires est suspecté après une évaluation initiale, adresser immédiatement le patient à un service spécialisé en trouble des conduites alimentaires, adapté pour l'âge du patient pour plus d'examens ou traitement. 1.8.20 Rechercher un avis spécialiste d'un pédiatre ou endocrinologue pour un retard de développement physique ou un problème de croissance chez un enfant ou jeune souffrant d'un trouble des conduites alimentaires.
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	Pour les patients souffrant de boulimie nerveuse, il est conseillé d'orienter le patient vers un spécialiste lorsque les critères suivants sont présents : • symptômes sévères et persistants ; • durée d'évolution des troubles supérieure à 6 mois ; • présence de comportements de perte de contrôle (vol, scarification, overdoses) ; • symptômes dépressifs ; • inefficacité des conseils simples ; • perte de poids rapide. Orienter le patient chez un spécialiste lorsque les critères suivants sont présents : • pensées suicidaires persistantes ; • automutilation persistante ; • perte de poids rapide ; • perturbations majeures du bilan biologique ou hématologique. Les médecins généralistes doivent envoyer les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires sévères et résistant au traitement chez un spécialiste.

Tableau 30. Recommandations internationales sur la prise en charge des troubles des conduites alimentaires chroniques

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i> , 2009 (52) Espagne	Traitement des troubles des conduites alimentaires chroniques : - le professionnel en charge de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires chroniques doit informer le patient sur les possibilités de guérison et lui conseiller de voir un spécialiste régulièrement, quel que soit le nombre d'années écoulées et les échecs thérapeutiques précédents ; - il est nécessaire d'avoir accès aux offres de soins et aux professionnels qui sont en mesure de mener une prise en charge à long terme et de suivre les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires chroniques.

Recommandations

Rôle du praticien de premier recours

- Après le repérage, selon sa compétence et les besoins du patient, le praticien peut assurer la prise en charge ou orienter le patient vers un autre confrère pour une prise en charge spécifique et adaptée à l'âge du patient.
- Pour les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires qui se présentent en soins primaires, le médecin de première ligne (MG, pédiatre) réalise l'évaluation initiale et la coordination initiale des soins. Cela comprend la recherche des urgences médicales ou psychiatriques.
- La prise en charge étant partagée entre plusieurs professionnels il est recommandé d'établir un accord clair entre les différents professionnels de santé sur la répartition des rôles dans la prise en charge. Cette répartition des rôles doit être explicitement partagée avec le patient et, lorsque c'est approprié, avec sa famille et les aidants.

Organisation de la prise en charge, critères d'orientation

- La prise en charge de patients souffrant de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique (comme celle de ceux souffrant d'anorexie mentale) est complexe car son expression clinique est multidimensionnelle. Elle fait intervenir des champs disciplinaires complémentaires (somatique, psychiatrique, nutritionnel et social), dont les interventions doivent être coordonnées.
- Il est recommandé qu'un des intervenants de la prise en charge, préférentiellement le plus expérimenté, coordonne le projet de soins multidisciplinaire et pluriprofessionnel. Ce coordinateur doit être clairement identifié par le patient et tous les intervenants.
- Il est recommandé d'être particulièrement vigilant à la continuité des soins, en particulier lors de la transition d'un suivi pédiatrique à un suivi d'adultes, et entre les différents niveaux de soins.
- En fonction de l'état et de l'histoire du trouble chez chaque patient, des niveaux de soins différents sont nécessaires : ambulatoires le plus souvent (de la simple consultation aux prises en charge intensives en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP) et hospitaliers plus rarement (de l'hôpital de jour à l'hospitalisation à temps plein).
- La prise en charge ambulatoire est préconisée en première intention.
- En cas de risque vital de nature somatique (hypokaliémie majeure, ...) ou psychiatrique (état de mal boulimique, risque suicidaire, ...), une hospitalisation est indiquée.
- L'orientation vers une équipe spécialisée est souhaitable pour un avis ou une prise en charge si nécessaire.

La mise en place d'une psychothérapie, en plus du suivi somatique et psychiatrique, peut être envisagée :

- une fois que l'évaluation pluridisciplinaire et le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique ont été faits ;
- après que le patient ait été informé des modalités de mise en œuvre de son projet de soins individualisé ;
- à condition que le patient soit disposé à s'engager dans ce type de traitement.

Durée de la prise en charge

- En raison de la dimension fréquente de chronicité de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique, la prise en charge s'étend souvent sur plusieurs années. Il est classiquement proposé que la prise en charge se poursuive au moins un an après une amélioration clinique significative.

- Les professionnels doivent informer les patients sur les possibilités de guérison et leur conseiller de voir un spécialiste régulièrement, quel que soit le nombre d'années écoulées et les échecs thérapeutiques précédents.
- Un trouble de la personnalité *borderline* peut augmenter le risque d'abandon prématuré du suivi. Il est recommandé de rester disponible pour le patient, même en cas d'adhésion intermittente au projet de soin.

7. Approches psychothérapeutiques et traitements psychotropes

7.1 Outils d'auto-support (self-help)

Les interventions d'auto-support sont caractérisées par l'utilisation par une personne, de façon autonome et à son rythme, d'un manuel ou d'un programme structuré. La personne suit pas-à-pas les instructions contenues dans des documents papiers sur un support numérique (site Internet, application...). Les objectifs sont à la fois d'éduquer les patients sur la nature de leurs troubles et de leur donner des compétences spécifiques dans la gestion de ces derniers, seuls ou avec le soutien d'un professionnel de santé. Les avantages des prises en charge d'auto-support sont leur accessibilité et leur moindre coût. Elles pallient certains obstacles tels que les difficultés d'accès aux traitements, l'absence de thérapeute ou la distance des centres spécialisés. Elles permettent aux personnes de s'engager dans un traitement à leur propre rythme. Ces outils se sont développés et sont de plus en plus évalués depuis une vingtaine d'années dans différents champs thérapeutiques. Dans les troubles des conduites alimentaires, ces outils sont dérivés principalement des approches cognitivo-comportementales.

Il existe des outils d'auto-support non accompagnés et des outils d'auto-support guidés par un professionnel de santé (par Internet, par téléphone, par mail, face à face, etc.).

Tableau 31. Synthèse des recommandations internationales sur les outils d'auto-support (*self-help*)

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
<i>American Psychiatric Association</i>, 2006 (119)	▶ Hyperphagie boulimique & boulimie. ▶ La prise en charge psychiatrique de base inclut la fourniture de matériel éducatif, y compris des classeurs d'auto-support ; informations issues d'Internet et des conseils directs aux patients et à leurs familles (si elles sont impliquées) [I] ▶ Boulimie : - une variété de programmes d'auto-support ou d'auto-support guidé sont efficaces pour certains patients atteints de boulimie [I] ; - plusieurs programmes en ligne innovants sont actuellement à l'étude et peuvent être recommandés en l'absence de traitements alternatifs [III]. ▶ Hyperphagie boulimie : - des preuves substantielles soutiennent l'efficacité des programmes d'auto-support et de TCC orientés <i>self-help</i> et leur utilisation comme première étape d'un programme de traitement [I].
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i>, 2014 (115)	▶ Hyperphagie boulimique et boulimie. ▶ Lorsqu'il est difficile d'avoir accès à un thérapeute, que la prise en charge est trop chère ou indisponible, la TCC sous forme d'un programme d'auto-support peut être proposée. Par exemple, le guide <i>Bulimia Nervosa and Binge Eating: A Guide to Recovery</i> à été utilisé efficacement par des médecins généralistes australiens. Le <i>self-help</i> pur et non guidé peut également être utilisé mais semble moins efficace qu'un programme guidé. ▶ Les outils d'auto-support guidé orientés TCC sont une alternative efficace, peu coûteuse et une alternative à la TCC classique si elle n'est pas accessible. Certains de ces guides ont été adaptés dans des programmes de télémédecine ou Internet. ▶ Résumé des recommandations : - il existe également des preuves d'efficacité pour la TCC adaptée en <i>self-help</i> guidé par Internet ou en face à face. [EBR I].
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i>, 2009	▶ Boulimie : - une première étape possible dans le traitement de la boulimie nerveuse peut être d'encourager les patients à initier un programme d'auto-support (guidé ou non). (Adapté de la recommandation 7.2.7.1. Du NICE CPG). [B] - Le <i>self-help</i> (guidé ou non) est un traitement suffisant pour un nombre limité de patients atteints de boulimie nerveuse. (Adapté

Tableau 31. Synthèse des recommandations internationales sur les outils d'auto-support (*self-help*)

(52)	de la recommandation 7.2.7.2. Du NICE CPG). [B] ▶ Hyperphagie boulimique : - une première étape possible dans le traitement des patients atteints d'hyperphagie boulimique est de les encourager à suivre un programme d'auto-support (guidé ou non). (Adapté de la recommandation 8.2.7.2. Du guide NICE) ; [B] - les professionnels de la santé peuvent envisager d'orienter les patients atteints d'hyperphagie boulimique vers des programmes d'auto-support (guidés ou non) qui peuvent donner des résultats positifs. Cependant, ce traitement est efficace seulement chez un nombre limité de patients atteints d'hyperphagie boulimique. (Adapté de la recommandation 8.2.7.3. Du guide NICE). [B]
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004</i> (120)	▶ Boulimie : - une des premières étapes possibles dans le traitement de la boulimie est d'encourager les patients à suivre un programme d'auto-support ; (B) - les professionnels de santé devraient envisager de fournir un encouragement / soutien aux patients qui entreprennent un programme d'auto-support permettant ainsi d'améliorer les résultats. Cela peut être un traitement suffisant pour un nombre limité de patients. (B) ▶ Hyperphagie boulimique : - une des premières étapes possibles dans le traitement de l'hyperphagie boulimique est d'encourager les patients à suivre un programme d'auto-support ; (B) - les professionnels de santé devraient envisager de fournir un encouragement / soutien aux patients qui entreprennent un programme d'auto-support permettant ainsi d'améliorer les résultats. Cela peut être un traitement suffisant pour un nombre limité de patients. (B)
<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015</i> (124)	▶ Boulimie : - peu d'études spécifiques aux adolescents : proposition d'extrapoler aux résultats de l'adulte avec recommandation de TCC (+ / - <i>self-help</i>) ou alternative de thérapie familiale.

Tableau 31. Synthèse des recommandations internationales sur les outils d'auto-support (*self-help*)

<i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017 (50)</i>	▶ Boulimie 1.3.1 Envisager le <i>self-help</i> guidé spécialisé dans la boulimie pour les adultes souffrant de boulimie ; 1.3.2 Les programmes d'auto-support guidés dans la boulimie doivent : - utiliser un livre d'auto-support basé sur la TCC dans les troubles des conduites alimentaires ; - compléter le livre d'auto-support par de brefs entretiens de soutien ; - être dispensés par des professionnels formés à cette thérapie. 1.3.3 Si la thérapie par <i>self-help</i> guidé n'est pas efficace après 4 semaines ou n'est pas acceptable, envisager une TCC individuelle axée sur les troubles des conduites alimentaires, en face à face. ▶ Hyperphagie boulimique 1.4.1 Proposer le <i>self-help</i> guidé spécialisé dans la l'hyperphagie boulimique pour les adultes souffrant d'hyperphagie boulimique. 1.4.2 Les programmes d'auto-support guidés dans l'hyperphagie boulimique doivent : - utiliser un livre d'auto-support basé sur la thérapie cognitivo comportementale ; - mettre l'accent sur l'adhésion au programme d'auto-support. ▶ Compléter le livre d'auto-support par de brefs entretiens de soutien : - dispensés par des professionnels formés à cette thérapie ; - qui visent exclusivement à aider la personne qui suit le programme. ▶ 1.4.3 Si la thérapie par <i>self-help</i> guidé n'est pas efficace après 4 semaines ou n'est pas acceptable, proposer un groupe de TCC centré sur les troubles des conduites alimentaires.
--	---

Résumé des recommandations

Les programmes d'auto-support (*self-help*) ont démontré leur intérêt dans la boulimie comme dans l'hyperphagie boulimique. Il existe un consensus sur le fait que ces programmes sont à proposer de préférence avant l'initiation d'une prise en charge ou en début de prise en charge. Les programmes guidés par un thérapeute, s'ils sont disponibles, sont plus efficaces que les programmes non guidés par un thérapeute.

À ce jour, en France, il n'existe pas de programme disponible gratuitement.

Synthèse des données de la littérature internationale (cf. tableau 32) NON

Une revue systématique d'essais contrôlés Cochrane (niveau de preuve 2) (188) a étudié l'efficacité des outils d'auto-support chez des personnes de plus de 16 ans souffrant de boulimie, d'hyperphagie boulimique ou d'un trouble des conduites alimentaires non spécifié.

Les résultats montrent la supériorité des outils d'auto-support par rapport à l'absence de soins en termes de diminution des symptômes boulimiques (réduction de la fréquence des crises) (niveau de preuve 1).

L'auto-support guidé est plus efficace dans la réduction des crises de boulimie nerveuse que l'auto-support non accompagné.

Avis du groupe de travail

Les outils d'auto-support peuvent être une aide précieuse dès la première ligne de soins. Ils sont faciles d'accès et peu coûteux, et ne nécessitent aucune formation spécifique du professionnel de santé ni du patient.

Proposer un outil d'auto-support peut constituer une première étape dans le processus thérapeutique.

L'approche du NICE 2016 est spécifique au contexte britannique et n'est pas transposable en France (organisations différentes des systèmes de soins).

Où trouver des manuels d'auto-support ?

Plusieurs livres sont disponibles en français.

Il est recommandé de :

- demander conseil au médecin traitant ;
- contacter Anorexie-boulimie info écoute (0810037037) ;
- regarder la page bibliographie du site FFAB (ex AFDAS-TCA) (<http://www.anorexieboulimie-afdas.fr/>).

Limite à l'applicabilité de la recommandation : il existe encore peu des programmes d'auto-support guidés validés en français disponibles sur Internet. Des programmes et applications sont en cours de développement.

Recommandations

L'auto-support peut être proposé avant l'initiation d'une prise en charge ou en début de prise en charge, sachant que l'auto-support guidé par un professionnel de santé est plus efficace que la version non accompagnée (grade B).

Les interventions d'auto-support guidées par un professionnel de santé peuvent être proposées en cas d'impossibilité de psychothérapie structurée (distance, manque de thérapeutes, refus du patient, etc.), mais avec une efficacité attendue moindre.

Précautions d'usage : les outils d'auto-support ne peuvent pas remplacer une prise en charge par des professionnels de santé.

Tableau 32. Synthèse des données de la littérature internationale sur les outils d'auto-support (self-help): revue systématique

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Hay et al 2009 (188) Niveau de preuve 2	1) Recherches jusqu'à juin 2007 sur : MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, LILACS & SCISEARCH 2) Recherche dans la liste des références de tous les essais identifiés	(P) Patients > 16 ans souffrant d'une boulimie, d'une hyperphagie boulimique ou d'un trouble des conduites alimentaires non spécifié d'allure boulimique. (A) Écrit en anglais. Essais randomisés. Moins de 50 % de perdus de vue au moment des critères de jugements. Remarque : Ne sont présentés ici que les résultats sur l'auto-support. Les résultats sont donnés pour les trois diagnostics de troubles des conduites alimentaires groupés.	(I) Soit un programme d'auto-support seul (livre ou site Internet, le patient n'est pas en contact avec un soignant). Soit un programme d'auto-support guidé (livre ou site Internet avec contact par téléphone ou via Internet ou en face à face avec un thérapeute). C) Groupe contrôle : liste d'attente.	- Abstinence des crises (rémission). - Diminution du nombre de crises.	Nombre d'études : huit études, incluant 437 participants retenus. 1) Auto-support guidé <i>versus</i> auto-support seul (trois études, 140 participants) : - pas de différence significative en termes de rémission (RR=0,91 95 % CI 0,71 to 1,17) ; - diminution du nombre de crises : l'auto-support guidé est à l'origine d'une diminution significativement plus importante du nombre de crises qu'un programme d'auto-support seul (- 0,42, IC 95 %: - 0,76 à -0,09). 2) Auto-support guidé <i>versus</i> groupe contrôle

					(cinq études, 297 participants) : - rémission : la différence entre les deux groupes était significative et en faveur de l'auto-support guidé (RR=0,69, IC 95 % : 0,52 à 0,92) ; - sur la diminution des crises, la différence entre les deux groupes était significative et en faveur de l'auto-support guidé (SMD – 0,98, IC 95 % : 1,27 à - 0,69). 3) Auto-support seul <i>versus</i> liste d'attente (trois études, 180 patients) : rémission : pas de différence (RR 0,79, 95 % CI 0,53 to 1,17). mais forte hétérogénéité (I^2 de 88,1 %) limitant la validité de ce résultat. - Sur la diminution des crises, la différence entre les deux groupes était significative et en faveur de l'auto-support seul (SMD – 0,40, 95 % CI – 0,73 to – 0,07).
--	--	--	--	--	--

					Conclusion : les prises en charge d'auto-support sont utiles particulièrement dans leur forme guidée.
--	--	--	--	--	---

7.2 Éducation thérapeutique

Il existe un développement en France de groupes d'éducation thérapeutique. Le groupe de travail n'a pas recensé de programme labélisé d'éducation thérapeutique spécifique à la boulimie nerveuse et à l'hyperphagie boulimique. Au niveau international, des modules ou des aspects d'éducation thérapeutique appelés psychoéducation sont généralement inclus dans des programmes de psychothérapie.

Outre les aspects d'information sur les troubles et leur traitement, il est important, dans la prise en charge de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique, de reprendre avec les patients un certain nombre de croyances erronées et d'idées reçues sur l'alimentation et les troubles.

Des outils pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient sont disponibles sur le site de la HAS⁶.

7.3 Psychothérapies

Selon l'enquête nationale DGOS-FFAB conduite en 2017 sur 200 centres déclarant prendre en charge des sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires et proposant des psychothérapies, 66,7 % proposent des thérapies comportementales et cognitives dans cette indication, 58,8 % proposent des thérapies de type psychodynamique, 47,5 % des thérapies systémiques, 27,0 % des remédiations cognitives et 21,6 % d'autres formes de thérapies.

⁶ www.has-sante.fr

7.3.1 Avis et recommandations générales du GT sur les psychothérapies

► Objectifs

Les objectifs sont individuels et familiaux.

Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de troubles des conduites alimentaires comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :

- renforcer la motivation à s'impliquer dans la prise en charge multidisciplinaire ;
- restaurer des habitudes alimentaires équilibrées et adaptées ;
- réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, l'image et l'estime de soi, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires ;
- traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions associées ;
- améliorer le fonctionnement interpersonnel et social, traiter les comorbidités psychiatriques ;
- obtenir le soutien de la famille et de l'entourage ;
- aider l'entourage et proposer une *guidance* et une thérapie familiale dans les soins mis en place.

Il est important de spécifier aux patients que les objectifs des programmes de psychothérapie ne visent pas directement à traiter les problèmes de poids (pas d'objectif d'amaigrissement), mais pourraient secondairement avoir un impact sur ceux-ci⁷.

► Quand envisager la mise en place d'une psychothérapie ?

La mise en place d'une psychothérapie, en plus du suivi somatique et psychiatrique, doit être envisagée :

- une fois que l'évaluation pluridisciplinaire et le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique ont été faits ;
- après que le patient a été informé des modalités de mise en œuvre de son projet de soins individualisé.

Dans le cas où le patient n'est pas prêt à s'engager dans le traitement de ses troubles, un travail motivationnel constituera le premier temps de l'approche psychothérapique.

Inversement, un patient sollicitant une psychothérapie pour boulimie ou l'hyperphagie boulimique alors qu'il n'est pas suivi par ailleurs ou un patient suivi en psychothérapie pour lequel une boulimie ou une hyperphagie boulimique est repérée dans ce cadre, doit être orienté en complément vers un suivi multidisciplinaire.

► Quelle forme de psychothérapie ?

En fonction du champ théorique auquel elles se réfèrent, les différentes formes de psychothérapie offrent un cadre de travail, une compréhension du trouble et des objectifs de soin différents et complémentaires.

⁷ Des recommandations sur la gestion de la perte de poids peuvent être retrouvées dans les recommandations HAS sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Le choix de la psychothérapie se fera en accord avec le patient, voire de son entourage, après explication des modalités des différentes psychothérapies et selon les ressources locales. Ce choix prendra en compte son âge, sa motivation, le stade d'évolution des troubles, son souhait.

Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) ayant fait l'objet d'études dans la prise en charge de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique sont principalement :

- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ;
- les thérapies comportementales dialectiques ;
- les thérapies interpersonnelles ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies familiales.

7.3.2 Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est une thérapie brève scientifiquement validée dans de nombreux troubles psychiatriques qui cible le changement du comportement-problème et qui, pour cela, se concentre sur l'identification et la modification des relations entre les pensées, les émotions et les comportements. Elle cherche à réduire les émotions négatives et les comportements symptomatiques en changeant les pensées négatives sur soi et sur le monde. Ainsi, elle aide progressivement à dépasser les symptômes invalidants, tels que les rituels, les compulsions, le stress, les comportements d'évitement, ou la détresse à l'origine de souffrance psychique. La TCC peut être délivrée sous diverses formes mais les études analysées ici utilisent une forme de TCC adaptée à la boulimie et l'hyperphagie boulimique de 16 à 20 séances individuelles sur 4 à 5 mois de traitement. Elle se concentre sur les cognitions et comportements problématiques en lien avec l'alimentation et la perception corporelle. Il existe également des formes de TCC adaptées pour être utilisées sous forme d'auto-support guidé (voir chapitre auto-support).

► Recommandations internationales (cf. tableau 33)

Toutes les recommandations internationales recommandent les TCC individuelles chez les adultes en première intention avec un haut niveau de preuve. Les Britanniques les proposent en relais d'un programme d'auto-support dans une approche graduée.

► Données de la littérature

La TCC est le traitement qui a été le plus évalué dans la boulimie comme dans l'hyperphagie boulimique et qui a le meilleur niveau de preuve quant à son efficacité (niveau de preuve 1).

► TCC individuelles

Trente-six essais contrôlés randomisés ont étudié l'efficacité des TCC dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique, soit *versus* des listes d'attentes, soit *versus* d'autres psychothérapies, soit *versus* des programmes d'auto-support.

Concernant la boulimie, une revue Cochrane de 2009 (188) reprend la quasi-totalité des études analysées dans les autres revues (182, 189, 190) et c'est la seule à avoir réalisé une méta-analyse. Elle est présentée en détails dans le tableau 34.

Concernant l'hyperphagie boulimique, une revue plus récente (2016) (191) a étudié l'efficacité de plusieurs types de psychothérapies et des médicaments. Seuls les résultats liés aux TCC sont présentés dans ce chapitre.

Les études publiées depuis ces revues ont conforté ces résultats, comme en atteste la récente analyse de littérature réalisée par le NICE (50)

► TCC de groupe

Dix études ont étudié l'efficacité de la TCC de groupe chez les adultes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique. Une méta-analyse des études portant seulement sur la boulimie (192) (cf. tableau 35) suggère un avantage cliniquement significatif de la TCC de groupe par rapport à la liste d'attente. En revanche, les prises en charge de groupe semblaient moins efficaces qu'une TCC individuelle, d'après la seule étude les ayant comparées.

Dans l'hyperphagie boulimique, il n'existe pas de méta-analyse publiée, mais la méta-analyse de la revue de la littérature réalisée dans le cadre des recommandations britanniques du NICE 2017, portant sur deux études (193, 194) et 130 patients, suggère que les TCC de groupe sont plus efficaces que la liste d'attente pour réduire les crises d'hyperphagie boulimique et les affects dépressifs.

► Facteurs prédictifs d'adhésion à la TCC

Une étude portant sur 154 patientes souffrant de boulimie et incluses dans un programme de 20 semaines de prise en charge par TCC suggère que des patientes boulimiques souffrant de dépression et / ou ayant peu de préoccupations pour la minceur sont moins susceptibles de répondre à une TCC (195).

De la même façon, une étude pilote portant sur 15 patients présentant une boulimie associée à une personnalité *borderline* et / ou un trouble anxio-dépressif suggère que ces patients sont moins susceptibles de répondre à des formes classiques de TCC de la boulimie et que des modèles de TCC incluant une gestion des émotions (196).

► Avis du groupe de travail

Les études internationales qui ont étudié l'efficacité des TCC utilisent le modèle anglo-saxon (CBT-ED : *Cognitive Behavioral Therapy – Eating Disorders* ; programme de Fairburn) qui est un modèle de TCC adapté aux troubles des conduites alimentaires.

Ce point limite l'applicabilité de la recommandation :

- les praticiens formés aux TCC en général sont en nombre insuffisant et inégalement répartis sur le territoire ;
- les modèles de TCC spécialisés troubles des conduites alimentaires ne sont pas ou très peu diffusés en France ou ne correspondent pas exactement au programme de Fairburn évalué dans les essais, ce qui rejoint une problématique observée dans d'autres pays

Une des problématiques majeures des programmes de TCC sont les arrêts prématurés. Il est important de bien expliquer préalablement à une TCC quels sont les objectifs et la méthodologie de la TCC. Comme le montrent les données de la littérature, certaines caractéristiques cliniques pourraient favoriser ou au contraire diminuer l'indication (dépression, faibles préoccupations pour la minceur, personnalité *borderline* et ou un trouble). Ces éléments devraient être recherchés pour guider le choix de la prise en charge.

Pour augmenter l'adhésion à un programme de TCC, une étape initiale de préparation est utile (prise en charge non spécifique de soutien, auto-soutien, entretien motivationnel). Il est également important de bien expliquer au patient en quoi consiste concrètement cette prise en charge.

Recommandations

La thérapie comportementale et cognitive (TCC) individuelle adaptée aux troubles des conduites alimentaires est recommandée en première intention dans le traitement de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique (Grade A).

La TCC de groupe est une option envisageable mais pourrait être moins efficace que la TCC individuelle.

Il est important de bien expliquer au patient en quoi consiste concrètement cette prise en charge et quels en sont les objectifs.

Pour augmenter l'adhésion à un programme de TCC, une étape initiale de préparation est utile (prise en charge non spécifique de soutien, auto-soutien, entretien motivationnel).

Tableau 33. Synthèse des recommandations internationales sur les TCC

Auteur, année, Pays, Référence	Recommandations
<i>American Psychiatric Association, 2006 (119)</i>	Boulimie Pour le traitement des épisodes aigus de boulimie chez les adultes, les preuves montrent la TCC comme l'intervention la plus efficace [I]. Par rapport à la thérapie psychodynamique ou interpersonnelle, la TCC est associée à une rémission plus rapide des symptômes alimentaires [I]. En utilisant des interventions psychodynamiques en association avec la TCC et d'autres psychothérapies, de meilleurs résultats globaux peuvent être obtenus [II]. La combinaison des psychothérapies et des médicaments Dans certaines recherches, la combinaison de traitement antidépresseur et de TCC conduit à des taux de rémission plus élevés. Par conséquent, cette combinaison est recommandée dès le départ lorsque des thérapeutes TCC qualifiés sont disponibles. En outre, lorsque la TCC seule n'entraîne pas de réduction significative des symptômes après dix séances, il est recommandé que la fluoxétine soit ajoutée [III]. Hyperphagie boulimique Des preuves substantielles confirment l'efficacité de la TCC individuelle ou de groupe pour les symptômes comportementaux et psychologiques de l'hyperphagie boulimique [I].
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014 (115)</i>	Boulimie et hyperphagie boulimique Le traitement de première ligne pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique chez les adultes est une psychothérapie individuelle. Le plus haut niveau de preuve est démontré pour la TCC et une forme améliorée spécifique aux troubles des conduites alimentaires, la CBT-E a été retrouvée comme plus efficace que d'autres approches psychologiques. Il existe également des preuves d'efficacité pour la TCC adaptée en <i>self-help</i> guidé par Internet ou en face à face [EBR I].
<i>Herpetz et al., 2011 (117)</i>	Boulimie La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour la boulimie nerveuse (CBT-boulimie nerveuse) est la méthode

	psychothérapeutique qui a été la plus étudiée et dont le plus haut niveau de preuve existe, elle devrait donc être considérée pour les patients atteints de boulimie nerveuse comme le traitement de choix (LOE Ia, GoR B). Hyperphagie boulimique Les études psychothérapeutiques dans l'hyperphagie boulimique sont principalement basées sur la TCC, certaines d'entre elles sur la thérapie interpersonnelle. Bien que la TCC, adaptée à l'hyperphagie, soit très efficace en termes de symptômes, notamment sur la fréquence des crises ou le nombre de jour sans crises, il n'y a que peu d'effet sur la perte de poids.
<i>American Psychiatric Association, 2012 (178)</i>	Boulimie Les directives recommandent la TCC comme l'intervention la plus efficace et la mieux étudiée pour les patients souffrant de boulimie. L'exposition et la prévention de la réponse n'améliorent pas l'efficacité de la TCC, la revue de la littérature a révélé que la psychothérapie seule est peu susceptible de réduire ou de modifier le poids chez les personnes atteintes de boulimie nerveuse ou de troubles alimentaires similaires. Hyperphagie boulimique Les résultats et conclusions des études récentes et les commentaires sont en accord avec les guidelines de 2006, ce qui donne une recommandation forte pour les TCC individuelles et de groupe.
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009 (52)</i>	Boulimie • La TCC-boulimie nerveuse est une forme spécialement adaptée de la TCC. Il est recommandé : 16 à 20 séances sur 4 à 5 mois de traitement. (Adaptée de la recommandation 7.2.7.3. du NICE CPG.) Une intervention peut être incorporée. (Adaptée de la recommandation 7.2.7.4. Du NICE CPG.) [A] • Les patients atteints de boulimie nerveuse qui ne répondent pas ou refusent de recevoir une TCC peuvent recevoir un traitement psychothérapique alternatif (adaptée de la recommandation 7.2.7.5 de NICE CPG). [B] • Les adolescents boulimiques peuvent être traités par une TCC adaptée. [D] Hyperphagie boulimique Les patients adultes avec une hyperphagie boulimique peuvent recevoir une TCC spécifiquement adaptée (adaptée de la recommandation 8.2.7.4. du NICE CPG). [A] Les patients doivent être informés que tous les traitements psychologiques ont un effet limité sur la perte de poids. (Adaptée de la recommandation 8.2.7.6. du guide NICE.) [A]
<i>National Institute for Health and</i>	Boulimie • La thérapie comportementale cognitive de la boulimie (TCC-boulimie nerveuse) est une forme spécialement adaptée de la TCC, elle devrait être proposée aux adultes souffrant de boulimie. La TCC-boulimie nerveuse devrait

<i>Clinical Excellence</i>, 2004 (120)	normalement être composée de 16 à 20 séances sur 4 à 5 mois. (A) • Les adolescents boulimiques peuvent être traités avec une TCC-boulimie nerveuse adaptée à leurs besoins en fonction de leur âge, des circonstances et de leur niveau de développement et y compris la famille, le cas échéant. (C) • Lorsque les personnes atteintes de boulimie n'ont pas répondu ou ne veulent pas recevoir de TCC, d'autres traitements psychologiques devraient être envisagées. (B) Hyperphagie boulimique La TCC-HB (CBT-BED) est une forme de TCC spécifiquement adaptée, qui devrait être proposée aux adultes souffrant d'hyperphagie boulimique. (A)
<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 2015 (124)	Boulimie Peu d'études spécifiques aux adolescents : proposition d'extrapoler aux résultats de l'adulte avec recommandation de TCC (+ / - <i>self-help</i>) ou alternative de thérapie familiale. Hyperphagie boulimique La TCC est suggérée comme utile chez l'adulte mais avec peu d'études chez l'adolescent.
Forum Med Suisse, 2013 (51)	Boulimie • Le traitement de choix est la TCC suivie par les thérapies interpersonnelles. • Le traitement doit être mené sur une durée de 6 mois au minimum. Hyperphagie boulimique Les prises en charge ayant montré leur efficacité sont la TCC et le <i>self-help</i> (principalement guidé).
NICE, 2017 (50)	Boulimie • 1.3.3 Si la thérapie par <i>self-help</i> guidé n'est pas efficace après 4 semaines ou n'est pas acceptable, envisager une thérapie cognitivo-comportementale individuelle axée sur les troubles des conduites alimentaires, en face à face. • 1.3.4 Les TCC individuelles axées sur les troubles des conduites alimentaires : ▸ doivent suivre un guide de TCC spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires ; ▸ se compose de 20 séances réparties au maximum sur 20 semaines, avec une fréquence bi-hebdomadaire durant la première phase. La première phase se concentre sur : - l'engagement et l'éducation, - établir un schéma de prises alimentaires régulières et encourager, soutenir et conseiller lorsque les gens le

	font, - ensuite doit être abordée la psychopathologie alimentaire (restriction alimentaire extrême, préoccupations pour la silhouette et le poids, et la tendance à faire des crises de boulimie en réponse à des pensées ou des sentiments difficiles), - en fin de thérapie, prévoir des rendez-vous à distance et travailler sur le maintien des changements positifs et limiter le risque de rechute. • 1.3.5 Expliquer aux personnes atteintes de boulimie que les traitements psychologiques ont un effet limité sur la perte de poids. Hyperphagie boulimique • 1.4.3 Si la thérapie par <i>self-help</i> guidé n'est pas efficace après 4 semaines ou n'est pas acceptable, proposer un groupe de TCC centrée sur les troubles des conduites alimentaires. • 1.4.4 Les groupes de TCC centrée sur les troubles des conduites alimentaires doivent : ▸ suivre un guide de TCC des troubles des conduites alimentaires ; ▸ consister en 16 séances hebdomadaires de 90 minutes réparties sur 4 mois ; ▸ se concentrer sur la psychoéducation, l'autoévaluation des comportements alimentaires et aider les patients à analyser leurs problèmes et leurs objectifs ; ▸ inclure la mise en place d'un journal alimentaire et l'identification des crises.
--	--

Tableau 34. Évaluation de l'efficacité de la TCC individuelle : revues et méta-analyses

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Hay et al., 2009 (188) Niveau de preuve I	Psycinfo, Pubmed, Embase, the Web of Science, Chocrane register, de 2002 à avril 2009. Combinaison de mots clés : TCC combinée avec essais randomisés, boulimie nerveuse.	(P) Patients souffrant d'une boulimie (DSM-IV). (A) Écrit en anglais. Essais randomisés.	(I) Programme de TCC en individuel adapté aux troubles alimentaires (16 à 20 séances selon les études). C) Groupe contrôle : liste d'attente.	Abstinence des crises. Fréquence des comportements de purge.	Huit études (349 participantes incluses). Résultat de la méta-analyse : Rémission plus importante dans le groupe TCC (RR=0,58, 95 % CI 0,39 to 0,86). Diminution significative des vomissements dans le groupe TCC uniquement : - 8,3 comportements de purge par semaine versus - 0,2 (p < 0,05).
Brownley, et al., 2016 (191)	<u>Base de données</u> EMBASE, The Cochrane Library, Academic OneFile, CINAHL, and ClinicalTrials.gov jusqu'au	(P) Patients souffrant d'hyperphagie boulimique (DSM-IV ou 5).	<u>Intervention</u> Différentes formes de TCC axées sur l'hyperphagie boulimique notamment auto-support :	Abstinence des crises. Fréquence des crises. Symptômes alimentaires.	→ Neuf essais randomisés contrôlés. → Plus de participants en rémission des crises

Niveau de preuve I A	18/11/15 MEDLINE jusqu'au 12/05/16	(B) Écrit en anglais. Essais randomisés. Groupe contrôle : intervention active ou liste d'attente.	- thérapie interpersonnelle psychodynamique ; - thérapie comportementale et dialectique : - traitement comportemental de la perte de poids. <u>Contrôle</u> : liste d'attente.	IMC.	avec une TCC <i>versus</i> une liste d'attente (58,8 % <i>vs</i> 11,2 %; RR, 4,95 [IC à 95 %, 3,06 à 8,00]. Amélioration consistante et répétée des symptômes alimentaires (le plus souvent mesurés par l'EDE) à travers les études. Pas d'effet sur le poids. Toutes les études ont un risque de biais faible à modéré.
----------------------	---------------------------------------	---	---	------	--

Tableau 35. Évaluation des TCC de groupe dans la boulimie : revue systématique et méta-analyse

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Polnay <i>et al.</i> , 2014 (192)	Bases de données : PsychInfo, Medline, Embase et Pubmed jusqu'à avril 2013. Mots clés : boulimie, boulimie nerveuse, troubles des conduites alimentaires, combiné à 1) essais randomisés contrôlés, et 2) à psychothérapie ou groupe ou thérapie de groupe.	(a) Type d'études incluses : essais randomisés contrôlés chez des patients > 18 ans. (P) Patients souffrant de boulimie (des études incluant d'autre types de patients ont été incluses s'il était possible d'isoler les résultats sur les patientes souffrant de boulimie uniquement.	(I) Prise en charge psychothérapique de groupe. (C) La même psychothérapie en face à face ou une liste d'attente.	1) Taux de rémission. 2) Fréquence des crises de boulimie hebdomadaire.	→ Dix études retenues dans la revue : - une étude retenue pour les comparaisons groupe <i>versus</i> même thérapie en face à face (TCC) ; - cinq études retenues pour groupe de TCC <i>versus</i> liste d'attente ; - la rémission était significativement plus probable avec la TCC de groupe qu'avec la liste d'attente [risque relatif (RR) 0,77, 95 % (IC) 0,62 - 0,96] ; - le nombre de crises de boulimie hebdomadaires était en moyenne significativement plus faible avec le groupe TCC qu'avec la liste d'attente (2,9 vs 6,9, RR = - 0,56, (IC - 0,96 à - 0,15) : - la prise en charge en face à face était associée à

					significativement plus de rémission que la prise en charge de groupe (RR 1,24; IC à 95 % : 1,03 - 1,50).
--	--	--	--	--	--

7.3.3 Thérapies comportementales dialectiques

La thérapie comportementale dialectique met l'accent sur une attention accrue et le développement de compétences pour améliorer la régulation des émotions, la tolérance à la détresse morale et les relations interpersonnelles. L'objectif est d'aider les patients à répondre au stress et aux affects négatifs plus efficacement. Cette thérapie a été largement évaluée chez des patients souffrant d'un trouble de la personnalité *borderline*, notamment sur la diminution des conduites suicidaires et d'automutilation (197, 198).

► Recommandations internationales (cf. tableau 36)

L'Association américaine de psychiatrie recommande la thérapie comportementale et dialectique comme solution alternative dans le traitement la boulimie et l'hyperphagie boulimique, en cas des prises en charge de première ligne.

► Données de la littérature (cf. tableau 37)

Dans le cadre des troubles des conduites alimentaires, trois études ouvertes (199-201) portant sur des sujets souffrant à la fois de personnalité *borderline* et de boulimie ou hyperphagie boulimique (respectivement 13, 24 et dix sujets) suggèrent que cette approche est faisable et pourrait diminuer les comportements suicidaires et améliorer les comportements alimentaires.

En population de patients souffrant d'un trouble des conduites alimentaires et sans trouble de la personnalité *borderline* comorbide, deux essais randomisés sont détaillés dans le tableau 37. Dans un essai, les résultats suggèrent que la thérapie dialectique serait efficace pour réduire les crises, en comparaison avec un groupe contrôle en liste d'attente.

L'autre essai ne montrait pas de supériorité de la thérapie dialectique par rapport à une intervention de psychothérapie non spécifique.

► Avis du groupe de travail

Il faut noter que les troubles de la personnalité *borderline* sont fréquemment associés à la boulimie et l'hyperphagie boulimique et que les études ne s'ajustent pas sur la présence de ce trouble dans les échantillons étudiés.

Ceci peut constituer un biais étant donné que la thérapie dialectique a montré par ailleurs une efficacité sur les troubles de la personnalité *borderline*.

Le GT suggère que, compte tenu de son efficacité avérée dans les troubles de la personnalité *borderline* (se reporter aux recommandations internationales sur le trouble de la personnalité *borderline*), cette approche peut être recommandée dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique en cas de trouble de la personnalité *borderline* comorbide.

Recommandations

La thérapie comportementale dialectique est recommandée chez les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique présentant un trouble de la personnalité *borderline* comorbide.

En l'absence de personnalité *borderline* associée, il n'y a pas de contre-indication à avoir recours à cette approche dont le bénéfice n'est pas confirmé, à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu.

Tableau 36. Synthèse des recommandations internationales sur les thérapies comportementales dialectiques

Auteur, année, référence, pays	Recommandations		
American Psychiatric Association, 2006 (119)	Boulimie		
	Psychothérapie individuelle	Réduction des crises de boulimie & réduction de la psychopathologie alimentaire.	Niveau I – TCC spécialement CBT-E. Niveau I – psychothérapie interpersonnelle. Niveau – thérapie comportementale et dialectique – plus faible niveau de preuve.
	Hyperphagie boulimique		
	La thérapie interpersonnelle et la thérapie comportementale dialectique ont également été montrées pour être efficaces sur les symptômes comportementaux et psychologiques et peuvent être considérées comme des solutions de rechange [II].		
	Psychothérapie individuelle	Réduction des crises de boulimie & réduction de la psychopathologie alimentaire.	Niveau I – TCC spécialement CBT-E. Niveau I – TCC sous forme d’auto-support pur ou guidée. Niveau I – psychothérapie interpersonnelle.
	Programme de perte de poids comportementaux.	Réduction des crises de boulimie et perte de poids.	Niveau II – thérapie comportementale et dialectique – plus faible niveau de preuve. Niveau II – mais efficacité à long terme incertaine.
	Hyperphagie boulimique		
American Psychiatric Association, 2012 (178)	La thérapie interpersonnelle et la thérapie comportementale et dialectique peuvent également être considérées.		

<i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017 (50)</i>	Boulimie Dans le cadre du NICE 2017, aucune recommandation n'a été formulée concernant la thérapie dialectique dans le traitement de la boulimie. Hyperphagie boulimique Dans le cadre du NICE 2017, aucune recommandation n'a été formulée concernant la thérapie dialectique dans le traitement de l'hyperphagie boulimique.
---	--

Tableau 37. Synthèse des essais contrôlés randomisés sur la thérapie comportementale dialectique

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Safer <i>et al.</i> , 2010 (202) Niveau 2	Essai randomisé contrôlé.	Cent-un sujets adultes souffrant d'hyperphagie boulimique. Exclusion : - dépression sévère ; - histoire suicidaire ; - abus / dépendance aux toxiques.	I) : Vingt sessions de thérapie comportementale dialectique sur 21 semaines. C) Vingt sessions de psychothérapie non spécifique.	Critère principal : taux de rémission des crises (). Critères secondaires : - EDE ; - régulation émotionnelle. Évaluation en post traitement et à 3,6 et 12 mois.	À un an, taux de rémission des crises de 64 % pour la thérapie comportementale dialectique <i>versus</i> 56 % pour la thérapie non spécifique. Aucune différence entre les deux groupes. Diminution significative du nombre moyen de crises avant / après dans les deux groupes (groupe thérapie factice vs thérapie comportementale dialectique) mais pas de différence significative entre les deux groupes. Pas de différence non plus entre les groupes à 12 mois sur les	Pas de supériorité de la thérapie dialectique par rapport à une psychothérapie non spécifique.

					critères secondaires.	
Telch <i>et al.</i> , 2001 (203) Niveau 3	Essai randomisé contrôlé.	Quarante-quatre patients adultes avec hyperphagie boulimique randomisés en deux groupes.	I) Vingt sessions de thérapie comportementale dialectique. C) Liste d'attente	Critère principal : taux de rémission des crises. Critères secondaires : poids, régulation des émotions, humeur.	Taux d'abstinence significativement plus élevé en post traitement dans le groupe thérapie comportementale dialectique : 73 % <i>versus</i> 9 %. À 6 mois, le taux d'abstinence restait de 54,5 % dans le groupe actif (aucun suivi n'a été effectué pour les participants du groupe de la liste d'attente). Pas de différences entre les groupes pour les critères de jugement secondaires.	Suggère un effet de la thérapie comportementale dialectique en comparaison avec une liste d'attente mais faible puissance, pas de comparateur actif et pas de suivi dans le groupe contrôle.

7.3.4 Thérapies basées sur la pleine conscience (*Mindfulness*)

La méditation de la pleine conscience est une technique émergente. La méditation de pleine conscience consiste à se focaliser sur l'instant présent, sur ses sensations internes et les perceptions. Elle se distingue de la relaxation par le fait qu'on ne cherche pas à éviter de ressentir des émotions douloureuses ou à les masquer, mais au contraire à les accepter sans les amplifier. Sous sa forme actuelle, la méditation de pleine conscience est le plus souvent dispensée en groupes, selon des protocoles codifiés.

► Recommandations internationales

Les recommandations internationales disponibles en 2017 ne se sont pas prononcées sur cette méthode.

► Données de la littérature

Quelques études de faible qualité méthodologique sur des populations de patients souffrant d'hyperphagie boulimique, de boulimie ou d'anorexie, suggèrent un intérêt des thérapies de pleine conscience sur la réduction de la fréquence des crises de boulimie et des perturbations du comportement alimentaire chez ces patients (cf. tableau 38). Néanmoins, des études complémentaires sont nécessaires pour pouvoir conclure quant à son efficacité et son intérêt dans la prise en charge de ces patients.

► Avis du groupe de travail

Il n'y a pas de contre-indication à avoir recours à cette approche dont le bénéfice n'est pas établi, et donc pas de raison objective de dissuader le patient d'y avoir recours tant que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé est maintenu.

Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Recommandations

En l'état actuel des connaissances, l'efficacité de cette approche n'est pas établie. Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu. Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Tableau 38. Synthèse des données de la littérature sur l'intérêt de la méditation de la pleine conscience dans l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Vancampfort et al., 2014 (204) Niveau de preuve 3	Base de données : EMBASE, PsycINFO, PubMed, <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> , <i>Physiotherapy Evidence Database</i> , and the <i>Cochrane Library</i> . De 1950 jusqu'au 1 ^{er} février 2013. Mots clés : anorexie OU boulimie ET thérapie physique OU physiothérapie OU exercice OU réhabilitation.	(A) Pas de restriction de langage. Pas d'exclusion d'études en raison de l'âge, la nationalité ou du sexe des participants. (P) Diagnostic caractérisé d'anorexie nerveuse ou de boulimie nerveuse. Lorsque les patients souffrant de troubles non spécifiés ont été inclus, au moins deux-tiers de l'échantillon est composé de patients qui souffrent d'anorexie nerveuse ou de boulimie nerveuse. Pas d'exclusion d'études en raison de l'âge, la nationalité ou du sexe des participants. → Huit études soit 213 participants.	(I) Exercices d'aérobic, exercice de résistance physique, relaxation, la thérapie de pleine conscience, yoga, massage ou une combinaison de ceux-ci en conformité avec la <i>World Confederation for Physical Therapy position statement</i> . (C) traitement habituel ou liste d'attente	- Trouble alimentaire. - Mesures anthropométriques (IMC, % de masse grasse et de masse maigre). - Physiologiques (force musculaire, endurance). - Psychologique (qualité de vie, anxiété, dépression).	L'exercice aérobic, le yoga, les massages et la méditation de la pleine conscience réduisent significativement les symptômes alimentaires et dépressifs chez les patientes atteintes de boulimie nerveuse. Significativité : biais d'attrition et de sélection, peu d'études avec un groupe contrôle. Faible niveau de preuve.
Katterman et al., 2014 (205) Niveau de preuve 3	Base de données : PsycINFO, PubMed, MEDLINE, & <i>Google Scholar</i> .	(A) a) Articles originaux publiés dans des journaux évalués par les pairs. b) Études avec une évaluation pré /	(I) Études interventionnelles avec <i>a minima</i> des données avant / après intervention (avec une partie d'exercices de	- Crise de boulimie. - Compulsion alimentaire. - Poids.	La méditation en pleine conscience réduit significativement la fréquence des crises de boulimie et les comportements

	Du commencement jusqu'en mai 2013. Mots clés : pleine conscience, méditation, et alimentation en pleine conscience, obésité et poids. Les recherches sont limitées aux articles écrits en anglais.	post intervention. c) Études dont l'intervention inclut une partie d'exercices de pleine conscience dans chaque session. d) Études avec au moins un des critères de jugement suivants : crise de boulimie, alimentation émotionnelle ou poids. Exclusion des études de cas ou des études avec un échantillon inférieur à cinq. (P) Diagnostic d'hyperphagie boulimique (exclusion d'anorexie nerveuse & boulimie nerveuse). Exclusion des participants actuellement traités par chimiothérapie (effets sur le poids et les comportements alimentaires). Pas d'exclusion en raison de l'âge, du sexe, du poids ou du diagnostic (autres que ceux décrits au-dessus). → Quatorze études	pleine conscience dans chaque session). (C) Pas spécifié.		d'alimentation émotionnelle. Les effets sur le poids sont plus mitigés. Études ouvertes généralement sans groupe contrôle. Faible niveau de preuve
Godfrey <i>et al.</i> 2015 (206) Niveau de preuve 3	PubMed jusqu'au 1^{er} décembre 2013, PsycINFO : jusqu'au 1^{er} décembre 2013, Web of Science : jusqu'au 1^{er}	(A) Écrits en anglais. Publiés dans des journaux scientifiques avec comité de	(I) Essais randomisés contrôlés ou essais ouverts en groupe ou en individuel utilisant la	→ Dix-neuf études. Les crises de boulimie doivent être un critère de jugement mais pas	Possible intérêt pour réduire les crises de boulimie.

décembre 2013.	Mots clés : crise de boulimie OU hyperphagie boulimique OU surconsommation alimentaire OU épisode boulimique objectif ET thérapie d'acceptation et d'engagement OU thérapie comportementale et dialectique OU thérapie de pleine conscience OR méditation OR alimentation en pleine conscience	relecture. Essais randomisés contrôlés et essais ouverts, en groupe ou en individuel, avec intervention psychologique utilisant la thérapie dialectique ou la thérapie ACT ou des thérapies basées sur la pleine conscience. Ces études évaluaient l'hyperphagie boulimique mais pas nécessairement comme critère de jugement principal. (P) Une crise de boulimie est définie par une ingestion rapide et excessive de nourriture associée à une perte de contrôle. Pas de critères d'inclusion ou d'exclusion relatifs aux caractéristiques de la population (les échantillons devaient avoir un niveau de sévérité des comportements compulsifs allant de patients souffrant d'une hyperphagie boulimique caractérisée jusqu'à des échantillons communautaires sans hyperphagie boulimique mais avec des comportements alimentaires compulsifs pathologiques.	thérapie dialectique, la thérapie ACT, les thérapies basées sur la médiation ou sur l'alimentation en pleine conscience. (C) Pas spécifié.	nécessairement la cible principale du traitement. Amélioration des crises avec taille d'effet moyenne à importante.	Limites : grande hétérogénéité des études et des méthodologies. Études incluant principalement sur un critère de crise de boulimie et non sur un diagnostic. Faible niveau de preuve.
----------------	---	---	--	---	--

7.3.5 Les thérapies psychanalytiques⁸

Les thérapies psychanalytiques incluent les thérapies d'inspiration psychanalytique, ou thérapies dites psychodynamiques, et la psychanalyse dite « cure type ».

► Recommandations internationales (cf. tableau 39)

Les recommandations internationales qui mentionnent les thérapies psychodynamiques les proposent en deuxième intention, comme une alternative possible aux TCC, ou en association avec les TCC.

Les recommandations les plus récentes ne mentionnent pas les thérapies psychodynamiques.

Tableau 39. Synthèse des recommandations internationales sur la place des thérapies psychanalytiques

Auteur, année, référence, pays	Recommandations				
<i>Institute for Health and Clinical Excellence</i> , 2004 (120)	Boulimie Lorsque les personnes atteintes de boulimie n'ont pas répondu ou ne veulent pas recevoir de TCC, d'autres traitements psychologiques devraient être envisagées. (B)				
<i>American Psychiatric Association</i> , 2006 (119)	Boulimie Il est recommandé que les interventions psychosociales soient choisies sur la base d'une évaluation globale du patient qui prend en considération son développement cognitif et psychologique, les questions psychodynamiques, les comorbidités psychopathologiques, et les préférences du patient, ainsi que l'âge du patient et sa situation familiale [I]. Les rapports de cas cliniques suggèrent que les approches psychodynamiques et psychanalytiques en format individuel ou en groupe sont utiles une fois les crises et les purges améliorées [III]. <table border="1"> <tr> <th>Thérapies</th><th>Indications / notes</th></tr> <tr> <td>Thérapie psychodynamique et approche psychanalytique</td><td>Peut également être utile.</td></tr> </table> Par rapport à la thérapie psychodynamique ou interpersonnelle, la TCC est associée à une rémission plus rapide des symptômes alimentaires [I], mais en utilisant des interventions psychodynamiques en collaboration avec la TCC et d'autres psychothérapies, de meilleurs résultats globaux peuvent être obtenus [II].	Thérapies	Indications / notes	Thérapie psychodynamique et approche psychanalytique	Peut également être utile.
Thérapies	Indications / notes				
Thérapie psychodynamique et approche psychanalytique	Peut également être utile.				
Herpertz <i>et al.</i> , 2011 (117)	Boulimie D'autres psychothérapies sont possibles si la TCC n'est pas disponible ou semble être				

Tableau 39. Synthèse des recommandations internationales sur la place des thérapies psychanalytiques

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
	inefficace (LOE II, GoR B). La thérapie psychodynamique (PT) peut être recommandée comme une alternative (LOE II, GoR 0).

► Données de la littérature

On retrouve de nombreuses publications rapportant la pratique des thérapies d'inspiration psychanalytique, couvrant diverses modalités thérapeutiques aux noms variés, de durée brève ou longue. Ces publications concernent des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires et définissent les règles d'utilisation de ces thérapies, que ce soit dans la littérature internationale ou dans la littérature nationale.

En revanche, les études évaluatives sont peu nombreuses et le plus souvent anciennes, à l'exception de l'étude de Poulsen *et al.* (207). Nous résumons brièvement ces études ci-dessous.

Leichsenring Leibing, dans une revue de 24 études en 2007 (208), reprend les études ayant fait la preuve de l'efficacité des thérapies analytiques dans le traitement des troubles psychiatriques et il inclut les essais relatifs à la boulimie. Les études réalisées soutiennent l'efficacité de ces thérapies dans une version brève (Fairburn *et al.* 1986 (209); Fairburn *et al.*, 1995 (210); Garner *et al.*, 1993 (211)) et dans une version longue (12 à 18 mois) (Bachar *et al.* 1999 (212)).

Fairburn *et al.* 1986 (209), dans une étude sur 22 patients comparant la thérapie cognitivo-comportementale à la thérapie focale de courte durée (11 patients dans chaque groupe), concluent à une évolution significativement favorable dans les deux groupes à 12 mois mais avec une supériorité de la thérapie cognitivo-comportementale sur la thérapie focale de courte durée, pour ce qui concerne les symptômes boulimiques, l'état clinique global, l'adaptation sociale et le devenir.

Garner *et al.* 1993 (211) ont réalisé une étude avec 60 patients souffrant de boulimie selon les critères du DSM-III-TR, randomisés entre deux traitements de 4 mois (18 séances) de thérapie cognitivo-comportementale ou d'une thérapie dite de support expressive inspirée des thérapies psychodynamiques. L'évaluation a porté sur le devenir en termes de fréquence des vomissements, des crises hyperphagiques, et d'intensité des attitudes face au poids et à la silhouette. Ils ont mis en évidence une amélioration des patients dans chaque groupe. Ils n'observent pas de différence entre les deux groupes pour la fréquence des crises et les vomissements, mais ils ont montré une supériorité de la TCC pour les autres symptômes de trouble des conduites alimentaires.

En 1995, Fairburn *et al.* (210), lors de l'évaluation du devenir à long terme des patients inclus dans deux études, concluent que la thérapie interpersonnelle et la TCC sont supérieures à la thérapie comportementale sur le niveau de symptomatologie de trouble des conduites alimentaires mais pas sur la fréquence du diagnostic de trouble des conduites alimentaires (quel qu'il soit).

Walsh *et al.* 1997 (213) ont réalisé une étude randomisée ayant inclus 120 patients souffrant de boulimie. Les patients ont été randomisés entre TCC et thérapie de support (ayant une dimension psycho-éducative), associées à un traitement par fluoxétine. Ils ont conclu à une efficacité supérieure de la TCC sur la thérapie de support quant aux crises de boulimie et aux vomissements, l'effet de fluoxétine associé à la TCC étant supérieur à la fluoxétine seule.

Bachar *et al.* 1999 (212) ont réalisé une étude sur 33 patients, 25 patients souffrant de boulimie et huit souffrant d'anorexie mentale, randomisés entre un traitement orienté par la psychologie du

moi vs d'orientation cognitive, et un 3^e groupe contrôle et conseils nutritionnels. L'évaluation portait sur les symptômes et comportements alimentaires et les symptômes psychiatriques généraux. Les auteurs concluent à une efficacité significativement supérieure du traitement orienté par la psychologie du moi et à un effet significatif de celui-ci, alors que l'effet était non significatif pour la thérapie d'orientation cognitive. Il faut noter les faibles effectifs dans chaque bras.

En 2014, une étude randomisée contrôlée sur 70 patients souffrant de boulimie de façon chronique (207) (depuis 12 ans en moyenne) a comparé la TCC à la psychanalyse à raison d'une séance par semaine pendant 5 mois pour la TCC et pendant 2 ans pour la psychanalyse (tableau 40). Ils n'ont pas mis en évidence de différence d'efficacité entre les deux types de thérapie sur la symptomatologie boulimique générale ni sur les symptômes anxio-dépressifs. À 24 mois, on observait une amélioration significative du niveau de pathologie alimentaire et du taux de rémission dans les deux groupes. Ce dernier était significativement meilleur pour la TCC. Dès 5 mois et ce jusqu'à 24 mois, la TCC était plus efficace que la psychanalyse pour diminuer la fréquence des crises de boulimie. À 24 mois, l'efficacité des deux thérapies n'était pas différente quant au niveau de pathologie alimentaire (moyenne de score à l'EDE).

Lun et Poulsen 2012 (214) qui avaient participé à la prise en charge psychanalytique insiste sur l'hétérogénéité des sujets quant aux différentes dimensions cliniques et sur la probable nécessité de cibler les indications. Ils soulignent que les crises et les attitudes purgatives ne doivent être abordées que si le sujet est amené par le patient. Les auteurs soulignent la nécessité de s'adapter aux problématiques apportées par le patient.

Par ailleurs, une abondante littérature française (215-231) plaide en faveur des thérapies analytiques, décrit leurs conditions d'utilisation, leurs apports et l'avis des patients.

La cure type, en dehors de situations névrotiques patentes, n'est que rarement proposée d'emblée et la thérapie fait plutôt l'objet d'un face à face et d'aménagements de cadre (15-13-14-10 BRemy). Le psychodrame analytique (215, 230), dans sa mise en forme des conflits, a aussi toute sa place.

Concernant l'avis des patients, une évaluation réalisée dans le cadre du réseau INSERM « Boulimie » (232) rapporte, pour 169 patients suivis en psychothérapie psychanalytique, que 75 % d'entre eux témoignent d'« effets positifs à très positifs ».

Aucune étude n'a été retrouvée sur l'efficacité de la psychanalyse dans l'hyperphagie boulimique.

Dans une étude parue en 2006 (233), une psychothérapie psychodynamique de groupe de 16 semaines pour le trouble de l'hyperphagie boulimique ne différait pas de la TCC de groupe quant à la réduction des accès d'hyperphagie boulimique, ni quant à l'amélioration globale. La thérapie psychodynamique permettait une amélioration des symptômes dépressifs et de l'estime de soi, mais elle était associée une plus grande vulnérabilité à la faim. Les patients ayant un attachement anxieux plus important bénéficiaient davantage de la thérapie psychodynamique.

► Avis du groupe de travail

Les thérapies psychodynamiques sont celles qui sont en France les plus accessibles. Elles sont intéressantes dans un deuxième temps quand les accès boulimiques ont pu être diminués, notamment après une prise en charge cognitivo-comportementale.

Elles peuvent être proposées aux patients souffrant de boulimie sous certaines conditions :

- après un apaisement des symptômes boulimiques ;
- en association avec une prise en charge globale ;
- avec un aménagement du cadre, particulièrement au début de la thérapie ;
- avec des thérapeutes sensibilisés aux troubles des conduites alimentaires.

Si le patient ne souhaite pas s'engager dans une thérapie de type TCC, une thérapie psychodynamique peut être proposée d'emblée.

Recommandations

Boulimie

Les thérapies psychanalytiques peuvent être proposées dans la boulimie :

- dans un deuxième temps, après un apaisement des symptômes boulimiques, notamment après une prise en charge cognitivo-comportementale ;
- avec des thérapeutes sensibilisés aux troubles des conduites alimentaires ;
- en association avec une prise en charge multidisciplinaire.

Il est nécessaire d'informer les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Si néanmoins le patient ne souhaite pas s'engager dans une thérapie dont le bénéfice est établi, une thérapie psychanalytique peut être proposée d'emblée, en association avec une prise en charge multidisciplinaire.

Hyperphagie boulimique

Il n'y a pas de contre-indication à avoir recours aux thérapies psychanalytiques même si le bénéfice n'en n'est pas clairement établi, et donc pas de raison objective de dissuader le patient d'y avoir recours à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu.

Il est nécessaire d'informer les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Tableau 40. Données de la littérature sur l'intérêt de la psychanalyse : essai randomisé contrôlé

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Objectif	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Poulsen <i>et al.</i> , 2014 (207) Niveau de preuve 2	Essais randomisés contrôlés. Soixante-dix patients souffrant de boulimie randomisés en deux groupes : - Deux ans de séance hebdomadaire de psychanalyse sur - 20 séances de TCC sur une durée de 5 mois. Évaluation à l'inclusion puis à 5, 12, 18 mois et 2 ans.	Comparer l'efficacité d'une psychothérapie psychanalytique vs TCC dans le traitement de la boulimie.	<u>Critères d'inclusion</u> Patients majeur souffrant de boulimie (critères DSM-IV). <u>Critères d'exclusion</u> Condition somatique ou psychiatrique qui pourrait interférer avec le traitement, grossesse, traitement psychothérapeuti que actuel.	(I) Psychothérapie psychanalytique : session hebdomadaire de 50 minutes pendant 2 ans (C) TCC Vingt sessions de 50 minutes précédées par une session préliminaire de 90 minutes et une visite de suivi 20 semaines après la fin du traitement.	Pathologie alimentaire : score à EDE. Nombre de crises de boulimie et rémission des crises.	Vingt-sept patients ont terminé l'étude dans le groupe TCC <i>versus</i> 23 dans le groupe psychanalyse. À 24 mois, diminution du nombre de crises plus importante dans le groupe TCC que dans le groupe psychanalyse (42 % <i>versus</i> 15 %, $p < 0,003$). À 24 mois, amélioration significative et équivalente du score total de l'EDE dans les deux groupes. Évolution nettement plus rapide dans le groupe TCC.	1) TCC globalement plus efficace et plus rapide que la psychanalyse pour traiter la boulimie (niveau de preuve 2 ; grade B). 2) La psychanalyse est à l'origine d'une amélioration significative des symptômes après traitement (niveau 2).

7.3.6 Thérapies interpersonnelles

La thérapie interpersonnelle (TIP) est une thérapie structurée initialement développée pour la prise en charge des épisodes dépressifs majeurs. Devant son efficacité dans cette indication, son utilisation a été évaluée dans plusieurs autres troubles dont la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Elle met l'accent sur l'identification et la modification de fonctionnement interpersonnel autour de l'humeur, la détresse psychologique et les comportements « problématiques » (dont les comportements alimentaires).

► Recommandations internationales (cf. tableau 41)

Les recommandations internationales recommandent l'utilisation de la thérapie interpersonnelle comme une alternative moins efficace mais possible aux TCC.

Seule la recommandation britannique du NICE 2017 ne recommande pas leur utilisation.

► Données de la littérature (cf. tableaux 42 et 43)

À ce jour, huit essais randomisés contrôlés ont été menés : dans la boulimie (n = 5), dans l'hyperphagie boulimique (n = 2) et dans un groupe mélangeant des patients souffrant de divers troubles alimentaires (n = 1). Dans toutes ces études, la thérapie interpersonnelle était comparée à une thérapie cognitivo-comportementale.

Ces essais ont été analysés dans la cadre de deux méta-analyses (234, 235). Il ressort un nombre important de biais limitant l'analyse. Néanmoins, il semble que la TCC soit plus efficace que la thérapie interpersonnelle. Dans les études, l'absence de groupe contrôle sans traitement (ou en liste d'attente) ne permet pas de discriminer l'efficacité intrinsèque de la TIP.

Dans l'hyperphagie boulimique, deux essais randomisés contrôlés ont été publiés. Ils sont détaillés dans le tableau 43 et concluent à une absence de différence avec la TCC qui se maintient à 12 et 24 mois.

► Avis du groupe de travail

Après analyse de la littérature, le GT ne partage pas la position du NICE qui exclut cette méthode de thérapie du champ des psychothérapies.

Recommandations

- La thérapie interpersonnelle est une option thérapeutique recommandée dans la prise en charge de la boulimie (grade B).
- La thérapie interpersonnelle est une option thérapeutique recommandée dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique (grade B).

Tableau 41. Synthèse des recommandations internationales sur les thérapies interpersonnelles

Auteur, année, référence, pays	Recommandations		
American Psychiatric Association, 2006 (119)	Boulimie - Certains patients qui ne répondent pas initialement à la TCC peuvent néanmoins répondre à une thérapie interpersonnelle (TIP) ou à la fluoxétine [II] ou à d’autres modes de traitement tels que les psychothérapies de groupe ou familiale [III]. Des essais contrôlés ont également montré l’utilité des thérapies interpersonnelles dans certains cas [II]. - Par rapport à la thérapie psychodynamique ou interpersonnelle, la TCC est associée à une rémission plus rapide des symptômes alimentaires [I], mais en utilisant des interventions psychodynamiques en collaboration avec la TCC et d’autres psychothérapies, de meilleurs résultats globaux peuvent être obtenus [II].		
	Hyperphagie boulimique La thérapie interpersonnelle a été démontrée comme efficace sur les symptômes comportementaux et psychologiques et peut être considérée une des solutions alternatives [II].		
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014 (115)	Boulimie		
	Psychothérapie individuelle.	Réduction des crises de boulimie & réduction de la psychopathologie alimentaire.	Niveau I – TCC spécialement CBT-E. Niveau I – thérapie interpersonnelle. Niveau – thérapie comportementale et dialectique – plus faible preuve.
	Hyperphagie boulimique		
	Psychothérapie individuelle.	Réduction des crises de boulimie & réduction de la psychopathologie alimentaire.	Niveau I – TCC spécialement CBT-E. Niveau I – TCC sous forme d’auto-support pure ou guidée.

			niveau I – psychothérapie interpersonnelle
Herpertz <i>et al.</i> , 2011 (117)	Boulimie La thérapie interpersonnelle (IPT) montre une efficacité comparable à la TCC (ES Ib, GoR B). Hyperphagie boulimique Des études plus récentes ont également montré que la thérapie interpersonnelle pourrait être efficace (LOE Ib).		
American Psychiatric Association, 2012 (178)	Boulimie La thérapie interpersonnelle est recommandée pour les patients qui ne répondent pas à la TCC. Hyperphagie boulimique La directive stipule que la thérapie interpersonnelle et la thérapie comportementale et dialectique peuvent également être considérées.		
Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009 (52)	Boulimie La thérapie interpersonnelle doit être considérée comme une alternative à la TCC. Les patients doivent être informés qu'il faut 8 à 12 mois pour obtenir des résultats comparables à la TCC (adoptée de la recommandation 7.2.7.6 de NICE CPG.). [B]		
NICE, 2004 (120)	Boulimie Lorsque les personnes souffrant de boulimie n'ont pas répondu ou ne veulent pas recevoir de TCC, d'autres traitements psychologiques devraient être envisagés. (B) La psychothérapie interpersonnelle doit être considérée comme une alternative à la TCC, mais les patients doivent être informés qu'il faut 8 à 12 mois pour obtenir des résultats comparables à la TCC. Hyperphagie boulimique D'autres traitements psychologiques (thérapie interpersonnelle pour l'hyperphagie boulimique, et la thérapie comportementale dialectique modifiée) peuvent être proposés aux adultes avec une hyperphagie boulimique persistante. (B)		

<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015 (124)</i>	Boulimie Les thérapies interpersonnelle et dialectique n'ont pas été étudiées chez les adolescents souffrant de boulimie nerveuse, mais par extension des données chez l'adulte, ont possiblement un intérêt et méritent des études complémentaires. Hyperphagie boulimique La TCC, la thérapie interpersonnelle et la thérapie dialectique sont suggérées comme utiles chez l'adulte mais avec peu d'études chez l'adolescent. Néanmoins, des données préliminaires soutiennent au moins l'utilisation de la thérapie interpersonnelle chez l'adolescent.
► <i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017 (50)</i>	Boulimie Dans le cadre du NICE 2017, aucune recommandation n'a été formulée concernant la thérapie interpersonnelle dans le traitement de la boulimie. En effet, la méta-analyse réalisée pour l'argumentaire du NICE conclut que la thérapie interpersonnelle n'est pas efficace dans le traitement de la boulimie, que ce soit en fin de traitement immédiat ou après une période de suivi. Un seul essai randomisé contrôlé, jugé de faible qualité méthodologique, conclut à une supériorité de la thérapie interpersonnelle comparativement à d'autres interventions, sur la consommation de laxatifs. Hyperphagie boulimique Dans le cadre du NICE 2017, aucune recommandation n'a été formulée concernant la thérapie interpersonnelle dans le traitement de l'hyperphagie boulimique. Les deux études présentées dans l'argumentaire du NICE concluent à l'absence de différence de l'IPT versus TCC.

Tableau 42. Meta-analyses portant sur l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la boulimie

Auteur, année, référence	Objectif	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Cuijpers <i>et al.</i> , 2016- (234)	Évaluer l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans les troubles mentaux (ne sont présentés ici que les études et les résultats sur l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique).	Psycinfo, Pubmed, Embase, <i>the Web of Science</i> , <i>Chocrane register</i> De 1950 à avril 2014. Combinaison de mots clés : psychothérapie interpersonnelle combinée avec divers mots clés dont essai randomisé, boulimie nerveuse, trouble alimentaire, hyperphagie boulimique.	(A) Toute étude randomisée où la thérapie interpersonnelle a été comparée à une condition contrôle dans le cadre d'un trouble mental. → Sur 90 études au total, huit concernent les troubles des conduites alimentaires : cinq études dans la boulimie et deux dans l'hyperphagie boulimique, une étude mélangeant divers troubles des conduites alimentaires. Toutes les études ont été réalisées aux États-Unis ou au Royaume-Uni.	(I) Programme de thérapie interpersonnelle. (C) Programme de thérapie cognitivo-comportementale. Même nombre de séances dans les deux groupes allant de 19 à 25 selon les études. Dans quatre études, a également été inclus un groupe : liste d'attente (n = 2) ou une thérapie comportementale (sans aspect cognitif) (n = 2)	(1) Nombre de crises de boulimie. (2) Évolution des scores à l'EDE. (3) Indice de masse corporelle. Les critères de jugement sont évalués à la fin du programme. Les résultats compilent l'ensemble des huit études.	Si l'on rassemble les huit études (391 patients souffrant de boulimie et 367 d'hyperphagie boulimique), la TIP a des résultats équivalents au groupe contrôle (TCC, liste d'attente, thérapie comportementale) ((g = - 0,15 ; 95 %. CI = - 0.32 to 0,03 ;). 2) Si comparaison avec la TCC uniquement, la Thérapie interpersonnelle est significativement moins efficace en post traitement sur les scores de l'EDE (nombres de sujet à traiter de neuf en faveur de la TCC). Pas d'hétérogénéité, ce qui augmente la validité intrinsèque des résultats mais risque élevé de biais

						dans six études sur huit. Pas de différence en termes d'efficacité entre TCC et TIP sur les deux études avec faible biais mais faible puissance Pas de comparaisons par rapport à une liste d'attente. Pas d'information sur les résultats à distance.
Hay et Claudino, 2010 (235)	Évaluer l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la boulimie.	Psycinfo, Pubmed, Embase, <i>the Web of Science</i>, <i>Cochrane register</i>. De 2002 à avril 2010. Combinaison de mots clés : <i>interpersonal psychotherapy</i> combiné avec <i>randomized trial</i>, <i>bulimia nervosa</i>.	(A) Étude randomisée où la thérapie interpersonnelle a été comparée à une condition contrôle (P) chez des patients souffrant de boulimie. Comparaison en post traitement et à 1 an.	(I) Programme de thérapie interpersonnelle C) groupe contrôle quel qu'il soit	(1) Nombre de crise de boulimie. (2) Taux d'abstinence des crises. Évaluation en fin de programme et à 1 an.	Deux études incluses (257 patients). Groupe de comparaison TCC. Pas d'études retrouvées comparant la thérapie interpersonnelle à une liste d'attente. Amélioration des patients dans les deux groupes. TCC significativement plus efficace que la thérapie interpersonnelle en post traitement sur le nombre de crise (RR 1,29

						95 % CI 1,15 to 1,49) Un an après la fin du traitement, la différence observée n'est plus significative à la fois sur le nombre de crises de boulimie et sur la rémission des crises (RR 1,08 95 % CI 0,94 to 1,22). Faible taille d'effet et manque de puissance. Possible.
--	--	--	--	--	--	--

Tableau 43. Evaluation de l'intérêt de la thérapie interpersonnelle dans l'hyperphagie boulimique : essais randomisés contrôlés

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Objectif	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Wilfley <i>et al.</i> , 2002 (236) 2002 Niveau 2	Essai randomisé contrôlé. 162 patients souffrant d'hyperphagie boulimique randomisés en 2 groupes : - TCC ; - groupe de thérapie interpersonnelle. Évaluation en pré / post intervention et puis à 4, 8 et 12 mois.	Évaluer l'efficacité d'un programme de thérapie interpersonnelle comparativement à un programme de TCC dans une population de patients souffrant d'hyperphagie boulimique.	162 patients souffrant d'hyperphagie boulimique (critères DSM-IV).	20 séances hebdomadaires de 90 minutes de TCC ou thérapie interpersonnelle + 3 sessions individuelles (pré traitement, à la moitié du programme et en post traitement)	- Psychopathologie alimentaire (EDE). - Taux de rémission des crises. - IMC. - Estime de soi et fonctionnement social. Évaluation en post traitement immédiat, et 12 mois.	En post traitement, pas de différence significative. 82 % de rémission dans le groupe TCC <i>versus</i> 74 % dans le groupe thérapie interpersonnelle. À 12 mois, 72 % de rémission dans le groupe TCC <i>versus</i> 70 % dans le groupe thérapie interpersonnelle. à 12 mois pas de différence significative 85% ont un EDE normalisé dans le groupe TCC <i>versus</i> 75% dans le groupe thérapie interpersonnelle. Pas de différence en termes de poids	Suggère que la TIP est efficace et une alternative à la TCC.

						entre les deux groupes et avant et après programme.	
Wilson <i>et al.</i> , 2010 (189) Niveau 1	Essai randomisé contrôlé. 205 patients souffrant d'hyperphagie boulimique randomisés en 3 groupes : - thérapie interpersonnelle ; - traitement comportemental de la perte de poids ; - <i>self-help</i> guide base sur la TCC. 2 ans de suivi (tous les 6 mois à partir de la fin de l'intervention), évaluateurs en aveugle du traitement reçu.	Évaluer l'efficacité d'un programme de thérapie interpersonnelle dans l'hyperphagie boulimique comparativement au traitement comportemental de la perte de poids et aux outils d'auto-support guidé basé sur la TCC.	205 patients majeurs souffrants d'hyperphagie boulimique (DSM-IV). IMC entre 27 et 45. Exclusion : troubles psychotiques, trouble bipolaire. Idées suicidaires actuelles, dépendance OH ou substance dans les 6 derniers mois.	Les 3 interventions durent 24 semaines. TIP : 19 sessions au total (durée totale identique au traitement comportemental de la perte de poids). Traitement comportemental de la perte de poids : 16 sessions individuelles hebdomadaires d'environ 50 minutes + 4 sessions d'entretien. Auto-support basé	- Rémission des crises- psychopathologies alimentaires (EDE). - IMC. - Fonctionnement. Évaluation en post traitement immédiat, 4 mois et 12 mois et 24 mois.	TCC et TIP plus efficaces que la thérapie comportementale sur le poids à tous les temps et non différentes entre elles. Amélioration de tous les critères de jugement (sauf l'IMC) entre T0 et T12 stable à T24.	TIP semble efficace et une alternative à la TCC stable dans le temps.

				sur la TCC : manuel basé sur la TCC 10 séances avec un thérapeute : explication de l'intérêt du manuel + motivation			
--	--	--	--	---	--	--	--

7.3.7 Thérapies familiales

Il s'agit d'approches thérapeutiques, variant en fonction du champ théorique de référence (psychanalytique, systémique, comportemental, attachementiste, dialectique...) ayant en commun de rassembler toute ou partie de la famille. Certaines formes de thérapies familiales associent en plus des éléments de psycho-éducation. Parmi les thérapies familiales, se sont développées des formes multifamiliales (thérapie groupale associant plusieurs familles).

Historiquement, c'est dans les années 1970 que la thérapie familiale a été introduite dans la problématique des troubles des conduites alimentaires, principalement chez les adolescents. Les thérapeutes pionniers (notamment S. Minuchin aux États-Unis et M. Selvini Palazzoli à Milan) insistaient d'emblée sur l'importance de l'alliance thérapeutique, la gestion de l'ambiance affective, les « tâches » thérapeutiques, la restructuration familiale et la libération de contraintes intergénérationnelles.

Par la suite, ces thérapies familiales ajouteront aux éléments structuraux et intergénérationnels les apports des thérapies narratives (notamment travail d'externalisation), stratégiques, cognitivo-comportementales, psychoéducatives et psychodynamiques dans des formes de thérapies mixtes (associant temps familiaux et individuels). Parmi ces thérapies dites « d'orientation familiale », la méthode la plus étudiée est celle développée au Maudsley Hospital de Londres. Cette dernière ne retient pas de causalité linéaire concernant l'origine des troubles des conduites alimentaires et les relations familiales, mais considère que le trouble impacte négativement le développement de l'adolescent et de sa famille et donc les relations familiales. Pour rappel, la thérapie familiale a montré sa supériorité dans l'anorexie mentale en comparaison à la thérapie individuelle dans l'anorexie mentale de l'adolescent (pour revue en français, voir Cook-Darzens, 2013 (237)).

Pour la boulimie, dans les suites des travaux sur l'anorexie mentale, la thérapie basée sur l'approche familiale (*Family based treatment*), développée initialement par l'équipe du Maudsley's Hospital, a été adaptée pour les patients souffrant de boulimie nerveuse (238). Elle se différencie de celle proposée dans l'anorexie mentale par le fait qu'initialement les sessions séparent les parents et le patient. Le thérapeute travaille à établir une alliance et une motivation au changement avec l'adolescent, ainsi qu'une confiance au sein des relations familiales. Les premières sessions avec les parents visent à donner des éléments de psychéducation, une *guidance* parentale, un coaching parental et à réduire leur niveau de critique et de culpabilité. Les sessions séparées visent à permettre, dans un second temps, des sessions conjointes entre parents et enfants quand la communication et la collaboration peuvent être initiée. Cela permettra ensuite de définir des cibles de changement des comportements. La thérapie multifamiliale (TMF) inclut des éléments des approches systémiques, dialectiques et cognitives (238).

En France, l'approche la plus communément utilisée est la thérapie familiale systémique, impliquant l'ensemble du système familial sans étude évaluative publiée à ce jour.

► Recommandations internationales (cf. tableau 44)

L'implication de la famille dans les soins proposés aux enfants et adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires fait l'unanimité. La place de la thérapie familiale est progressivement apparue au sein des recommandations internationales pour les enfants et adolescents par analogie avec l'anorexie mentale, initialement sur consensus d'expert. L'apparition d'études d'évaluation a progressivement confirmé la place de la thérapie familiale telle que développée par l'équipe de Le Grange *et al.* dans les soins proposés aux jeunes souffrant de boulimie et en fait même, pour les NICE en 2017, une indication de premier choix.

► **Données de la littérature (cf. tableau 45)**

Malgré l'abondance et l'ancienneté de la littérature sur l'importance des interactions familiales dans les troubles des conduites alimentaires, initialement dans le contexte de l'anorexie mentale et ultérieurement de la boulimie, relativement peu de travaux se sont centrés sur l'évaluation des thérapies familiales pour la boulimie nerveuse et aucun pour l'hyperphagie boulimique. Nous avons retrouvé 25 articles entre 2005 à 2016 publiés sur les thérapies familiales chez les adolescents souffrant de boulimie, la plupart étant des avis d'experts (*opinion paper*). Seulement une revue de la littérature résumant trois essais randomisés sur la thérapie familiale et un essai ouvert portant sur la thérapie multifamiliale étaient publiés et ont été sélectionnés. Ils sont résumés dans le tableau 45.

La thérapie familiale a été évaluée dans la boulimie pour les patients les plus jeunes (avant 18 ans).

La thérapie familiale évaluée est celle développée dans les suites des travaux du Maudsley.

Elle se structure selon trois phases :

- Initialement (2-3 premiers mois, séances hebdomadaires), les séances ont pour but d'apprendre aux parents à lutter efficacement contre la boulimie, les conduites de purge, la restriction et les autres comportements de contrôle du poids. Elles visent aussi à travailler l'externalisation du symptôme afin d'augmenter le soutien parental et son acceptation par l'adolescent.
- Quand les troubles des conduites alimentaires s'améliorent, les rendez-vous (espacés tous les 15 jours) visent à rendre à l'adolescent son autonomie dans la gestion de l'alimentation.
- La 3^e phase (séances mensuelles) est centrée sur la relance au sein de la dynamique familiale du développement adolescent impacté par le trouble.

Plus récemment encore, un nouveau modèle de thérapie multifamiliale a été proposé. Ce modèle associe thérapies familiales et de groupe (Cook-Darzens 2013 (237)).

La différenciation de moments individuels dans les sessions rassemblant toute la famille, voire plusieurs familles, pourrait permettre de renforcer certaines dimensions du travail thérapeutique (Cook-Darzens 2013 (237)). Les techniques de thérapie familiale évaluées ci-dessus visent :

- à développer l'alliance thérapeutique et l'engagement relationnel à la fois de l'adolescent et de ses parents. En particulier, certaines familles rapportent une diminution du sentiment d'isolement, de honte et de culpabilité à travers les thérapies multifamiliales ;
- le travail de psychoéducation qui permet notamment un meilleur contrôle des symptômes par la famille dans une phase initiale avant de rendre progressivement son autonomie à l'adolescent ;
- l'externalisation du symptôme, la différenciation de l'adolescent de ses comportements pathologiques, le développement de l'empathie ;
- la gestion du niveau d'expression émotionnelle (critique et hostilité ou surimplication émotionnelle) et de la distance émotionnelle. Lorsque le niveau d'hostilité est important, la thérapie familiale « séparée » (espace différent pour les parents et l'adolescent) semblerait susciter moins de confrontations négatives (Cook-Darzens, 2013 (237)) ;
- l'expérimentation des compétences familiales, des rôles et positionnements familiaux renforcés par la maladie, des capacités de communication, de résolution de conflits, d'autonomie ;
- l'accompagnement de la relance du développement adolescent : indépendance et autonomie, gestion des conflits, engagement relationnel, acceptation de l'expérience émotionnelle.

Les populations étudiées étaient des quasi-exclusivement adolescentes, féminines, normo-pondérées et les thérapies de contrôle étaient des thérapies de soutien, des thérapies cognitivo-comportementales. La durée des thérapies était de 6 mois et le suivi s'est effectué sur une période allant de 6 à 12 mois.

Les résultats en fin de traitement pour ces études ayant comparé thérapie familiale vs autres thérapies individuelles étaient variables. Ils montraient une supériorité de la thérapie familiale dans la boulimie nerveuse (TF-BN) avec un niveau de preuve allant de très faible à faible, que ce soit sur des objectifs symptomatiques (rémission, nombre de crises, purges) et sur des dimensions plus larges (hospitalisations, image et préoccupations corporelles, dépression) en comparaison avec une thérapie de soutien ou une TCC.

► Conclusion des données de la littérature

Au total, les données ne permettent pas de conclure à la supériorité des thérapies familiales sur d'autres formes de thérapies dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

Cependant, comme dans l'anorexie mentale, des données préliminaires suggèrent que l'ajout de temps de thérapie familiale dans des formes de thérapie « mixtes » améliorerait l'efficacité sur la symptomatologie, diminuerait le recours à l'hospitalisation (études comparatives, taille d'effet faible à très faible) et le retentissement familial du trouble (rapports de cas).

► Avis du groupe de travail

Ce type de thérapie est peu ou pas disponible en France.

Par analogie avec les données dans l'anorexie mentale, la thérapie familiale systémique peut être recommandée en association à une prise en charge globale.

Recommandations

Pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de boulimie, l'implication de la famille dans les soins par une thérapie familiale est recommandée (plus particulièrement l'approche développée par l'équipe du Maudsley – appelée *family based treatment* ou thérapie basée sur une approche familiale) en complément d'une approche multidisciplinaire individuelle adaptée, centrée sur la boulimie.

Tableau 44. Synthèse des recommandations internationales sur les thérapies familiales

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> , 2004 (120)	Boulimie Lorsque les personnes atteintes de boulimie n'ont pas répondu ou ne veulent pas recevoir de TCC, d'autres traitements psychologiques devraient être envisagés. (B)
<i>American Psychiatric Association</i> , 2006 (119)	Obtenir le soutien de la famille et leur fournir des conseils ou les impliquer dans des thérapies familiales. Les thérapies familiales et de couple devraient être envisagées en particulier pour les adolescents qui vivent avec leurs parents, pour les patients plus âgés en conflit permanent avec leurs parents, ou pour les patients en conflit conjugal. Boulimie La thérapie familiale doit être utilisée dans la mesure du possible, en particulier pour les patients adolescents qui vivent encore avec leurs parents [II] ou des patients plus âgés ayant des relations conflictuelles avec leurs parents [III], les patients en crise conjugale peuvent bénéficier d'une thérapie de couple [II]. <i>[I] Recommended with substantial clinical confidence</i> <i>[II] Recommended with moderate clinical confidence</i> <i>[III] May be recommended on the basis of individual circumstances.</i>
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> , 2014 (115)	Les résultats sont mitigés pour la thérapie familiale chez les adolescents plus âgés ou adultes et, contrairement à l'anorexie mentale, la thérapie familiale ne serait pas en première ligne dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

	Thérapie familiale dans la boulimie : réduction des crises de boulimie et réduction de la psychopathologie alimentaire (niveau II – preuves contradictoires).
Herpertz, 2011 (117)	Boulimie La psychothérapie est le traitement de choix pour la boulimie nerveuse. - Dans le cas des enfants et des adolescents atteints de boulimie nerveuse, les membres de la famille devraient être impliqués dans le traitement (PCC)
<i>American Psychiatric Association</i> , 2012 (178)	Boulimie - Les études continuent de démontrer l'intérêt de la thérapie familiale pour les patients souffrant de boulimie, en particulier pour les adolescents.
NICE 2018 (50)	1.5.7 La thérapie familiale (FT-BN) pour les enfants et les jeunes souffrant de boulimie devrait : • typiquement être composée de 18-20 sessions sur 6 mois ; • viser à établir une bonne relation thérapeutique avec la personne et les membres de sa famille ou les soignants ; • viser à soutenir et encourager la famille à aider la personne à se rétablir ; • ne pas blâmer la personne, les membres de sa famille ou les soignants ; • inclure des informations sur : • régulation du poids corporel, • les régimes, • les effets indésirables de la tentative de contrôler le poids avec des vomissements, des laxatifs ou d'autres comportements compensatoires auto-induits ; • utiliser une approche collaborative entre les parents et le jeune pour établir des habitudes alimentaires régulières et minimiser les comportements compensatoires ; • inclure des rencontres régulières avec la personne seule tout au long du traitement ; • inclure l'autosurveillance des comportements boulimiques et des discussions avec les membres de la famille ou les soignants ; • dans les phases ultérieures du traitement, aider la personne et les membres de sa famille ou les soignants à établir un niveau d'indépendance approprié à leur niveau de développement ; • dans la phase finale du traitement, se concentrer sur les plans concernant la fin du traitement (y compris les préoccupations de la personne et de

	sa famille) et sur la prévention des rechutes.
--	---

	1.5.8 Envisager de soutenir les membres de la famille qui ne participent pas à la thérapie familiale pour les aider à faire face à la détresse causée par la maladie.
--	--

	1.5.9 Si le FT-BN est inacceptable, contre-indiqué ou inefficace, envisager une thérapie cognitivo-comportementale axée sur les troubles de l'alimentation (TCC) pour les enfants et les jeunes atteints de boulimie.
--	--

Tableau 45. Synthèse des données de la littérature sur les thérapies familiales

Auteur	Méthode	Objectifs	Population	Intervention Contrôle	Critères jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Jewell <i>et al.</i> , 2016 (238)	Revue de la littérature systématique sur les études randomisées.	Évaluant l'efficacité des TF et TMF pour anorexie mentale et boulimie chez les enfants et les adolescents. 3 ECR et 1 essai ouvert sur la TMF pour la boulimie exposée ici.	Adolescents ou enfants souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie. 1) Le Grange (2007, 2008) : n = 80. 2) Schmidt (2007) : n = 85. 3) Le Grange (2015a et 2015b) n = 130. 4) Stewart <i>et al.</i> , 2015 (n = 10).	1) ECR : TBAF vs thérapie de soutien 6 mois. 2) ECR : TF vs A-S-TCC 6 mois. 3) ECR : TBAP vs TS ou TCC. 4) Essai ouvert de thérapie multifamiliale 20 semaines 1 h 30 par semaine.	1,2,3 : abstinence des crises de boulimie nerveuse et conduites de purgé. 4 : symptômes de boulimie nerveuse, de dépression, stratégies adaptatives.	Thérapie familiale : 1) Le Grange <i>et al.</i> (2007) (239) : supériorité significative de TBAP 39 % abstinence vs 18 % thérapie de soutien maintien à 6 mois (respectivement 29 % vs 10 %). 2) Schmidt <i>et al.</i> , (2007, 2008) (240) : pas de différence TF vs A-S-TCC initiale, ni à 6 mois. Une réduction des symptômes alimentaire à la session 6 prédit un meilleur devenir en termes d'abstinence. Difficultés pour les adolescents les plus âgés d'associer les parents. 3) Le Grange <i>et al.</i> , (2015) (241). TBAF vs TCC significativement plus d'abstinence TBAF en fin de traitement, (39 % vs 20 %) à 6 mois (44 % vs 25 %). Pas de différence à 1 an. Moins d'hospitalisation pour TBAP à	Un biaisé car pas d'aveugle pour l'évaluation. Sinon, 2 RCT non biaisés et une étude observationnelle sur 10 patients pour TMF.

						un an. Facteurs prédictifs, abstinence boulimie nerveuse en fin de traitement : homme, moins d'obsessions et de compulsions alimentaires (YBOCS-ED), plus forte cohésion familiale au début du traitement (<i>Family environmental scale</i>). Thérapie multifamiliale : baisse significative des symptômes boulimiques. Facteurs prédictifs, abstinence boulimie nerveuse en fin de traitement : homme, moins de symptômes alimentaires, faible niveau de dépression, plus forte cohésion familiale au début du traitement (Le Grange, 2015 (241)).	
Anderson <i>et al.</i>, 2015 (242)	Essai ouvert.	Évaluer en ouvert une thérapie associant thérapie dialectique et TBAF dans le cadre d'une hospitalisation à	Adolescent boulimie nerveuse n = 35	Thérapie dialectique et TBAF associées.	Symptômes alimentaires, crises de boulimie, vomissements auto induits mesurés par <i>Eating Disorder Examination</i> — Questionnaire (EDE-Q) Sentiment	Améliorations : Symptômes alimentaires, t(68) = 4,52, p = ,002, crises de boulimie, t(68) = 2,01, p = ,041, et vomissements auto induits t(68) = 2,90, p = ,005. sentiment d'efficacité parentale t(20) = ,081, p =	

		temps partiel.			d'efficacité parentale, régulation émotionnelle mesurée par <i>Difficulties in Emotional Regulation Scale</i> (DERS) mesuré par parents <i>versus anorexia scale</i> (PVA).	.001 par contre pas d'amélioration de la régulation émotionnelle.	
A-S-TCC : outil d'auto-support de thérapie cognitive et comportementale ; ECR : essai contrôlé randomisé ; TBAF : thérapie basée sur une approche familiale (<i>family based treatment</i>) ; FT : thérapie familiale ; TMF : thérapie multifamiliale ; TS : thérapie de soutien.							

7.4 Traitements psychotropes

Généralités sur les traitements : se reporter au tableau 46

Les traitements médicamenteux apparaissent globalement comme possiblement contributifs au traitement de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique, aucun traitement n'a d'indication comme seule prise en charge. Les recommandations Nice 2018 excluent toute étude impliquant les firmes pharmaceutiques et se positionnent de ce fait en opposition avec les autres recommandations sur l'utilisation des IRSS et du topiramate.

Recommandations en fonction du type de molécule

À ce jour, deux molécules ou classes de molécules (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et topiramate) ont bénéficié d'une évaluation plus détaillée dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Nous avons donc fait le choix de détailler plus spécifiquement les recommandations concernant ces traitements puis de détailler les autres traitements :

- inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) : cf. tableau 47 ;
- topiramate : cf. tableau 48 ;
- autres traitements : cf. tableau 49.

Boulimie

De nombreux traitements médicamenteux ont été proposés dans la boulimie.

Seuls les IRSS et le topiramate cités précédemment dans les recommandations internationales ont bénéficié d'une évaluation dans au moins deux essais randomisés indépendants.

Les études sur les autres médicaments disponibles en France n'ayant pas bénéficié d'évaluation suffisante et ne pouvant donner lieu à aucune recommandation sont présentées à titre informatif en annexe 12.

Le tableau 50 résume les méta-analyses sur l'utilisation des ISRS et du topiramate en cas de boulimie. Il est à noter que cette méta-analyse a inclus des études réalisées par l'industrie pharmaceutique (études qui ont également été retenues dans toutes les recommandations internationales, sauf le NICE 2017). Le tableau 51 résume un essai randomisé contrôlé évaluant l'intérêt des ISRS (fluoxétine) pour prévenir la rechute dans la boulimie nerveuse / hyperphagie boulimique.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), et principalement la fluoxétine, ont montré une efficacité sur la diminution des crises (niveau de preuve 1) à condition d'être utilisés à une dose adéquate (60 mg pour la fluoxétine). En l'absence d'effets secondaires, un essai randomisé contrôlé suggère qu'il est utile de maintenir ce traitement sur plusieurs mois (niveau de preuve 3). L'antidépresseur à privilégier est un ISRS pour des raisons de tolérance et si possible la fluoxétine qui est le seul avec une AMM en France dans cette indication.

Hyperphagie boulimie

Plusieurs traitements médicamenteux ont été évalués dans l'hyperphagie boulimique. Il convient de préciser que le biais majeur de l'ensemble des études est qu'il n'existe pas de données d'efficacité au-delà de quelques mois, ce qui limite fortement l'interprétation des résultats.

Nous nous limitons aux molécules actuellement disponibles en France. La lisdexamfetamine non disponible en France n'est pas discutée ici.

Le tableau 52 résume une méta-analyse récente portant sur l'utilisation des traitements médicamenteux dans l'hyperphagie boulimique.

Les ISRS ont montré une efficacité sur la diminution des crises (niveau de preuve 2) et pourraient améliorer les obsessions alimentaires (niveau de preuve 3).

Le topiramate pourrait diminuer les crises, améliorer les obsessions alimentaires, et favoriser la perte de poids (niveau de preuve 3). Néanmoins, il existe un fort risque de mésusage avec cette molécule du fait de son effet très important sur la perte de poids qui a abouti à une mise en garde de l'ANSM quant à son utilisation chez des sujets en surpoids ou en situation d'obésité (243).

Toutes les autres molécules commercialisées en France en 2017 n'ont pas d'intérêt dans l'hyperphagie boulimique et ne devraient pas être prescrites en dehors d'un protocole de recherche. Cela inclut le baclofène pour lequel des détournements d'utilisation dans l'indication d'obésité et / ou hyperphagie boulimique ont été constatés par l'ANSM⁹ et la naltrexone, qui n'ont jamais été testés aux posologies proposées, en dehors de quelques séries de cas.

L'utilisation des psychotropes dans leurs indications habituelles en cas de comorbidités avec des troubles psychiatriques doit tenir compte des effets indésirables métaboliques et pondéraux et sur le comportement alimentaire de certains d'entre eux.

Avis du groupe de travail

Pour augmenter l'observance, une étape initiale de préparation est utile (prise en charge non spécifique de soutien, outils d'auto-support, entretien motivationnel). Il convient de vérifier les indications / non indications. Il est important de bien expliquer au patient que cette prescription doit s'intégrer dans une prise en charge plus globale et n'a pas pour objectif de faire maigrir.

Dans l'indication du traitement des crises de boulimie nerveuse, bien que l'efficacité ait été montrée, le profil de tolérance des antidépresseurs tricycliques fait qu'ils ne doivent pas être prescrits dans cette indication (Cf. Recommandations HAS de la prise en charge de la dépression).

Les ISRS ne peuvent être proposés qu'en deuxième ligne (en cas d'impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée) et toujours associés à une prise en charge psychologique et multidisciplinaire) car il n'existe pas de donnée sur le long terme.

En cas de prescription d'ISRS, compte tenu de l'absence de donnée sur la durée optimale, par extension des données sur les troubles de l'humeur et les troubles anxieux à la boulimie, une prescription de plusieurs mois est nécessaire (6 mois minimum).

Recommandations

Recommandations générales sur la prescription de psychotropes dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique

Pour augmenter l'observance en cas de prescription de psychotropes, une étape initiale d'information et de préparation est utile (prise en charge non spécifique de soutien, outils d'auto-support, entretien motivationnel).

Il est important de bien expliquer au patient que cette prescription doit s'intégrer dans une prise en charge plus globale et qu'elle ne constitue à elle seule le traitement de ses troubles.

⁹ <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Mise-en-garde-sur-l-utilisation-hors-AMM-du-baclofene-dans-les-troubles-du-comportement-alimentaire-Point-d-Information>

Il convient particulièrement de vérifier les contre-indications et les précautions d'usage et en particulier celles liées aux conséquences des troubles des conduites alimentaires (troubles métaboliques, complications somatiques,...).

En cas de vomissements, il faut préciser au patient de prendre ses médicaments à distance de ses conduites de purge pour en garantir l'absorption.

Boulimie

Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la sérotonine) peuvent être proposés en deuxième ligne chez les adultes (en cas d'impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée et en l'absence de contre-indication) et toujours en association avec une prise en charge psychologique et multidisciplinaire. En cas de prescription d'ISRS, une prescription de plusieurs mois est nécessaire.

Le topiramate, compte tenu de la balance bénéfices / risques et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé dans la prise en charge des TCA.

Dans l'indication du traitement des crises de boulimie, bien que l'efficacité ait été montrée, le profil de tolérance des antidépresseurs tricycliques fait qu'ils ne sont pas recommandés dans cette indication.

En l'état actuel des connaissances, les autres médicaments n'ont pas lieu d'être prescrits pour traiter la boulimie.

Les psychotropes peuvent être utilisés dans leurs indications habituelles en cas de comorbidités avec des troubles psychiatriques chez les personnes souffrant de boulimie ; néanmoins, cela doit être fait avec une attention particulière concernant les effets secondaires pouvant être aggravés par les troubles métaboliques fréquents (hypokaliémie, déshydratation), et avec une administration à distance des vomissements.

Hyperphagie Boulimique

Les ISRS peuvent être proposés en deuxième ligne (notamment en cas d'impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée) et toujours associés à une prise en charge psychologique et multidisciplinaire. En cas de prescription d'ISRS, une prescription de plusieurs mois est nécessaire.

Le topiramate, compte tenu de la balance bénéfices / risques et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé.

En l'état actuel des connaissances, les autres médicaments n'ont pas lieu d'être prescrits pour traiter l'hyperphagie boulimique.

Les psychotropes peuvent être utilisés dans leurs indications habituelles en cas de comorbidités avec des troubles psychiatriques chez les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique ; néanmoins, cela doit être fait avec une attention particulière tenant compte de la balance bénéfices / risques de ces traitements, notamment d'un point de vue métabolique et pondéral.

Tableau 46. Synthèse des recommandations internationales présentant les principes généraux de la prescription des traitements psychotropes dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
American Psychiatric Association, 2006 (119)	<u>Boulimie</u> ▶ Envisager l'introduction d'un antidépresseur pour réduire la fréquence des crises de boulimie et des vomissements, réduire les symptômes associés (par exemple, la dépression, l'anxiété, obsessions, impulsivité), et prévenir les rechutes. - Pour la prévention des rechutes, la plupart des cliniciens recommandent la poursuite de l'antidépresseur pendant au moins 9 mois. - L'efficacité de la combinaison psychothérapie / médicaments peut être supérieure à une ou l'autre modalité seule. - Divers antidépresseurs peuvent être essayés séquentiellement pour obtenir un effet optimal. En l'absence de réponse, le clinicien doit évaluer si le patient a pris des médicaments peu avant des vomissements; les taux sériques peuvent être utiles. - Les cliniciens doivent être au fait des <i>black box warning</i> concernant les antidépresseurs chez les adolescents et discuter avec le patient et la famille des avantages et risques potentiels du traitement qui doit être prescrit. - Les antidépresseurs peuvent être utiles pour les patients présentant des symptômes associés : dépression, anxiété, obsessions, ou certains symptômes du trouble d'impulsion ou pour les patients qui n'ont pas bénéficié de TCC ou avaient seulement une réponse suboptimale à la thérapie [I]. - Les cliniciens doivent être au fait de la <i>black box*</i> relative aux antidépresseurs et discuter des avantages et risques potentiels du traitement antidépresseur avec les patients et les familles [I]. (* La <i>Food and Drug Administration (FDA)</i> américaine a imposé qu'un avertissement accompagne les antidépresseurs afin d'informer clairement médecins et patients du risque accru de pensées et d'actes suicidaires chez les enfants et les adolescents prenant ces médicaments. L'avertissement doit figurer dans un cadre entouré d'un liseré noir appelé « <i>black box</i> » aux États-Unis.) ▶ Combinaison d'interventions psychosociales / TRAITEMENT médicamenteux. - Dans certaines recherches, la combinaison traitement antidépresseur / TCC entraîne des taux de rémission plus élevés ; par conséquent, cette combinaison est recommandée au départ lorsque des thérapeutes TCC qualifiés sont disponibles. En outre, lorsque la TCC seule ne donne pas lieu à une réduction substantielle des symptômes après dix séances, il est recommandé d'ajouter de la fluoxétine [III].

	<u>Hyperphagie boulimie</u> ▸ Évaluer si le patient doit bénéficier d'un traitement antidépresseur ou d'un autre traitement. - Le traitement antidépresseur est associé à une réduction à court terme des crises de boulimie, mais en général ne se traduit pas par une perte de poids importante. - Les ISRS ont moins d'effets indésirables et plus de preuves d'efficacité lorsqu'ils sont utilisés à l'extrémité supérieure de l'intervalle posologique recommandé. - La sibutramine, un médicament coupe-faim, est efficace pour la suppression des crises de boulimie à court terme et peut entraîner une perte de poids significative. - Le topiramate, un anticonvulsivant, peut réduire les crises et diminuer le poids, mais son utilisation peut être limitée par les effets secondaires. ▸ Évaluer si le patient doit bénéficier d'une combinaison psychothérapie / pharmacothérapie : bien que des preuves limitées soient disponibles, le traitement combiné est fréquemment utilisé dans la pratique clinique. ▸ Combinaison d'interventions psychosociales / TRAITEMENT médicamenteux : - pour la plupart des patients atteints de troubles des conduites alimentaires, associer un antidépresseur à la TCC n'a pas d'effet significatif sur la suppression des crises de boulimie en comparaison avec les médicaments seuls. Cependant, les médicaments peuvent entraîner une réduction de poids supplémentaire et ont des bénéfices psychologiques associés [II] ; - associer de l'orlistat à un programme d'auto-support guidé pourrait être associé à une perte de poids plus importante [III].			
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014</i> (115)	- Certains essais menés chez des patients boulimiques et hyperphages boulimiques ont mis en évidence un avantage additif pour la combinaison traitement psychotrope / psychothérapie, mais les résultats sont contradictoires. Ainsi, lorsque les patients ont une réponse limitée à la psychothérapie seule, ou qu'ils ont une dépression comorbide, la pharmacothérapie peut avoir un rôle en tant que traitement d'appoint. - Lorsqu'une psychothérapie n'est pas disponible, les données disponibles orientent vers la mise en place d'un traitement pharmacologique. EBR I. - Surveiller les effets indésirables de tout antiépileptique ou antidépresseur utilisé et modifier l'utilisation selon les besoins. EBR II <u>Boulimie</u> <table><tr><td>TRAITEMENT antidépresseur</td><td>Réduction des crises de boulimie, en particulier quand il est associé à une psychothérapie.</td><td>Niveau I – tricycliques, IMAO, ISRS. Niveau III – autres classe d'ATD.</td></tr></table>	TRAITEMENT antidépresseur	Réduction des crises de boulimie, en particulier quand il est associé à une psychothérapie.	Niveau I – tricycliques, IMAO, ISRS. Niveau III – autres classe d'ATD.
TRAITEMENT antidépresseur	Réduction des crises de boulimie, en particulier quand il est associé à une psychothérapie.	Niveau I – tricycliques, IMAO, ISRS. Niveau III – autres classe d'ATD.		

		Prévention de la rechute.	Niveau II – des preuves contradictoires, attrition élevée.
	Anticonvulsivants	Réduction des crises de boulimie & purges. Amélioration de la qualité de vie.	Niveau I – topiramate. Niveau II – topiramate.
	<u>Hyperphagie boulimique</u>		
	TRAITEMENT antidépresseur	Réduction des crises de boulimie, en particulier quand il est associé à une psychothérapie.	Niveau I – SSRIs. Niveau II – atomoxetine. Niveau III – autres classes d'ATD.
	Thymorégulateurs	Réduction des crises de boulimie & action sur la perte de poids chez les obèses	Niveau I – topiramate. Niveau II – zonisamide mais problème d'effets secondaires
Herpertz et al., 2011 (117)	<u>Hyperphagie boulimie</u> ▸ L'objectif de la plupart des patients hyperphages est généralement de recevoir un traitement tenant compte de leur obésité comorbide et de leur souhait de perdre du poids. Ce désir doit être pris en compte dans le plan de traitement et doit être soigneusement discuté avec le patient. ▸ En Allemagne, aucun médicament n'est officiellement autorisé pour le traitement de l'hyperphagie boulimique (utilisation hors AMM). Les patients atteints d'hyperphagie qui reçoivent des antidépresseurs (tricycliques, ISRS, les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline) et des anticonvulsivants (topiramate et zonisamide) avaient des taux plus élevés de rémission (fréquence des crises de boulimie) que ceux qui ont reçu le placebo (d = 0,52 ; LOE Ia, GoR B). ▸ La combinaison thérapie médicamenteuse / TCC ne conduit pas à de meilleurs résultats concernant les symptômes alimentaires, mais a de petits effets sur la perte de poids. Une TCC dans l'hyperphagie boulimique semble avoir des résultats supérieurs au traitement pharmacologique seul (fluoxétine, fluvoxamine).		
American Psychiatric	Pour la plupart des patients, l'ajout d'un médicament antidépresseur à une prise en charge nutritionnelle et / ou TCC n'a pas d'effet significatif sur la		

Association, 2012 (178)	suppression des crises de boulimie en comparaison avec les médicaments seuls.
Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009 (52)	Boulimie - Les patients doivent être informés que le traitement antidépresseur peut réduire la fréquence des crises de boulimie et des épisodes de purges, mais les effets ne sont pas immédiats (adaptée à la recommandation 7.3.6.2. du guide NICE). [B] - Dans le traitement de la boulimie nerveuse, des traitements pharmacologiques autres que les antidépresseurs ne sont pas recommandés (adaptée à la recommandation 7.3.6.4. du guide NICE). [B] Hyperphagie boulimique - Traitement antidépresseur / ISRS peut être proposé à un patient avec une hyperphagie boulimique, indépendamment du fait qu'il / elle suit un programme de SH guidée ou non. (Adaptée à la recommandation 8.3.5.1. du guide NICE). [B] - Les patients doivent être informés que le traitement antidépresseur / ISRS peut réduire la fréquence des crises de boulimie, mais la durée des effets à long terme est inconnue. Un traitement antidépresseur peut être bénéfique pour un petit nombre de patients. (Adoptée à la recommandation 8.3.5.2. du guide NICE). [B] - En l'absence de preuves pour guider la prise en charge des hyperphagies boulimiques, il est recommandé de traiter le patient en se basant sur le problème alimentaire qui se rapproche le plus du trouble de l'alimentation du patient. [D]
National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004 (120)	Boulimie - Comme alternative ou en adjonction d'un programme d'auto-support, les adultes atteints de boulimie peuvent recevoir un traitement antidépresseur. (B) - Les patients doivent être informés que les antidépresseurs peuvent réduire la fréquence des crises de boulimie et de purge, mais les effets à long terme sont inconnus. Tous les effets bénéfiques seront rapidement apparents. (B) - Aucun médicament autre que les antidépresseurs n'est recommandé pour le traitement de la boulimie. (B) Hyperphagie boulimique - Comme alternative ou en adjonction d'un programme d'auto-support, les adultes atteints de boulimie peuvent recevoir un traitement antidépresseur alimentaire. (B) - Les patients atteints d'hyperphagie boulimique doivent être informés que les ISRS peuvent réduire les crises de boulimie, mais les effets à long terme sont inconnus. Les antidépresseurs peuvent être un traitement suffisant pour un sous-ensemble limité de patients. (B)

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018 (50)	Les preuves sont de qualité trop faible pour recommander un médicament pour traiter la boulimie nerveuse. Cependant, il est convenu que des médicaments peuvent être nécessaires pour traiter les comorbidités telles que les troubles dépressifs majeurs et les troubles anxieux puisque des taux élevés de prévalence ont été rapportés chez les personnes atteintes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.
---	--

Tableau 47. Synthèse des recommandations internationales sur les Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
American Psychiatric Association, 2006 (119)	Boulimie - TRAITEMENT qui a le plus de preuves d'efficacité et le moins d'effets secondaires. - Utile pour la dépression, l'anxiété, les obsessions, certains symptômes du trouble d'impulsion, et pour les patients avec une réponse sub-optimale à la thérapie psychosociale. - La fluoxétine est le seul médicament actuellement approuvé par la FDA pour la boulimie. - Les posologies peuvent être supérieures à celles utilisées pour traiter la dépression (par exemple, 60-80 mg / jour de fluoxétine). - Les effets secondaires typiques comprennent l'insomnie, des nausées, l'asthénie, des effets secondaires d'ordre sexuel. TRAITEMENT initial - Les antidépresseurs ont démontré leur efficacité pour la plupart des patients souffrant de boulimie [I], avec un traitement ISRS ayant le plus de preuves d'efficacité et le moins d'effets indésirables [I]. - À ce jour, la fluoxétine est le mieux étudié de ces derniers et le seul médicament approuvé par la FDA pour la boulimie. La sertraline est le seul autre SSRI qui a été montré comme efficace, comme démontré dans une petite étude randomisée contrôlée. En l'absence de thérapeutes qualifiés pour traiter la boulimie avec les TCC, la fluoxétine est recommandée comme traitement initial [I]. - Les posologies d'ISRS supérieures à celles utilisées pour la dépression (par exemple, la fluoxétine 60 mg / jour) sont plus efficaces dans le traitement des symptômes boulimiques. - Les résultats d'un petit essai en ouvert suggèrent que la fluoxétine pourrait être utile pour les adolescents souffrant de boulimie [II].

	Phase de maintenance - Des preuves limitées recommandent l'utilisation de la fluoxétine pour la prévention des rechutes [II], mais des taux importants de rechute sont rapportés, même avec un traitement. En l'absence de données adéquates, la plupart des cliniciens recommandent la poursuite du traitement antidépresseur pour un minimum de 9 mois et probablement pendant 1 an pour la plupart des patients souffrant de boulimie [II]. Hyperphagie boulimique - Des preuves substantielles suggèrent que le traitement par antidépresseurs, en particulier les antidépresseurs ISRS, est associé à minima à une réduction à court terme des crises de boulimie, mais, pas à une perte de poids substantielle [I]. - La posologie est généralement à l'extrémité supérieure de la fourchette recommandée [I], la sibutramine (coupe-faim) est efficace pour la suppression crises de boulimie, au moins à court terme , et est également associée à une perte de poids significative [II] . Combinaison d'interventions psychosociales / TRAITEMENT médicamenteux La Fluoxétine en conjonction à un groupe de TCC ne peut pas aider à la suppression des crises de boulimie ou à la perte de poids, mais peut réduire les symptômes dépressifs [II] .
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014 (115)	La Fluoxétine à dose élevée est recommandée dans la boulimie; d'autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont également efficaces à la fois dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique. EBR I
Herpertz et al., 2011 (117)	Boulimie L'administration d'ISRS est le traitement psychotrope de choix. En Allemagne, seule la fluoxétine en combinaison avec la psychothérapie est autorisée chez les adultes boulimie nerveuse (B, niveau de preuve Ia). Dans la pharmacothérapie de la boulimie nerveuse, les ISRS représentent le traitement de 1^{ère} ligne : réduction des symptômes, peu d'effets indésirables, et l'acceptation du patient (LOE Ia, GoR B). - La dose efficace de fluoxétine dans la boulimie nerveuse est de 60 mg / jour (LOE Ib , GoR B). Toute prise de traitement devrait être d'au moins 4 semaines.
American Psychiatric Association, 2012 (178)	Boulimie - Pour la fluoxétine, évidence de grade A avec un bon rapport bénéfices / risques. Hyperphagie boulimique - Une evidence de grade A pour la sertraline et le citalopram / escitalopram (tous avec des rapports bénéfices / risques bons). - Évidence de grade D pour la fluvoxamine et la fluoxétine.

Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009 (52)	Boulimie - La dose de fluoxétine utilisée chez les patients atteints de boulimie nerveuse est supérieure à la dose utilisée pour traiter la dépression (60 mg / jour). (Adaptée à la recommandation 7.7.6.5. du guide NICE). [D] - Parmi les antidépresseurs ISRS, la fluoxétine est le médicament de premier choix pour le traitement de la boulimie nerveuse, en termes d'acceptabilité, de tolérance et de réduction des symptômes. (Adoptée à la recommandation 7.3.6.3. du guide NICE). [D]
National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004 (120)	Boulimie - Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) (spécifiquement fluoxétine) sont les médicaments de premier choix pour le traitement de la boulimie en termes d'acceptabilité, de tolérance et de réduction des symptômes .(C) - Pour les personnes souffrant de boulimie, la dose efficace de fluoxétine est plus élevée que pour la dépression (60 mg par jour). (C)
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2015 (124)	Boulimie La fluoxétine est efficace à 60 mg chez l'adulte. Un essai chez l'adolescent suggère que ces résultats peuvent être étendus à l'adolescent. Recommandation de juxtaposer à celle des adultes. La fluoxétine est proposée en cas de refus ou d'échec de la TCC. Hyperphagie boulimique La fluoxétine est efficace à 60 mg chez l'adulte. Un essai chez l'adolescent suggère que ces résultats peuvent être étendus à l'adolescent. Recommandation de juxtaposer à celle des adultes. La fluoxétine est proposée en cas de refus ou d'échec de la TCC.
Forum Med Suisse 2013 (51)	Boulimie Les ISRS (fluoxétine à 60 mg / jour) peuvent être proposés. Hyperphagie boulimique Les ISRS semblent n'apporter qu'une efficacité modérée et sur le court terme.
World Federation of Societies of Biological	Boulimie - Pour citalopram il n'y a pas d'efficacité claire dans la boulimie par rapport au placebo (catégorie de preuves E). - Pour la fluoxétine, il y a sept ERC dont six montrent une efficacité par rapport au placebo concernant le comportement boulimiques (catégorie de preuve A, recommandation de grade 1).

Psychiatry, 2011 WFSBP GUIDELINE (244)	- Pour la fluvoxamine, il y a trois ECR dont deux montrent l'efficacité par rapport au placebo concernant le comportement boulimiques (catégorie de preuve B, catégorie de recommandation 2). - Pour sertraline, il y a un ECR qui montre l'efficacité par rapport au placebo concernant les comportements boulimiques (catégorie de preuve B). - Les ISRS doivent être utilisés à des doses journalières supérieures à celles requises pour l'effet antidépresseur pour obtenir une action anti-boulimique. Hyperphagie boulimique - Citalopram / escitalopram : il y a deux ERC montrant une efficacité dans l'hyperphagie comparativement au placebo (évidence de grade A, catégorie de recommandation 1). - Il y a trois études sur quatre sans résultats favorables pour l'utilisation de la fluvoxamine dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade D). - En ce qui concerne la fluoxétine, il y a des résultats contradictoires concernant l'efficacité sur la réduction de poids et des symptômes dépressifs, (catégorie de preuves grade D). - La sertraline efficace dans deux ECR par rapport au placebo sur les comportements et la psychopathologie associée à l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade A, catégorie de recommandation 1).
National Institute for Health Clinical Excellence, 2018 (50)	Les preuves sont de qualité trop faible pour recommander des ISRS pour traiter la boulimie ou l'hyperphagie boulimique. (À noter que plusieurs études incluses dans toutes les autres recommandations (y compris celle du NICE 2002) ont été exclues car financées par une firme pharmaceutique.

Tableau 48. Synthèse des recommandations internationales sur le topiramate

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
<i>American Psychiatric Association, 2006 (119)</i>	Boulimie De petits essais contrôlés ont démontré l'efficacité du topiramate (anticonvulsivant), mais parce que les effets indésirables sont fréquents, il devrait être utilisé que lorsque les autres médicaments se sont révélés inefficaces [III]. En outre, parce que les patients ont tendance à perdre du poids avec le topiramate, son utilisation est problématique pour les personnes à poids normal ou faible [III]. Hyperphagie boulimique Le topiramate (anticonvulsivant) est efficace pour la réduction des crises de boulimie et la perte de poids. Les effets indésirables peuvent néanmoins limiter son utilité clinique pour certaines personnes [II].
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014 (115)</i>	Le topiramate (antiépileptique) est également efficace dans les deux pathologies et est associé à une perte de poids. Cependant, le topiramate peut entraîner des effets secondaires problématiques tels qu'une paresthésie et une altération du goût. Envisager le topiramate ou orlistat pour les patients qui présentent une obésité comorbide, du fait de son effet sur la perte de poids. EBR II
<i>American Psychiatric Association, 2012 (178)</i>	Boulimie Pour le topiramate, évidence de grade A avec un rapport bénéfices / risques modéré. Hyperphagie boulimique Évidence de grade A pour le topiramate (rapport bénéfices / risques modéré).
<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 2011 (244) WFSBP GUIDELINE</i>	Boulimie Il y avait deux ERC sur le topiramate avec une efficacité dans la réduction de la boulimie quand associé à une psychothérapie. Il y a une évidence de grade A pour le topiramate dans la boulimie nerveuse, avec un rapport bénéfices / risques modéré.

	Hyperphagie boulimique Il y a trois ECR qui suggèrent une efficacité du topiramate par rapport au placebo dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves Grade A, recommandation grade 2).
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017 (50)</i>	Le niveau de preuve est trop faible pour recommander le topiramate dans le traitement de l'hyperphagie boulimique. (À noter que plusieurs études incluses dans toutes les autres recommandations (y compris celle du NICE 2002) ont été exclues car financées par une firme pharmaceutique).

Tableau 49. Synthèse des recommandations internationales présentant les autres traitements psychotropes étudiés dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
American Psychiatric Association, (119) 2006	Boulimie Les antidépresseurs tricycliques et les IMAO ont été rarement utilisés avec les patients boulimiques et ne sont pas recommandés comme traitements initiaux [I]. Plusieurs antidépresseurs différents peuvent être essayés séquentiellement pour identifier le médicament spécifique avec l'effet optimal [I]. Bupropion Doit être évité chez les patients souffrant de boulimie en raison de l'augmentation du risque épileptique. Pour les patients qui ont besoin d'un thymorégulateur (par exemple, le trouble bipolaire), choisir une molécule qui est le plus compatible avec les préférences et les comportements du patient La prise de poids associée au lithium et à l'acide valproïque peut déstabiliser les patients atteints de trouble des conduites alimentaires et entraîner la non-observance au traitement. Les lithiémies peuvent changer considérablement avec les changements de volumes rapides qui accompagnent les crises de boulimie et les Purges. Lithium : deux médicaments qui sont utilisés pour la stabilisation de l'humeur, le lithium et l'acide valproïque, induisent tous les deux une prise de poids chez les patients [I] et peuvent donc être moins acceptables pour les patients qui sont préoccupés par leur poids. Le lithium n'est pas recommandé pour traiter la boulimie car il est inefficace [I]. Chez les patients comorbides boulimie-troubles bipolaires, le traitement avec le lithium est plus susceptible d'être associé à une toxicité [I]. Les rapports de cas indiquent que le méthylphénidate peut être utile pour les patients souffrant de boulimie et de TDAH [III], mais il

	doit être utilisé uniquement pour les patients qui ont un diagnostic très clair de TDAH [I]. Hyperphagie boulimique Le zonisamide peut produire des effets similaires en ce qui concerne la perte de poids et peut également causer des effets secondaires [III].
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014 (115)</i>	Les recommandations et méta-analyses ont montré que les antidépresseurs tricycliques peuvent être efficaces pour les personnes atteintes de boulimie, mais les effets indésirables limitent l'utilité clinique.
<i>American Psychiatric Association, 2012 (178)</i>	Boulimie Les ATD tricycliques, évidence de grade A avec un rapport bénéfices / risques modéré. Hyperphagie boulimique Évidence de grade A appuie sur l'utilisation de l'imipramine (rapport bénéfices / risques modérée).
<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 2011 (244) WFSBP GUIDELINE</i>	Boulimie Quatre essais randomisés contrôlés (ERC) sur l'imipramine : efficacité dans la réduction des comportements boulimiques (catégorie de preuve A, recommandation de grade 2). Il y a un ERC sur amitriptyline : aucune preuve claire de supériorité par rapport au placebo, seulement dans le sous-groupe dépressif il y avait une différence significative par rapport au placebo (catégorie de preuve D)/ Il y a six ERC sur désipramine : efficacité dans la réduction des comportements boulimiques (catégorie de preuve A, recommandation de grade 2). RIMA: moclobemide montre aucune efficacité dans la boulimie en un ERC (catégorie de preuves E). Le phénelzine montre une efficacité par rapport au placebo dans trois ERC concernant le comportement boulimique ; néanmoins la phénelzine est associée à des effets secondaires graves, donc ce médicament ne peut pas être recommandé. (catégorie de preuve A, aucune recommandation). Isocarboxazide montre une efficacité par rapport au placebo dans un ERC (catégorie de preuve B). Il n'y a pas d'effet général pour le brofaromine dans la boulimie nerveuse, mais il a été associé à une réduction de poids. Pour le réboxétine et la duloxétine, il y a seulement une étude ouverte qui suggère efficacité dans la boulimie, mais aucun ERC n'a

été trouvé (catégorie de preuves C1).
 Pour le bupropion ainsi que pour le trazodone, un ERC montre une efficacité par rapport au placebo dans la réduction de la boulimie associée à une psychothérapie. Aucune preuve n'a été trouvée pour l'efficacité de la miansérine dans un ERC. Il n'y avait pas d'efficacité pour la carbamazépine et l'oxcarbamazépine dans la boulimie.
 Il n'y a pas d'effet positif d'une adjonction de d-fenfluramine à une psychothérapie brève.
 Il n'y a pas d'efficacité pour le lithium dans la boulimie.
 L'Odansétron a une efficacité par rapport au placebo dans 1 ERC pour les comportements boulimiques. Il y a une preuve de grade B, mais il devrait y avoir une mise en garde quant à l'utilisation de ces médicaments en raison des effets secondaires

Hyperphagie boulimique

Il y a trois ERC (deux avec imipramine, un avec désipramine) qui montrent une réduction de la fréquence des crises de boulimies comparativement au placebo dans l'hyperphagie boulimique. Il existe une évidence de grade A pour l'imipramine avec un rapport bénéfices / risques modéré (recommandation de grade 2).
 Il y a un RCT qui montre l'efficacité de l'atomoxétine dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade B).
 Il y a seulement une série de cas pour la venlafaxine suggérant une efficacité dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade C).
 Il y a quatre ECR qui montrent efficacité de la sibutramine par rapport au placebo dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade A, mais il y a un rapport de t faible risques / bénéfices).
 Il y a seulement une étude ouverte qui donne à penser qu'il pourrait y avoir une efficacité par rapport au placebo concernant la réboxétine dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade C).
 Il y a un RCT de zonisamide qui a montré une efficacité sur la psychopathologie, le poids et le comportement associé à l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade B).
 Il y a seulement un essai ouvert qui suggère que le baclofène pourrait être utile pour réduire la fréquence des crises de boulimie (catégorie de preuves grade C).
 Orlistat a été montré pour être efficace dans trois ECR par rapport au placebo dans la réduction de poids associée à l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade A, faible à modéré rapport bénéfices / risques).
 Un ECR a montré une efficacité par rapport au placebo pour la fenfluramine à réduire le nombre de crises par semaine (catégorie de preuves grade B).

	Il y a un RCT qui montre une efficacité par rapport au placebo de la naltrexone dans la réduction des consommations d'alcool dans l'hyperphagie boulimique (catégorie de preuves grade B).
--	--

Tableau 50. Synthèse des données de la littérature sur les traitements pharmacologiques dans la boulimie : revue et méta-analyse

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Bacaltchuk et Hay, 2003 (245) Niveau de preuve 2	1) Recherches électroniques de MEDLINE (1966 à décembre 2002), EMBASE (1980-décembre 2002), PsycINFO (à décembre 2002), LILACS & SCISEARCH (à 2002). (3) L'inspection des références de tous les essais identifiés ? (4) Contact avec les compagnies pharmaceutiques et le chercheur principal des essais inclus.	(P) Patients souffrant de boulimie (critère de Russel ou DSM-IV). (A) Écrit en anglais. Essais randomisés, contrôlés. Le critère de jugement principal portait sur le traitement de la boulimie. Patients de tout âge ou sexe. Les études incluses devaient répondre aux critères de qualité A ou B selon le manuel Cochrane. La revue comprend 19 études. Six des tricycliques (imipramine, desipramine et amitriptyline), cinq avec des ISRS (fluoxétine), cinq avec des IMAO (phénelzine, isocarboxazide, moclobémide et brofaromine) et trois avec d'autres classes de médicaments (miansérine, trazodone et	<u>Intervention</u> : antidépresseur. Contrôle : placebo.	A. Changements dans les symptômes boulimiques. (I) Rémission et ou / une réduction de 100 % des épisodes de crises. B. Tolérance du traitement. (I) Nombre de sortie d'études pour effets secondaires / abandons.	1) Rémission Les antidépresseurs sont à l'origine d'une augmentation du nombre de rémissions <i>versus</i> placebo 0,88 (95 % CI 0,82 – 0,93; p < 0,001) Les antidépresseurs sont à l'origine d'une diminution des crises plus importante que le placebo. Particulièrement les ISRS (0,68 (95 % CI 0,59 – 0,79). 2) Tolérance Aucune différence significative retrouvée entre les classes d'antidépresseurs et <i>versus</i> placebo dans le nombre de personnes abandonnant pendant l'essai en raison d'événements indésirables.

		bupropion). En fonction du critère de jugement, analysé le nombre d'études qui pouvaient varier dans la méta-analyse.			Pour les abandons d'études. Pas de différence entre placebo et ISRS. Plus d'abandons dans les études avec tricyclique que dans le groupe placebo. Conclusion L'utilisation d'un antidépresseur est cliniquement efficace sur le court terme pour le traitement de la boulimie par rapport au placebo. Meilleure acceptabilité de la fluoxétine.
Arbaizar et al. 2008 (246) Niveau de preuve 3	MEDLINE. Jusqu'au 2 janvier 2008.	(P) Patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique. (A) Écrit en anglais Essai randomisé, contrôlé. Le critère de jugement principal portait sur le traitement de la boulimie et / ou de l'hyperphagie boulimique par du topiramate, chez des patients de tout âge ou sexe. NB : ne sont analysées ici que les études portant sur la boulimie.	<u>Intervention</u> : topiramate. Contrôle : placebo.	a) Changements dans le nombre de crises par semaine. b) Poids.	Deux essais publiés (129 patients en tous et 10 semaines de suivi). Dose de topiramate flexible 50 – 400 mg. Amélioration à la fois des crises de boulimie et des vomissements supérieure dans le groupe topiramate ($-4,4 \pm 0,3$; placebo group : $-1,7 \pm 2,2$).

					Plus d'effets secondaires dans les groupes topiramate. Pas d'information sur la sévérité des effets secondaires mais pas de différence entre les groupes en termes de sorties d'études pour EIG. Taux de perdus de vue très important dans les deux études (respectivement 40 % et 20 %) sans différence entre les groupes actif et placebo limitant fortement l'interprétation des résultats. Conclusion : niveau de preuve très faible sur l'efficacité du topiramate sur le court terme dans la boulimie.
--	--	--	--	--	--

Tableau 51. Synthèse des données de la littérature sur les traitements pharmacologiques dans la boulimie : essais randomisés contrôlés sur le long terme

Auteur, année, référence, pays	Méthode	objectif	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Romano et al. 2002 (247)	Essai randomisé contrôlé. Patients souffrant de boulimie et qui étaient répondeurs à un traitement de 8 semaines de fluoxétine randomisé, soit dans un groupe placebo, soit dans un groupe maintien de la fluoxétine, durant 52 semaines.	Évaluer l'efficacité d'un maintien de la fluoxétine sur le « long » terme.	150 patients souffrant de boulimie (critères DSM-IV) et qui étaient répondeurs (diminution d'au moins 50 % de leurs crises) à 8 semaines de fluoxétine à 60 mg.	I) Fluoxétine 60 mg. C) Placebo.	- Critère principal : durée avant rechute. Critères secondaires : psychopathologie alimentaire et fonctionnement à 52 semaines.	Délai de rechute plus tardif dans le groupe actif ($\chi^2 = 5,79$, df = 1, $p < 0,02$). Le groupe actif avait de meilleurs résultats que le groupe placebo sur tous les critères secondaires à 12 mois.	Grade B Justifie le maintien de la fluoxétine sur plusieurs mois à l'instar de ce qui est préconisé dans la dépression.

Tableau 52. Synthèse des données de la littérature sur les traitements pharmacologiques dans la l'hyperphagie boulimique : revues et méta-analyses

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Brownley et al., 2016 (191)	Base de données : - EMBASE, the Cochrane Library, Academic OneFile, CINAHL, and ClinicalTrials.gov jusqu'au 18/11/15? - MEDLINE jusqu'au 12/05/16.	(P) Patients souffrant d'hyperphagie boulimique (DSM-IV ou V). Écrit en anglais. Essais randomisés. Groupe contrôle : placebo. Tous les articles éligibles ont été indépendamment revus par deux des auteurs (dont un méthodologiste). Si le risque de biais était jugé important (confusion dans les critères d'inclusion, pas d'analyse en intention de traiter, analyse portant sur un critère de jugement principal différent de celui initialement déclaré...), l'étude était exclue de la méta-analyse mais utilisée dans une analyse qualitative. → Onze essais randomisés contrôlés vs placebo ont été	Intervention : Toute molécule active. Contrôle : placebo. Certaines études pouvaient être des études d'adjonction médicamenteuse à des prises en charge psychothérapiques.	Cinq critères de jugement retenus : les crises : taux d'abstinence et / ou modification du nombre de crises ; la symptomatologie alimentaire ; le poids et ou l'IMC ; la tolérance.	Les crises. Méta-analyse : - plus d'abstinents sous ISRS que sous placebo (39,9 % vs 23,6 %; RR, 1,67 [CI, 1,24 to 2,26]; force de la preuve modérée) ; - nombre de crises : - diminution du nombre de crises plus important sous lisdexamfetamine (-1,35 par semaine [CI, -1,77 to -0,93] ; force de la preuve importante) ; - diminution du nombre de crises plus importante sous ISRS - 0,67 par semaine [CI, -1,26 to -0,09],] ; force de la preuve modérée. Analyse qualitative : sur la base

		inclus dans la méta-analyse. Sept portaient sur des ISRS à forte dose (fluoxétine 60 ou 80 mg, Escitalopram 30 mg, sertraline jusqu'à 200 mg ou duloxétine jusqu'à 120 mg). Trois portaient sur de la Lisdexamfetamine 30 sur 70 mg et une sur du bupropion 300 mg. Toutes ces études duraient entre 6 et 12 semaines. → Quatorze essais randomisés contrôlés vs placebo n'ont pas été inclus dans la méta-analyse : - Huit comparaient une molécule active à un placebo. Deux de ces études portaient sur du topiramate (dose flexible entre 200 et 400 mg) et les autres études sur (acamprosate, lamotrigine, ALKS-33, chromium, Atomoxetin). À l'exception de l'étude sur l'ALKS-33, toutes ces études portaient sur des durée de 10 à 26 semaines. - Six étaient des études d'adjonction (à une TCC, une prise en charge diététique ou une prise en charge psychothérapique centrée sur la perte de poids). Une étude portait sur du topiramate, une sur de la			de synthèses qualitatives, le topiramate augmente la rémission et réduit les crises. 2) Symptomatologie alimentaire. Meta-analyse : Les ISRS réduisent les obsessions et compulsions alimentaires 3.84 [CI, -6.55 to 11.3], faible force de la preuve. La lisdexamfetamine réduit les obsessions et compulsions alimentaires -6,50 [CI, - 8,82 to - 4,18], force de la preuve modérée. Analyse qualitative : sur la base des analyses qualitatives, le topiramate diminue les obsessions et compulsions alimentaires.
--	--	---	--	--	---

		fluoxetine, une sur l'imipramine et trois sur l'orlistat. Durée des études entre 8 et 24 semaines. En fonction du critère de jugement analysé, le nombre d'études pouvait varier dans la méta-analyse comme dans l'analyse qualitative.			3) Poids et ou IMC. Meta-analyse : aucune étude ne se différencie du placebo en termes de prise et / ou de perte de poids. Analyse qualitative : Sur la base des analyses qualitatives, la lisdexamfetamine et le topiramate amènent à une perte de poids supérieure à celle du placebo. 4) Tolérance au traitement : les effets secondaires reportés avec les médicaments étaient ceux retrouvés dans d'autres populations. Quatre effets secondaires graves sous Lisdexamfetamine. Le lisdexamfétamine a entraîné plus d'insomnie (RR, 2,80 [CI, 1,74 à
--	--	---	--	--	--

					4,51], plus de troubles du sommeil (RR, 2,19 [IC, 1,36 à 3,54] (force de la preuve élevée dans les deux cas), ainsi que plus de maux de tête (RR, 1,63 [CI, 1,13 à 2,36], et de troubles gastro-intestinaux (RR, 2,71 [CI, 1,14 à 6,44) (Force de la preuve modérée dans les deux cas). Dans les analyses qualitatives, une perte d'appétit, plus fréquemment retrouvée avec le topiramate et la fluvoxamine, et plus de troubles gastro-intestinaux et de troubles du sommeil étaient observés avec la fluvoxamine. Le traitement a été interrompu environ deux fois plus souvent chez les patients avec un médicament actif (seul ou combiné) (n = 98 ; treize d'entre eux ont présenté un événement indésirable
--	--	--	--	--	---

					grave) que dans le groupe placebo (n = 43 ; sept d'entre eux ont présenté un événement indésirable grave). Signification générale. Sur le court terme : les ISRS diminuent les crises (grade B) et pourraient améliorer les obsessions alimentaires (grade c). Le topiramate pourrait diminuer les crises, améliorer les obsessions alimentaires, et favorise la perte de poids (grade c). La lisdexamfétamine non disponible en France n'est pas gradée. Aucun autre traitement n'a un niveau de preuve justifiant son utilisation dans l'hyperphagie
--	--	--	--	--	--

					boulimique.
--	--	--	--	--	-------------

7.5 Approches complémentaires

7.5.1 Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et autres techniques de neuromodulation non invasives.

Les techniques de neuromodulation non invasives sont actuellement en cours d'évaluation dans les troubles alimentaires. En dépit d'effets intéressants sur la physiopathologie des troubles, il n'existe pas d'essai clinique dans l'hyperphagie boulimique et les deux essais randomisés contrôlés publiés dans la boulimie ne sont pas concluants (cf. tableau 53).

Tableau 53. Essai randomisé contrôlé sur l'utilisation de la rTMS dans la boulimie

Auteur, année, référence	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Walpoth et al., 2008 (248)	Essai randomisé contrôlé vs placebo en double aveugle.	14 femmes boulimiques depuis plus de 6 mois. 18-35 ans. Exclusion : dépression sévère. Traitement (psychothérapie ou traitement pharmacologique) dans les 3 derniers mois.	1 semaine de rTMS active Puis, 3 semaines de sham (3 x 5 jours).	Symptomatologie alimentaire : crises / échelle YBOCS. Symptomatologie dépressive BDI.	Diminution significative du nombre moyen de crises avant / après dans les 2 groupes (sham et actif) mais pas de différence significative entre les 2 groupes.	Pas d'intérêt à un programme de rTMS ciblant le cortex préfrontal.
Gay et al 2016 (249)	Essai randomisé contrôlé vs placebo en double aveugle.	47 patientes souffrant de boulimie et non répondeuses à un traitement par fluoxétine. 18-40 ans.	10 sessions de rTMS à haute fréquence sur le cortex préfrontal dorsolateral gauche ou dix sessions de stimulation fantôme sur deux semaines.	Nombre de crises de boulimie dans les 15 jours après la fin du programme de stimulation.	Pas de différences entre le groupe rTMS et le groupe avec stimulation fantôme.	Pas d'intérêt à un programme de rTMS ciblant le cortex préfrontal.

BDI : *Beck Depression Inventory* ; rTMS : Stimulation magnétique transcrânienne répétitive ; sham : traitement factice = stimulation « fantôme » ; YBOCS : *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

Avis du groupe de travail

Ces techniques ne devraient pas être utilisées dans les troubles alimentaires hors protocole de recherche.

Recommandations

Les techniques de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et autres techniques de neuromodulation non invasives ne sont pas recommandées dans les troubles alimentaires hors protocole de recherche.

7.5.2 Art thérapie

Aucune étude n'a évalué l'efficacité de l'art thérapie dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique. Les preuves scientifiques d'utilisation de la musicothérapie et / ou de l'art thérapie dans ces troubles sont absentes. Néanmoins, une utilisation empirique répandue suggère une efficacité et un intérêt de ces approches qui sont par ailleurs bien tolérées et sans risque majeur.

Avis du groupe de travail

L'art thérapie pourrait être intéressant mais devrait être utilisé dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique en complément de prises en charge validées et tant que le cadre de l'accompagnement multidisciplinaire est maintenu.

Recommandations

En l'état actuel des connaissances, l'efficacité de l'art thérapie et de la musicothérapie n'est pas établie. Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu.

Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

7.5.3 Autres thérapies à médiation corporelle et psychocorporelle

Quelques études à faible niveau de preuve ont étudié l'effet de **l'exercice physique** spécifiquement pour traiter les symptômes du trouble des conduites alimentaires (en dehors d'un effet éventuel sur la surcharge pondérale). Ces données suggèrent que l'exercice physique aurait un intérêt sur les symptômes alimentaires et sur les affects dépressifs associés au trouble alimentaire.

Il pourrait y avoir un intérêt potentiel des **massages** dans l'amélioration de la symptomatologie dépressive chez les boulimiques. Il existe aussi un possible effet de **l'acupuncture** et de la **relaxation** dans l'amélioration de la symptomatologie anxieuse présente dans les troubles alimentaires mais pas sur les symptômes alimentaires en eux-mêmes.

Le **yoga** pourrait avoir un effet sur l'amélioration de la symptomatologie alimentaire et des crises.

Plusieurs études ont évalué l'effet de la **thérapie par la lumière**. Si cette prise en charge a un effet sur la réduction des affects dépressifs, aucun effet n'a été mis en évidence spécifiquement sur les troubles alimentaires en population de patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.

Avis du groupe de travail

Le rôle de ces différentes méthodes n'est pas clair et des études supplémentaires devraient être conduites dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique.

Néanmoins, l'utilisation empirique répandue de ces méthodes suggère un intérêt de ces approches qui sont par ailleurs bien tolérées et sans risque majeur.

Ces approches pourraient être intéressantes mais doivent être utilisées dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique en complément des prises en charge validées et ne doivent pas être utilisées de manière isolée.

En France, ces approches psychocorporelles sont délivrées entre autres dans le cadre de la psychomotricité.

Recommandations

En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des thérapies à médiation corporelle et psychocorporelle n'est pas établie. Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement multidisciplinaire recommandé soit maintenu.

Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Tableau 54. Revue de la littérature sur les autres approches non médicamenteuses dans la boulimie / l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Vancampfort 2014 (204) Niveau de preuve 3	Base de données : EMBASE, PsycINFO, PubMed, <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Physiotherapy Evidence Database, and the Cochrane Library.</i> 1950 jusqu'au 1 ^{er} février 2013. <u>Mots clés</u> : anorexie OU boulimie ET thérapie physique OU physiothérapie OU exercice OU réhabilitation.	(A) Pas de restriction de langage. Pas d'exclusion d'études en raison de l'âge, la nationalité ou du sexe des participants. (P) Diagnostic caractérisé d'anorexie nerveuse ou de boulimie nerveuse. Lorsque les patients souffrant de troubles non spécifiés ont été inclus, au moins deux-tiers de l'échantillon est composé de patients qui souffrent d'anorexie nerveuse ou de boulimie nerveuse. Pas d'exclusion d'études en raison de l'âge, la nationalité ou du sexe des participants. → Huit études soit 213 participants.	(I) Exercices d'aérobic, exercices de résistance physique, relaxation, la thérapie de pleine conscience, yoga, massage ou une combinaison de ceux-ci en conformité avec la <i>World Confederation for Physical Therapy position statement</i> . (C) Traitement habituel ou liste d'attente.	- Trouble alimentaire. - Mesures anthropométriques (IMC, % de masse grasse et de masse maigre) - physiologiques (force musculaire, endurance), - psychologique (qualité de vie, anxiété, dépression)	L'exercice aérobic, le yoga, les massages et la méditation de la pleine conscience réduisent significativement les symptômes alimentaires et dépressifs chez les patientes atteintes de boulimie nerveuse. Significativité : biais d'attrition et de sélection, peu d'études avec un groupe contrôle. Faible niveau de preuve.
Vancampfort	Base de données : EMBASE, PsycINFO, PubMed,	(A) Essais randomisés contrôlés.	(I) Interventions retenues : des exercices d'aérobic,	- Crise de boulimie. - Symptômes	L'aérobic et le yoga réduisent le nombre de

2013 (250)	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) and the Cochrane Library.</i> Du commencement jusqu'au 15 août 2012. Mots clés : hyperphagie boulimique ET activité physique OU thérapie physique OU physiothérapie OU exercice OU réhabilitation.	Pas d'exclusion d'études en raison de l'âge, la nationalité ou du sexe des participants (P) Diagnostic d'hyperphagie boulimique, peu importe les critères, la durée et les traitements. Les études avec seulement des troubles des conduites alimentaires NS sont exclues. → Trois études doit 211 participantes.	exercices de résistance physique, relaxation, la thérapie de base de la conscience du corps, yoga, massage ou une combinaison de ceux-ci en conformité avec la <i>World Confederation for Physical Therapy position statement</i>. (C) Intervention « placebo » ou « contrôle » et TRAITEMENT habituels.	dépressifs. - IMC - Effets indésirables.	crises et l'IMC chez les patientes atteintes d'hyperphagie boulimique. L'aérobic réduit également les symptômes dépressifs. La TCC combinée à des exercices d'aérobic réduit l'IMC (mais pas la TCC seule). La TCC associée à des exercices d'aérobic réduit plus efficacement les symptômes dépressifs que la TCC seule.
	Bases de données : <i>The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Registers, Medline</i> (years 1946–2013), EMBASE (1974–2013), CINHL (1950–2015), PsycINFO (1786–2015) and PubMed (1950–2015)	(A) Essai randomisé contrôlé publié ou non. À propos de médecines complémentaires et alternatives dans les troubles alimentaires. (P) Anorexie, boulimie, trouble des conduites alimentaires non spécifiés, hyperphagie boulimique., PICA, trouble d'évitement alimentaire ou tout trouble des conduites alimentaires ou de l'alimentation non spécifiée. → Seize articles	(I) Médecines complémentaires et alternatives ; acuponcture, luminothérapie, EMDR, hypnose, massage, relaxation, rTMS, spiritualité et yoga. (C) Liste d'attente, placebo, contrôle actif, ex : autres médecines complémentaires et alternatives, pharmacothérapie, ou traitement habituel.	- Psychopathologie alimentaire (restriction, crises de boulimie, désir de minceur, préoccupation pour la forme et l'alimentation). - Psychopathologie globale (poids, anxiété, dépression, qualité de vie). - Tolérance. - Satisfaction du patient.	Le rôle des médecines complémentaires et alternatives n'est pas clair et des études supplémentaires devraient être conduites. Rôle potentiel des massages et de la luminothérapie dans l'amélioration de la symptomatologie dépressive chez les boulimiques. Rôle potentiel de l'acuponcture et de la relaxation dans l'amélioration de la

					symptomatologie anxieuse dans les troubles des conduites alimentaires. Les auteurs concluent que ces thérapies complémentaires et alternatives devraient être utilisées uniquement en tant que traitement d'adjonction.
Mclver et al., 2009 (251)	Étude qualitative chez des patientes souffrant d'hyperphagie boulimique et ayant bénéficié d'un programme de yoga. Analyse ancillaire de l'étude de Mclver et al 2009 276).	<u>Critères d'inclusion</u> Femmes obèses. IMC > 25. 25-65 ans Se définissent elles-mêmes comme ayant une hyperphagie boulimique selon critères DSM. <u>Critères d'exclusion</u> Haut niveau de détresse psy. Sujet prenant un traitement médicamenteux. Sujet pratiquant déjà le yoga.	Remplissage de journal « intime » durant la prise en charge : pensées, sentiments, observations personnelles, ressentis.		Les sujets perçoivent une réduction globale de la quantité de nourriture qu'ils consomment et de la vitesse de consommation, une amélioration des choix alimentaires tout au long du programme. Elles rapportent également le sentiment d'être plus positives au sujet de leur bien-être physique.
Mclver et al., 2009 (252)	Essai randomisé programme de yoga vs liste d'attente.	<u>Critères d'inclusion</u> Femmes obèses. IMC > 25.	Programme de yoga : 1 heure / semaine pendant 12 semaines. Contrôle : liste d'attente.	<i>Binge Eating Scale International Physical Activity</i>	Diminution significative du nombre de crises et augmentation de l'activité physique (rapportées par

		25-65 ans. Se définissent elles-mêmes comme ayant une hyperphagie boulimique selon critères DSM. <u>Critères d'exclusion</u> Haut niveau de détresse psy. Sujet prenant un traitement médicamenteux. Sujet pratiquant déjà le yoga.		<i>Questionnaire.</i> IMC. Tour de hanche & taille.	patiente du groupe yoga). « <i>Small yet statistically</i> » réduction de l'IMC et tour de taille & hanche.
--	--	---	--	--	---

8. Les complications somatiques et nutritionnelles et leur prise en charge

Le retentissement somatique a été peu détaillé dans les recommandations internationales du fait d'une littérature pauvre avec peu d'articles à haut niveau de preuve étudiant les complications somatiques de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique. Seules quelques recommandations abordent les complications somatiques (Voir 8.1.1). En effet, les articles rédigés par les équipes de somaticiens distinguent peu les types de troubles des conduites alimentaires et les travaux réalisés par les psychiatres abordent peu le retentissement somatique.

Les complications somatiques de la boulimie sont principalement secondaires aux stratégies mises en place par le patient pour lutter contre la prise de poids (conduites de purge : vomissements provoqués, mésusage de laxatifs, lavements et diurétiques). Le pronostic somatique de la boulimie dépend du type et de la fréquence des conduites de purge. Dans 90 % des cas (106), les patients ont recours à des vomissements provoqués (97 % des cas (253)) et à l'utilisation de laxatifs stimulants (10 % à 60 % des cas (254, 255)). Ces conduites peuvent mener à des complications sévères engageant le pronostic vital souvent *via* des désordres hydro-électrolytiques et des ruptures d'équilibres acido-basiques menant à des troubles du rythme cardiaque et à un retentissement digestif tel des syndromes sub-occlusifs sur iléus réflexe. Les complications somatiques de la boulimie sont également des conséquences de la malnutrition (de la dénutrition à la surcharge pondérale). Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique sont exposés à certaines complications somatiques indépendantes des conduites de purge potentiellement graves telles que des ruptures gastriques sur crises de boulimie et l'apparition de bézoards. Ces complications rares peuvent entraver le retour à des conduites alimentaires normales. D'autre part, l'initiation d'une renutrition après une phase de restriction alimentaire et de dénutrition peut s'accompagner de l'apparition de perturbations cliniques et métaboliques potentiellement sévères entrant dans le cadre d'un syndrome de renutrition inappropriée.

Les conduites de purges sont principalement responsables de :

troubles hydro-électrolytiques et déséquilibres acido-basiques (principalement hypokaliémie, déshydratation, alcalose métabolique) qui peuvent avoir un retentissement cardiaque et / ou rénal ;
troubles dentaires qui peuvent être invalidants, inesthétiques, et participer ainsi à la pérennisation de la malnutrition et des difficultés d'insertion sociale ;
troubles gastro-intestinaux :

hauts (secondaires aux vomissements) : reflux gastro-œsophagien (RGO), œsophagite, syndrome de Mallory Weiss, endobrachyoesophage, cancer de l'œsophage et syndrome de Boerhaave (rupture œsophagienne sur effort de vomissements) ;

bas (secondaires au mésusage de laxatifs) : diarrhée ou constipation allant du ralentissement du transit à l'inertie colique sévère.

La malnutrition (dénutrition ou surcharge pondérale) est principalement responsable de :

déminéralisation osseuse ;
troubles endocriniens et gynécologiques ;
troubles gastro-intestinaux indépendants des conduites de purge ;
carences en micronutriments.

Ces complications doivent être prévenues, dépistées et traitées. Leur prise en charge constitue un axe important de la prise en charge globale (106, 256, 257).

8.1 Synthèse des complications somatiques et nutritionnelles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique

Synthèse des recommandations internationales

Seules quelques recommandations abordent les complications somatiques. Elles sont détaillées dans le tableau 55.

Synthèse des données de la littérature

Aucun article de haut niveau de preuve n'a été publié sur cette thématique depuis les dernières recommandations internationales.

Nous présentons dans le tableau 56 les données des trois revues les plus récentes (106, 256, 257).

Tableau 55. Synthèse des recommandations internationales sur les complications somatiques de la boulimie et / ou de l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations	Grade
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	Complications aiguës : cardio-vasculaires : bradycardie, hypotension, hypotension orthostatique, troubles du rythme ou de la conduction, péricardite, arrêt cardiaque, fibrose myocardique ; métaboliques : hypokaliémie, hyponatrémie, hypomagnésémie, carence martiale et vitaminique, déminéralisation osseuse.	C
NICE 2015 (258) Royaume-Uni	Idem NICE 2017.	C
<i>Royal college of psychiatrists</i> 2012 Royaume-Uni	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	
NHS <i>Quality Improvement Scotland</i> 2007 (157) Royaume-Uni	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	C

NHS Quality Improvement Scotland 2006 (118)Royaume-Uni Royaume-Uni	Les complications médicales graves sont rares. Elles peuvent arriver plus particulièrement chez les patients souffrant de comorbidités comme le diabète. Risque de mortalité = 0.4 %. Pas de données disponibles concernant les causes de mortalité. Complications liées principalement aux comportements mis en place afin de prévenir la prise de poids (vomissements, abus de laxatifs et diurétiques) : Désordres hydro-électrolytiques : Déshydratation → hypotension artérielle, tachycardie. Les patients se plaignent d'hypotension orthostatique, asthénie. Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir dans les cas extrêmes. Un hyperaldostéronisme secondaire peut mener à des œdèmes périphériques quand les diurétiques et laxatifs sont arrêtés ; hypokaliémie → fatigabilité musculaire et arythmie cardiaque qui peuvent mener au décès dans les cas les plus sévères. L'hypokaliémie peut altérer la fonction rénale. L'alcalose métabolique majore l'hypokaliémie. Favorisée par l'usage de diurétique thiazidique et diurétique de l'anse ; hypochlorémie ; alcalose ; hyponatrémie et hypomagnésémie : moins fréquentes. Elles entraînent une fatigabilité musculaire, arythmie cardiaque, confusion. L'hypomagnésémie est aussi associée à l'hypocalcémie et à l'hypokaliémie. L'hypomagnésémie doit être recherchée dans les formes d'hypokaliémie réfractaire ; hypocalcémie ; hypophosphatémie. Ces anomalies régressent quand les conduites de purge cessent. Elles nécessitent des complémentations orales ou intraveineuses (rares) en fonction de la sévérité des anomalies. Complications gastro-intestinales : perte du réflex nauséeux, RGO, œsophagite, Mallory Weis, perforation œsophagienne. Intervention chirurgicale parfois nécessaire. Abus de laxatifs : prévalence : 20 % en usent quotidiennement et 75 % de manière occasionnelle. Responsable de désordres hydro-électrolytiques, l'arrêt brutal chez les patients en utilisant au long court peut mener à des œdèmes. Il est conseillé de diminuer progressivement les laxatifs. L'usage chronique de laxatifs peut mener à des troubles de la motilité colique, une constipation, voire une inertie colique. En cas de constipation : repas réguliers, laxatifs de lest, hydratation et activité physique. Complications dentaires : érosion de l'émail dentaire par les sécrétions gastriques acides (vomissements). Ceci provoque une modification de couleur et de forme des dents, une sensibilité dentaire accrue, des caries. Autres conséquences somatiques : fluctuation de la sécrétion d'insuline et des glycémies → perturbation du système de contrôle de la prise alimentaire ; perturbation du taux de sérotonine et de tryptophane → perturbation du système de contrôle central de la faim et satiété.	C
---	---	----------

	Hyperphagie boulimique Principal risque au long court : obésité, diabète de type 2. Pas de recommandations.	
<i>National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004 (120)</i> Royaume-Uni (Angleterre)	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	C
<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2015 (124)</i> États-Unis	Répercutions somatiques sévères et complications médicales doivent être prises en charge (niveau de preuve : <i>clinical standard</i>). Les complications somatiques sont : arythmie cardiaque, bradycardie, hypotension, hypothermie, déshydratation, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, pancréatite, aménorrhée ou dysménorrhée, ostéogénie, troubles neuro-cognitifs, retard de croissance, retard pubertaire, troubles hormonaux et troubles hydro-électrolytiques. De plus, la dénutrition chronique provoque une chute de cheveux, lanugo, xérose, OMI, fatigabilité musculaire, crampes. Toutes ces complications somatiques sont réversibles avec un régime équilibré et un retour à poids normal. Certaines complications peuvent être irréversibles chez les enfants souffrant de manière chronique de troubles des conduites alimentaires : retard de croissance, trouble de la minéralisation osseuse, modification cérébrale et l'infertilité. En cas de dénutrition sévère, il est indispensable de surveiller de manière rapprochée les enfants pour éviter un syndrome de renutrition. Conduites de purge fréquentes → hypertrophie parotidienne, callosités sur le dos des mains, érosion de l'émail	C

	dentaire, désordre hydro-électrolytique (hypokaliémie sévère). Ceci peut mener à de l'hypotension orthostatique, des syncopes, des œsophagites, un Mallory Weiss. L'hyperphagie boulimique peut mener à des ruptures gastriques ou œsophagiennes. Taux de mortalité : 1 % dans la boulimie (bradycardie, hypotension, hypothermie, désordre hydro-électrolytique, dénutrition sévère).	
<i>American psychiatric association</i> 2012 (178) États-Unis	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	
<i>American psychiatric association</i> 2006 (119) États-Unis	Complications somatiques de la Boulimie : cardiovasculaire : faiblesse / palpitations, arythmie ; EC : signe ECG hypokaliémie ; SNC : troubles de la concentration, dépression ; EC : TDM c : atrophie corticale, IRM c : anomalies de signal ; gastro-intestinal : RGO, douleur abdominale, constipation, météorisme, rupture gastrique ou œsophagienne ; téguments : scarification, callosité sur le dos des mains, hémorragie conjonctivale après les vomissements ; métabolique : fatigabilité, signe hypocalcémie ; musculaire : fatigabilité ; ORL : carie dentaire ; système de reproduction : infertilité ; osseux : douleur osseuse.	C
AHRQ 2006 (259) États-Unis	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	
Herpertz <i>et al.</i> 2011 (117)	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	

Allemagne		
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i> 2009 (52) Espagne	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> 2014 (115) Australie et Nouvelle-Zélande	Ces recommandations n'abordent pas les complications somatiques.	
Forum Med Suisse 2013 (51) Suisse	Les complications médicales graves (des troubles alimentaires incluant la boulimie et l'hyperphagie boulimique) se traduisent par les caractéristiques suivantes : déséquilibre électrolytique, insuffisance rénale, atteinte hépatique ou pancréatique, ainsi que des carences en protéines, albumine et phosphates. Ces éléments indiquent une malnutrition. Les conséquences somatiques de la boulimie incluent des lésions dentaires et œsophagiennes sous l'influence de l'acide gastrique, des troubles digestifs, la fatigue, des altérations cutanées et des troubles électrolytiques. Sans traitement, l'hyperphagie boulimique entraîne une prise de poids continue.	C

Tableau 56. Synthèse des données de la littérature sur les complications somatiques de la boulimie et / ou de l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Revue
Sachs <i>et al</i> 2015 (256) Switzerland	Revue	Complications de la boulimie. Le pronostic de la boulimie dépend du type et de la fréquence des conduites de purge. Conséquences des vomissements provoqués (acidité et hyperpression) sur : visage / bouche / ORL : épistaxis, hémorragies conjonctivales, érosions dentaires, irritations des cordes vocales et modification de la voix, parotidites ; tractus gastro-intestinal : œsophagites, endobrachyoesophage, RGO, cancer de l'œsophage ; reins et électrolytes : hypokaliémie, alcalose métabolique, hyperaldostérionisme ; cœur : allongement du QT, arythmie ventriculaire, décès. Conséquences des laxatifs stimulants sur : électrolytes : laxatifs stimulants provoquent une diarrhée responsable d'une déshydratation, hyponatrémie, hypokaliémie ; tractus gastro-intestinal : inertie colique (effet toxique direct des laxatifs stimulants sur le plexus nerveux qui induit normalement la contraction colique – traitement : laxatifs), prolapsus rectal, mélanose colique.
Westmoreland <i>et al</i> 2016 (106) États-Unis	Revue	Complications liées aux conduites de purge : 90 % des conduites de purge sont les vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs stimulants. Conséquences des vomissements provoqués : mortalité associée aux désordres hydro-électrolytiques et la rupture d'équilibres acido-basiques : alcalose métabolique, hypokaliémie, déshydratation ; arythmie cardiaque ; RGO, dysphagie, dyspepsie, œsophagite, endobrachyoesophage, cancer œsophage, syndrome de Mallory Weiss ; épistaxis, hémorragies conjonctivales ; érosions dentaires, chéilites ; irritation larynx, modification de la voix ; parotidites, sialadénites. Conséquences des laxatifs stimulants sur : hypokaliémie, hyperchlorémie, acidose métabolique ; diarrhée, prolapsus rectal, hémorroïdes, inertie colique (toxicité directe du laxatif sur le plexus

		d'Auerbach)
Gaudiani <i>et al</i> 2016 (257) États-Unis	Revue de la littérature Présentation atypique : présentation d'un cas clinique par symptôme et discussion. autour du diagnostic	Classement des complications secondaires aux conduites de purge par appareil : yeux : hémorragies conjonctivales ; visage : hypertrophie parotidienne ; dentaire : érosion, douleur, infections ; cardiaque : hypokaliémie ; gastro-intestinal : syndrome de Mallory Weiss, gastrite, constipation, dilatation jusqu'à perforation gastrique, prolapsus rectal ; lymphatique : OMI après arrêt des conduites de purge ou réduction (pseudo Bartter syndrome).

8.2 Complications des conduites de purge

Vomissements

Certains patients ont recours à des vomissements provoqués afin de contrôler leur poids et de soulager leur anxiété.

Ces vomissements, lorsqu'ils sont fréquents et persistants, ont un retentissement :

métabolique : hypokaliémie, déshydratation, alcalose métabolique (106, 256, 257) ;

Les hypokaliémies profondes aiguës entraînent des modifications du tracé de l'électrocardiogramme (allongement du QT, aplatissements des ondes T, sous décalage du segment ST, apparition de l'onde U) et des arythmies plus sévères (fibrillation auriculaire, extrasystoles auriculaires et ventriculaires, torsades de pointes et fibrillation ventriculaire). Le risque majeur est la mort subite. Certains symptômes cliniques peuvent être rapportés par les patients (paresthésies, crampes et parfois ralentissement du transit avec épisodes de sub-occlusion). L'hypokaliémie chronique peut entraîner dans de rares cas une néphropathie tubulo-

interstitielle (260-262) pouvant se compliquer d'insuffisance rénale chronique et conduire à une insuffisance rénale chronique terminale avec nécessité d'épuration extrarénale.

dentaire : érosions et abrasions dentaires, caries, xérostomie (263) ;

gastro-entérologique : œsophagite, endobrachyoesophage, syndrome de Mallory Weiss, reflux gastro-œsophagien (RGO), augmentation du risque de cancer de l'œsophage (106, 256, 264)) et syndrome de Boerhaave (rupture œsophagienne sur effort de vomissements) ;

autres retentissements : ORL (hypertrophie parotidienne, sialadénite, modification de la voix par irritation du larynx et des cordes vocales et épistaxis par hyperpression lors des efforts de vomissements), ophtalmologiques (hémorragies conjonctivales par hyperpression lors des efforts de vomissement) et cutanés (callosités sur le dos des mains (signe de Russel) utilisées pour provoquer les vomissements) (106, 256, 264).

Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations internationales recommandent avant tout d'arrêter les vomissements, de surveiller la kaliémie et donnent des conseils précis sur la prévention des lésions dentaires. Les modalités de la substitution préventive de l'hypokaliémie et la place des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne sont pas abordées dans les recommandations internationales.

Tableau 57. Recommandations internationales sur la prise en charge des complications somatiques des conduites de purge

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	En cas de prescription de traitement à un patient qui souffre de trouble des conduites alimentaires pour une comorbidité psychiatrique ou somatique, il est important de tenir compte de la malnutrition et des comportements compensatoires qui peuvent avoir un retentissement sur l'efficacité et le risque d'effets secondaires. Réaliser un ECG chez les patients souffrant de trouble des conduites alimentaires qui prennent des traitements avec des effets indésirables cardiaques (bradycardie, allongement du QT). Suivi de l'équilibre hydro-électrolytique chez les personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires avec conduite de purge (vomissements provoqués, mésusage de laxatifs ou des diurétiques). Prise en charge médicale en urgence en cas de déséquilibre électrolytique sévère, déshydratation ou signes

	d'insuffisance organique. En cas de persistance d'un trouble hydro-électrolytique, il est important de rechercher une autre cause à ce trouble que le trouble des conduites alimentaires. Les suppléments nécessaires à restaurer l'équilibre hydro-électrolytique doivent être prescrits par voie orale, sauf s'il existe des problèmes d'absorption gastro-intestinale. Un ECG est nécessaire en cas de : perte de poids rapide, hyperactivité physique, conduite de purge, bradycardie, hypotension, excès de caféine (y compris des boissons énergisantes), prise de médicaments prescrits ou non prescrits, affaiblissement musculaire, déséquilibre électrolytique, rythme cardiaque anormal antérieur. Encourager les patient qui vomissent à : avoir des examens dentaires et médicaux réguliers, évitez de se brosser les dents immédiatement après les vomissements, se rincer la bouche avec un bain de bouche non acide après les vomissements et évitez les aliments et les boissons très acides.
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	Les patients qui vomissent doivent avoir des évaluations dentaires régulières chez le dentiste (C). Les patients qui vomissent doivent bénéficier de conseils sur l'hygiène dentaire appropriés incluant : éviter de se brosser les dents, se rincer la bouche avec une solution non acide après les vomissements, réduire l'environnement dentaire acide (limiter la nourriture acide) (C). Les équipes prenant en charge les troubles des conduites alimentaires devraient développer des collaborations avec les services dentaires afin que leur patient ait accès à des services dentaires appropriés.
NICE 2004 (120) Royaume-Uni (Angleterre)	Patients qui vomissent ou qui consomment de grandes quantités de laxatifs (surtout s'ils ont un petit poids) doivent avoir un bilan biologique régulièrement pour contrôler l'équilibre hydro-électrolytique (C). Quand un trouble hydro-électrolytique est détecté, il suffit bien souvent d'éliminer le comportement responsable. Dans de rare cas, il faut procéder à une complémentation orale. La complémentation intraveineuse n'est nécessaire qu'en cas de problème d'absorption intestinale (C). Les patients qui vomissent doivent avoir des évaluations dentaires régulières (C). Les patients qui vomissent doivent bénéficier de conseils appropriés sur l'hygiène dentaire (éviter de se

	brosser les dents après les vomissements, se rincer la bouche après les vomissements avec de l'eau ou une solution alcaline, limiter les aliments et boissons acides pendant les repas [fruits, jus, boissons gazeuses, produits marinés, yaourts et boissons alcoolisées], finir le repas par des aliments alcalins [lait ou fromage]) (C).
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research 2009 (52)</i> Espagne	Les patients qui vomissent régulièrement et abusent de laxatifs peuvent souffrir de désordres hydro-électrolytiques. Quand il existe un désordre hydro-électrolytique, dans la majorité des cas, la correction du facteur responsable de ce trouble permet de le corriger. Dans de rares cas, une complémentation orale est nécessaire pour corriger le trouble (sauf pour les rares cas de malabsorption → supplémentation IV). Les patients qui vomissent régulièrement doivent bénéficier de consultations dentaires régulières et de conseils pour préserver leur hygiène dentaire.

Avis du groupe de travail

Compte tenu du délai plus ou moins long entre le début de la prise en charge et la disparition des conduites purgatives, les questions d'une complémentation en potassium et de la prescription d'IPP se posent.

Il existe des arguments en faveur d'une prescription d'IPP chez les patients ayant des vomissements fréquents et réguliers. Le traitement par IPP en cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) permet de diminuer le risque d'œsophagite (265). Wilder-Smith a montré un ralentissement du processus d'érosion dentaire dans un essai randomisé contre placebo après une courte période (3 semaines) de prise d'IPP chez les patients ayant une dentition altérée par des régurgitations acides (266).

Chez les patients souffrant de trouble des conduites alimentaires, la prescription des IPP doit prendre en compte la balance bénéfices / risques individuelle. Un des effets secondaires des IPP est la baisse de la densité minérale osseuse, cet effet est à prendre en considération chez ces patientes à risque de déminéralisation osseuse.

Dans l'étude de Khan parue en 2007 (265), les régurgitations chroniques acides concernaient essentiellement le RGO. Ces résultats sur l'efficacité des IPP pour diminuer le risque d'œsophagite sont extrapolables aux conduites de vomissements.

Recommandations

En cas de vomissement, il est recommandé d'informer le patient des conséquences potentiellement graves et de l'accompagner vers un arrêt.

En cas de vomissements fréquents, il est recommandé de surveiller régulièrement la kaliémie.

En cas de vomissements avec hypokaliémie, il est recommandé, dans un premier temps, de corriger l'hypokaliémie selon les recommandations en vigueur et, dans un deuxième temps, de prescrire une complémentation orale en potassium à adapter à la fréquence des vomissements.

En cas de vomissements fréquents sans hypokaliémie objectivée, une supplémentation orale en potassium est à discuter au cas par cas dans le cadre d'une décision partagée avec le patient (supplémentation potassique à prendre en période d'acutisation des vomissements).

Il est recommandé de donner des conseils d'hygiène dentaire spécifiques aux patients qui vomissent (ne pas se brosser les dents immédiatement après les vomissements, se rincer la bouche à l'eau plate après un épisode de vomissements, éviter les aliments acides [fruits, jus, boissons gazeuses, produits marinés, yaourts, boissons alcoolisées], finir les repas par des aliments alcalins [lait ou fromage]).

Il est recommandé que les patients qui vomissent bénéficient d'évaluations dentaires régulières par un chirurgien-dentiste informé.

Il est recommandé que les équipes prenant en charge les troubles des conduites alimentaires collaborent étroitement avec des services dentaires pour en faciliter l'accès.

Il est recommandé d'informer le patient de la nécessité de prendre tout médicament per os à distance des vomissements (notamment contraception, potassium, traitement psychotrope, antibiotiques, ...).

En cas de RGO et / ou vomissements fréquents, il est recommandé de prescrire des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), en tenant compte de la balance bénéfices / risques individuelle et en concertation avec le patient. Il est recommandé de réévaluer avec lui régulièrement l'intérêt du maintien de la prescription.

Mésusage de laxatifs et recours aux lavements

Les laxatifs sont une classe médicamenteuse incluant plusieurs types de molécules avec différents mécanismes d'action. Il existe quatre classes de laxatifs pris par voie orale : les laxatifs osmotiques (ils attirent l'eau vers l'intestin et augmentent le volume des selles pour faciliter leur expulsion), les laxatifs de lest ou mucilages (ils contiennent des mucilages qui, comme les fibres, augmentent la masse fécale en favorisant la rétention d'eau), les laxatifs lubrifiants (ils sont composés d'huile de paraffine qui n'est pas du tout absorbée par l'intestin et qui joue un rôle de lubrifiant) et les laxatifs stimulants (ils augmentent les sécrétions et la motricité de l'intestin). Ces différents laxatifs agissent sur la constipation de transit. Les laxatifs par voie basse ou les lavements sont utilisés pour les constipations terminales (difficultés à l'évacuation des selles). Ils favorisent la contraction du rectum pour faciliter l'expulsion des selles (267).

Les laxatifs sont utilisés quotidiennement chez 20 % des patients et occasionnellement chez 75 % d'entre eux (268). Les patients utilisent principalement les laxatifs stimulants (254, 255). La

prise de ces laxatifs stimulants de manière chronique entraîne des complications (106, 256, 257) :

métaboliques (hyponatrémie, hypokaliémie avec risque cardiaque et rénal, acidose métabolique) ((255, 256, 269), (106, 257)) ;

digestives (diarrhée, constipation de transit pouvant aller jusqu'à l'inertie colique par un effet toxique direct des laxatifs stimulants sur les plexus nerveux d'Auerbach qui assurent la motricité intestinale, *prolapsus* rectal et crises hémorroïdaires secondaires aux efforts de poussées en cas de constipation) (106, 254-257).

L'arrêt brutal des laxatifs stimulants pris de manière chronique peut provoquer un hyperaldostérionisme secondaire et aggraver ou entretenir une hypokaliémie chronique et une constipation réactionnelle (270).

Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations internationales préconisent un arrêt progressif des laxatifs pour prévenir un hyperaldostérionisme secondaire. Elles recommandent aussi d'informer le patient que la prise de laxatifs de manière chronique ne diminue pas significativement l'absorption calorique. En cas de constipation secondaire (soit liée à l'effet toxique des laxatifs stimulants sur l'intestin, soit réactionnelle à un arrêt brutal des laxatifs), il est recommandé de prescrire des mesures hygiéno-diététiques.

Voir tableau 58.

Tableau 58. Recommandations internationales sur la prise en charge des complications somatiques des conduites de purge

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	Suivi de l'équilibre hydro-électrolytique chez les personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires avec conduite de purge (vomissements provoqués, mésusage de laxatifs ou des diurétiques). Prise en charge médicale en urgence en cas de déséquilibre électrolytique sévère, déshydratation ou signes d'insuffisance organique. Informers les patients qui abusent des laxatifs que : les laxatifs ne réduisent pas l'absorption calorique et n'aident pas à perdre du poids, les réduire progressivement et les arrêter.
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	En cas d'abus de laxatifs, le patient devrait être informé qu'un arrêt progressif est nécessaire et que l'usage de laxatifs ne réduit pas l'absorption calorique de manière significative (C).

NICE 2004 (120) Royaume-Uni (Angleterre)	Il est conseillé d'arrêter les laxatifs progressivement et d'informer les patients que l'usage de laxatif ne réduit pas de manière significative l'absorption intestinale (C).
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i> 2009 (120)Espagne	En cas de mésusage de laxatifs, le patient doit être informé du protocole pour diminuer et arrêter les laxatifs. Il est recommandé de faire une décroissance progressive. Il doit aussi être informé que l'utilisation de laxatifs ne réduit pas l'absorption calorique de manière significative.

Avis du groupe de travail

Le groupe de travail est en accord avec ces recommandations internationales. Cependant, il a souhaité ajouter, comme dans les recommandations sur l'anorexie mentale, qu'en cas de constipation secondaire sévère et d'échec des mesures hygiéno-diététiques, il est possible de prescrire en première intention des laxatifs osmotiques qui sont moins pourvoyeurs de complications que les autres laxatifs. Dans tous les cas, la prescription de laxatifs ne peut s'envisager que pour une durée limitée et son efficacité doit être réévaluée régulièrement. En cas de syndrome sub-occlusif, un avis spécialisé doit être demandé et des lavements doivent être prescrits et effectués sous surveillance médicale. Une co-morbidité digestive doit également être recherchée.

Recommandations

Il est recommandé de rechercher une éventuelle prise de laxatifs, notamment en cas de troubles hydro-électrolytiques inexpliqués (hypokaliémie).

Il est recommandé d'informer les patients que la prise de laxatifs ne permet pas de perdre du poids car elle ne diminue pas significativement l'absorption calorique, et que la prise chronique de ces molécules a des conséquences délétères.

En cas de prise de laxatifs stimulants ou de pratique de lavements, il est recommandé d'informer le patient des effets indésirables et de l'accompagner vers un arrêt, qui doit être progressif en cas d'utilisation prolongée.

En cas de constipation sévère secondaire au mésusage de laxatifs (soit liée à l'effet toxique des laxatifs stimulants sur l'intestin, soit réactionnelle à un arrêt brutal des laxatifs), il est possible de prescrire sur une durée limitée des laxatifs osmotiques en première intention en plus des mesures hygiéno-diététiques.

Prise de diurétiques

La prise de diurétiques est une stratégie de contrôle de poids parfois utilisée. Elle est rarement mentionnée spontanément par les patients. Nous n'avons pas retrouvé d'article de haut niveau de preuve dans la littérature sur cette question. La prise de diurétique de l'anse ou de thiazidiques entraîne une hyponatrémie et une déshydratation par pertes sodiques rénales et une hypokaliémie par pertes rénales (271). La prise de diurétiques anti-aldostérone peut-être responsable d'une hyperkaliémie (272 en attente).

Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations internationales ne se prononcent pas sur la prise de diurétiques.

Avis du groupe de travail

En cas de troubles hydro-électrolytiques, il faut penser à un mésusage de diurétiques. Il faut informer les patients que les diurétiques ne font pas maigrir et sont dangereux.

Les patients ont parfois recours à des produits à « effet drainant », tisanes vendues dans le commerce, préparations par des herboristes, qui, prises en quantité importante, peuvent avoir des effets diurétiques.

Recommandations

Il est recommandé de rechercher une éventuelle prise de diurétiques, notamment en cas de troubles hydro-électrolytiques inexpliqués (hyponatrémie, hypokaliémie, déshydratation, hyperkaliémie).

Il est recommandé d'expliquer les risques de la prise de diurétiques et leur inefficacité sur la perte de poids.

Il est recommandé d'accompagner les patients vers un arrêt progressif de la prise de diurétiques en cas d'utilisation prolongée.

8.3 Complications de la malnutrition

8.3.1 Complications osseuses

Synthèse des données de la littérature

La baisse de la densité minérale osseuse est une complication fréquente des troubles des conduites alimentaires. L'OMS définit l'ostéopénie par une baisse de la densité minérale osseuse (DMO) ($-2,5 < T \text{ score} < -1$) et l'ostéoporose ($T \text{ score} < -2,5$). Il est aussi recommandé dans une population d'adultes jeunes de parler de « masse osseuse faible » ou de « densité osseuse faible » lorsque le Z score est inférieur ou égal à -2 (273). L'ostéoporose est une pathologie caractérisée par une fragilité de l'os liée à une diminution de la densité minérale osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle peut être la conséquence d'un défaut de synthèse osseuse (ostéoblastose) ou d'un excès de destruction osseuse

(ostéoclastose). Le stock minéral osseux se constitue principalement pendant l'adolescence pour atteindre son maximum vers 20 ans. La malnutrition provoque un défaut de synthèse osseuse (274).

Il est maintenant bien reconnu que l'anorexie mentale est associée au développement d'une ostéoporose (275). Les facteurs responsables en cas d'anorexie mentale sont : la restriction alimentaire excessive qui conduit à un défaut d'ostéoblastose, l'insuffisance gonadotrope et l'indice de masse corporelle faible (276). En revanche, l'association entre boulimie et baisse de la densité minérale osseuse est moins évidente. En effet, les patientes à poids normal ou élevé présentent moins fréquemment des troubles du cycle (27,87 % des patientes boulimiques ; *versus* la quasi-totalité des patientes anorexiques) (30). Deux études se sont intéressées à cette question. Il s'agit des méta-analyses parues en 2016 de Solmi et Robinson (277, 278).

Le travail de Robinson *et al.* (278) a mis en évidence que seuls les patients boulimiques avec antécédents d'anorexie mentale avaient une densité minérale osseuse plus basse que les témoins. L'étude de Solmi ne retrouve pas de différence de densité minérale osseuse entre patients avec troubles des conduites alimentaires (boulimie et troubles des conduites alimentaires non spécifiques) et les témoins. Cette étude n'a pas différencié les patients boulimiques des patients ayant des troubles des conduites alimentaires non spécifiques, et ne donne pas de précisions sur les antécédents potentiels d'anorexie.

Voir tableau 59 pour la synthèse des méta-analyses disponibles.

Tableau 59. Synthèse des méta-analyses sur les complications osseuses des troubles des conduites alimentaires

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Solmi <i>et al.</i> 2016 (279) Italie, États-Unis, Belgique, UK	Méta-analyse.	Cent vingt-huit études incluses, 71 études exclues, 21 607 patients, 4 361 : AM, 1 520 : B, 964 : TCA non spe, 128 études incluses 71 études exclues, 21 607 patients, 4361 : AM,	Mesure de la DMO dans les différents groupe : AM, B, TCA non spe et témoins. Sites : rachis lombaire : 47 études ; hanche totale : 24 études ; trochanter : 7 études ; région per-trochantérienne : 7t études ; col du fémur : 20 études ; radius : 5 études ; corps entier : 31 études.	Comparaison des moyennes DMO entre TCA et témoins.	Groupe AM : DMO significativement plus basse que dans le groupe témoin, quel que soit le site de mesure. Groupe B et TCA non spe : pas de différence de minéralisation osseuse entre le groupe B ou TCA non spe et les témoins, quel que soit le site de mesure. +++	Niveau de preuve A. Sélection des articles : OK. Critères inclusion et exclusion : OK. Peu d'articles traitant spécifiquement de la boulimie. Hétérogénéité.
				Prévalence ostéopénie,	Prévalence ostéoporose : AM : 21,6 % (IC 95 % = 15,1 -	Niveau de preuve A.

		1520 : B, 964 : TCA non spe.		ostéoporose et fractures.	30, $I^2 = 60$, huit études). Boulimie : 2,4 % (IC 95 % = 0,6 – 8,8, $I^2 = 0$, 2 études). Prévalence ostéopénie : AM : 45,5% (IC 95 % = 34,2 – 57,3, $I^2 = 74$, huit études). Boulimie : 12,9 % (IC 95 % = 4 – 34,4, $I^2 = 0$, une étude). Risque ostéoporose / témoins : OR Ostéoporose groupe AM : OR = 12,59 (IC 95 % = 3,30 – 47,9, $p < 0,001$, $I^2 = 0$, quatre études). OR Ostéopénie groupe AM : OR = 2,67 (IC 95 % = 1,62-4.42, $p < 0,0001$, $I^2 = 0$, 4 études) Pas assez de données pour calculer ces OR dans le groupe B ou TCA non spe Risque fractures / témoins : OR fractures groupe AM : OR = 1,84 (IC 95 % = 1,17 – 1,89, $p = 0,008$, $I^2 = 56$, six études). Pas assez de données pour	Sélection des articles : OK. Critères inclusion et exclusion : OK. Peu d'articles traitant spécifiquement de la boulimie. Hétérogénéité.
--	--	------------------------------------	--	---------------------------	--	--

					calculer ces OR dans le groupe B ou TCA non spe.	
Robinson <i>et al</i> , 2016 (278) États-Unis, UK	Méta-analyse.	27 études 2359 patients : AM : 785. B : 187.	Mesure de la DMO. Sites de mesures : rachis, hanche, col du fémur et corps entier.	Comparaison des moyennes DMO.	Patients TCA en général ont une DMO plus basse que les témoins. DMO rachidienne plus basse dans le groupe AM vs témoins que dans le groupe Boulimie vs témoins. Quel que soit le site, DMO plus basse dans le groupe AM que dans le groupe témoins. DMO plus basse dans le groupe boulimie / témoins uniquement au niveau du rachis. Pour le groupe boulimie spécifiquement : six études dont quatre incluant des patients boulimiques avec atcd d'AM. Patients B avec atcd d'AM ont une DMO significativement plus basse que les témoins alors qu'il n'existe pas de	Niveau de preuve A. Sélection des articles : OK. Critères inclusion et exclusion : OK. Peu d'articles traitant spécifiquement de la boulimie. Avantage : différencie patient boulimique avec atcd d'AM.

					différence pour le groupe B sans atcd de boulimie et les témoins.	
--	--	--	--	--	---	--

Synthèse des recommandations internationales

Tableau 60. Recommandations internationales sur la prise en charge des complications osseuses

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NHS, 2006 (118) Royaume-Uni	Ostéodensitométrie tous les 2 ans.
<i>American psychiatric association</i> , 2006 (119) États-Unis	Ostéodensitométrie si aménorrhée depuis 6 mois (I).

Les recommandations internationales (tableau 60) préconisent la réalisation d'une ostéodensitométrie en cas d'aménorrhée depuis au moins 6 mois chez les patients présentant un trouble des conduites alimentaires en général et de réitérer cet examen tous les deux ans. Les recommandations internationales ne donnent pas de directives sur la prescription de traitements spécifiques par manque de preuves de haut niveau.

Avis du groupe de travail

La méta-analyse de Robinson a démontré que seuls les patients boulimiques avec antécédents d'anorexie mentale avaient une densité minérale osseuse plus basse que les témoins. Ainsi, le groupe de travail propose qu'une ostéodensitométrie soit réalisée chez les patients (boulimiques et hyperphagie boulimique) avec des antécédents d'anorexie mentale, d'une aménorrhée d'au moins 6 mois ou d'un autre facteur de risque d'ostéoporose. Aucune recommandation internationale ni article de haut niveau de preuve n'ont démontré l'intérêt d'un traitement médicamenteux dans l'ostéoporose secondaire à la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

La surveillance de la densité minérale osseuse est recommandée, même si les traitements spécifiques médicamenteux n'ont à ce jour pas démontré d'intérêt.

Le GT recommande de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques (laitage à chaque repas, eaux minérales riches en calcium), complémentation en calcium et vitamines D si besoin, activité physique régulière, arrêt du tabac, etc... selon les recommandations de prise en charge de l'ostéoporose en vigueur.

Recommandations

Il est recommandé de réaliser une évaluation de la minéralisation osseuse par ostéodensitométrie chez :

- les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique en aménorrhée depuis au moins 6 mois, en dehors d'une grossesse ;
- les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique avec antécédent d'anorexie mentale ;
- les patients présentant un autre facteur de risque d'ostéoporose.

Au cours du suivi, il est recommandé de refaire une ostéodensitométrie en cas de persistance des facteurs de risque ou de l'apparition de nouveaux facteurs de risque, à distance, si cela peut *a priori* conduire à une modification thérapeutique de la prise en charge du patient.

Il est recommandé de surveiller et de corriger les carences en vitamine D.

Il est recommandé de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques selon les recommandations de prise en charge de l'ostéoporose en vigueur.

8.3.2 Complications gastro-entérologiques (autres que celles liées aux conduites de purge)

Synthèse des données de la littérature

Voir tableau 61.

L'analyse de la littérature retrouve essentiellement des articles décrivant les symptômes gastro-intestinaux chez les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires sans distinction entre ceux causés par les conduites boulimiques, de purge et ceux secondaires à la malnutrition. La prévalence de ces symptômes est élevée chez les patients souffrant de boulimie : éructations (74,4 %), flatulence (74,4 %), constipation (62,8 %), diminution de l'appétit (51,2 %), douleurs abdominales (48,8 %), borborygmes (48,8 %) et nausées (46,5 %) (280).

Comme mentionné dans le chapitre 8.2., les patients souffrant de boulimie et hyperphagie boulimique peuvent avoir des symptômes gastro-intestinaux hauts et bas secondaires aux conduites de purge (vomissements provoqués et mésusage de laxatifs stimulants) (*cf.* partie 1). L'arrêt brutal des laxatifs stimulants peut aussi être responsable d'une constipation réactionnelle (*cf.* partie 1). Ces patients peuvent aussi souffrir de troubles gastro-intestinaux indépendamment de la pratique des conduites purgatives.

Ces troubles sont sous-tendus par des mécanismes divers :

psychopathologiques (281) ;

troubles moteurs en rapport avec la malnutrition (282) (hypomagnésémie, hypokaliémie, carences en micronutriments) ;

endocriniens, ralentissant la vidange gastrique et perturbant la sensation de faim et de la satiété (283).

Les complications digestives hautes peuvent aller de symptômes digestifs à type d'éructations, nausées, dyspepsie, épigastralgies, RGO, pesanteur gastrique à la rupture gastrique ou œsophagienne en cas d'ingestion alimentaire massive (282). En ce qui concerne les symptômes digestifs bas, il s'agit surtout de ballonnements, de douleurs abdominales et de constipation principalement de transit (282).

Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique souffrent plus de symptômes gastro-intestinaux hauts (pyrosis, régurgitation, dysphagie, éructation, douleur épigastrique) et de symptômes digestifs bas (trouble fonctionnel intestinal, diarrhée, impériosité, constipation, sensation de blocage anal) que les témoins (284, 285).

Tableau 61. Synthèse des données de la littérature sur les complications gastro-entérologiques autres que celles liées aux conduites de purge

Auteur, année, référence, pays	Type de l'étude Population incluse N	Facteurs étudiés	Résultats OR avec IC Ajustés sur les facteurs de confusion	Commentaires
Cremonini <i>et al.</i> , 2009 (284) États-Unis	Cas-témoins. N = 4124. 3481 : pas de binge eating. 365 : <i>binge eating</i> . 250 : <i>binge eating</i> <i>disorder</i> .	Symptômes gastro-intestinaux (questionnaire).	Hyperphagie boulimique associé à : pyrosis (OR 2,2, 95 % CI 1,4 – 3,3, $P < 0,001$), régurgitations (OR 2,3, 95 % CI 1,5 – 3,6, $P < 0,001$), dysphagie (OR 3,3, 95 % CI 1,6 – 6,8, $P < 0,001$), éructation (OR 3,6, 95 % CI 2,3 – 5,5, $P < 0,001$) douleur épigastrique (OR 2,3, 95 % CI 1,4 – 3,6, $P < 0,001$). diarrhée (OR 3,1, 95% CI 2,0–4.6, $P < 0,001$), impériosité (OR 3,9, 95% CI 2,6–6,1, $P < 0,001$), constipation (OR 2,2, 95% CI 1,2–4,1, $P < 0,01$) sentiment de blocage anal (OR 2,7, 95 % CI 1,5 – 5,0, $P = 0,001$). Ajustement avec : âge, sexe, BMI, activité physique.	L'objectif 1 ^{er} est de comprendre les symptômes gastro- intestinaux chez les patients obèses qui sont hyperphages → population non habituelle / étude TCA (âge moyen patients hyperphagie boulimique = 45 ans, pas d'info sur la proportion de femme, patients hyperphagie boulimique sont obèses BMI moyen de 30 kg / m ² et les patients des deux autres groupes sont en excès de poids). Ceci est lié au fait que les auteurs n'ont pas tenu compte des critères diagnostiques du DSM V. Symptômes subjectifs.

Denholm <i>et al.</i> 2011 (264) Royaume-Uni	Revue de la littérature. Huit études. Inclusion de patients souffrant de boulimie selon critères DSM-IV ou TCA non spe.	Symptômes digestifs hauts. Cancer œsophage.	Boulimie nerveuse et TCA non spe augmentent le risque de RGO. Boyd et al : 98 % des patients hospitalisés dans une unité de TCA souffrent de symptômes digestifs : pyrosis : 51 % ; dysphagie : 23 % ; TFI : 52 % (22 % de constipation, 6 % de diarrhée, 24 % d'alternance diarrhée / constipation) ; 2 % des patients ont plusieurs symptômes digestifs. Kiss et al : EOGD chez 37 patients avec boulimie et vomissements d'une durée de 14 à 204 mois : 8 : œsophagites 2 : hernies hiatales 6 : gastrites ; 3 : bulbo-duodénites ; 1 : polype gastrique.	Niveau de preuve B ou C ? Sélection des articles : OK. Critères inclusion et exclusion : OK. Articles inclus faibles niveaux de preuve : 4 case report, 2 études de cohorte et 2 études cas-témoins.
---	--	---	---	--

			Case report : 5 cas de cancer œsophagien chez patients avec boulimie et vomissements.	
--	--	--	---	--

Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations internationales abordent uniquement les symptômes gastro-intestinaux secondaires aux conduites purgatives. Elles ne recommandent pas de prise en charge particulière pour les symptômes non liés à ces conduites.

Avis du groupe de travail

Les symptômes gastro-intestinaux sont très fréquents. Ils sont source d'une souffrance importante pour le patient, qu'il faut accompagner et traiter. Il faut leur expliquer que la prise en charge globale du trouble des conduites alimentaires va soulager la majorité de ces troubles. Il faut également prescrire des traitements symptomatiques si besoin comme détaillé plus haut.

Recommandations

Il est recommandé de rechercher, de ne pas négliger et de prendre en charge les symptômes digestifs hauts et bas. Ces symptômes sont source de souffrance importante pour les patients et peuvent être un obstacle au retour à un comportement alimentaire équilibré et adapté.

Il est recommandé d'informer le patient que la majorité des troubles digestifs sont la conséquence de leurs troubles des conduites alimentaires et que la prise en charge du trouble des conduites alimentaires va en améliorer la plupart.

En cas de reflux gastro œsophagien (RGO), il est recommandé de prescrire des IPP et des mesures hygiéno-diététiques.

Complications métaboliques et risque cardio-vasculaire liés à la surcharge pondérale

Il a été démontré que les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique étaient plus à risque de développer un diabète de type 2 (DT2) comparativement à la population générale (286). De la même manière, l'hyperphagie boulimique peut mener au développement d'une obésité et de complications métaboliques et cardiovasculaires (DT2, dyslipidémies, syndrome d'apnée du sommeil) (287).

Synthèse des recommandations internationales

Peu de recommandations ont abordé les complications métaboliques et le risque cardio-vasculaire liés à la surcharge pondérale. Elles sont présentées dans le tableau 62.

Tableau 62. Synthèse des recommandations internationales sur les complications métaboliques et le risque cardio-vasculaire liés à la surcharge pondérale

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2004 (120) Royaume-Uni (Angleterre)	Hyperphagie boulimique : Principal risque au long court : obésité, DT2. Pas de recommandations.
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> 2014 (115) Australie et Nouvelle-Zélande	Envisager le recours au topiramate ou à l'orlistat chez les patients présentant une obésité (EBR II).
Forum Med Suisse 2013 (51) Suisse	Sans traitement, le <i>binge eating disorder</i> (Hyperphagie boulimique) entraîne une prise de poids continue.

Avis du groupe de travail

Pour les complications liées au surpoids et à l'obésité, se reporter aux recommandations *ad hoc* de la HAS (288).

Recommandations

Il est recommandé de peser régulièrement les patients souffrant de boulimie et d'hyperphagie-boulimique.

Il est recommandé de prendre en charge les obésités secondaires à l'hyperphagie boulimique et de dépister les complications associées, dont le diabète de type 2.

Carences en micronutriments (vitamines et éléments traces) et conséquences

Les carences en micronutriments ne sont pas abordées dans les recommandations internationales. Il n'a pas été retrouvé d'article étudiant spécifiquement cette thématique en cas de boulimie et d'hyperphagie. Cependant, de multiples carences en vitamines et en éléments traces peuvent être observées au cours de certains troubles alimentaires tels que l'anorexie mentale et lors des crises de boulimie avec conduites de purge et ceci indépendamment de la sévérité de la dénutrition. Des observations sous forme de cas cliniques ont été publiées. Les carences les plus fréquentes sont celles en vitamine B1 (favorisées par l'addiction à l'alcool et les vomissements) (289), en vitamine D et en folates. Concernant les éléments traces, la carence en zinc dans les cas de dénutrition dans l'anorexie mentale a été largement retrouvée (290), cette carence n'est pas spécifiquement identifiée en cas de boulimie et d'hyperphagie.

Aparicio *et al.* s'est intéressé à étudier les apports en micronutriments chez les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires non spécifiques (291). L'auteur a démontré que ces patients avaient des apports en micronutriments (y compris en vitamines B1) moins importants que les sujets témoins. Cette étude était cependant basée sur le recueil alimentaire des 24 heures. Le statut biologique en micronutriments n'a pas été recherché.

Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations internationales n'abordent pas le risque de carences en micronutriments.

Recommandations

Face aux situations à risque de carence (notamment en vitamines B1 en cas de vomissements et vitamines B12 en cas de régime végétarien au long cours), il est recommandé de rechercher la présence de symptômes cliniques de carence spécifique qui, s'ils existent, doivent faire l'objet de dosages biologiques, et si besoin mettre en place une complémentation adéquate.

8.4 Complications gynéco-obstétricales : impact sur la fertilité, la grossesse et le *post-partum*

La boulimie et l'hyperphagie boulimique débutent chez des femmes en âge de procréer. Les femmes souffrant de boulimie sont plus à risque de grossesses non désirées car elles pensent, parfois à tort, présenter des troubles de la fertilité en raison de l'existence de troubles du cycle menstruel et sont moins vigilantes (292) ; mais aussi car elles sont à risque de vomir leur pilule contraceptive pendant les crises de boulimie (50).

La grossesse et le *post-partum* sont deux périodes à risque d'exacerbation des crises de boulimie (50, 52, 118) en raison des différents bouleversements qui existent dans ces deux périodes mais aussi car la plupart des patientes ne signalent pas leur trouble des conduites alimentaires à leurs obstétriciens (50).

Les troubles des conduites alimentaires entraînent des perturbations physiopathologiques, qui touchent notamment la sphère endocrinienne et gynécologique. Ainsi, les troubles des conduites alimentaires sont fréquemment associés à des perturbations du cycle menstruel, à une infertilité, à un risque accru de vomissements gravidiques et / ou à une prise de poids inadéquate en cours de grossesse (30, 292).

8.4.1 Perturbations du cycle menstruel

Entre 7 et 40 % des patients souffrant de boulimie présentent une aménorrhée et 36 à 64 % une oligoménorrhée. Soixante-dix-sept pour cent des patientes boulimiques qui ont un antécédent d'anorexie mentale rapportent la présence d'une aménorrhée (292). L'étude STAGE réalisée sur 11 503 jeunes femmes (30) a étudié les troubles menstruels (aménorrhée et oligoménorrhée) chez les patientes présentant des crises de boulimie, celles souffrant d'hyperphagie boulimique et celles ayant des stratégies de contrôle de poids de type purgative (vomissements, diurétiques et laxatifs). L'aménorrhée et la spanioménorrhée concernaient respectivement 27,87 % et 55,05 % des personnes présentant des crises de boulimie nerveuse et 16,96 % et 50,85 % de personnes souffrant d'hyperphagie boulimique. Les crises de boulimies étaient significativement associées à l'aménorrhée ($p < 0,001$; OR = 2,60 [2,07, 3,26]) et à l'oligomenorrhée ($p < 0,001$; OR = 1,79 [1,49, 2,14]) après ajustement sur le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), l'IMC, les vomissements, et l'âge (30).

Le mécanisme des troubles du cycle menstruel chez les patientes souffrant de boulimie reste mal connu (292). Une des hypothèses évoquées dans l'hyperphagie boulimique est que l'insulino-résistance présente, dans cette forme de trouble des conduites alimentaires, serait responsable d'une surproduction de testostérone impactant directement la maturation folliculaire et l'ovulation (30).

8.4.2 Infertilité et fausses couches

Les femmes souffrant de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique présentent un risque accru de problèmes de fertilité (292). Les femmes qui ont à la fois une histoire d'anorexie nerveuse et de boulimie nerveuse présentent un risque plus élevé d'avoir un délai de conception de plus de 6 mois et de devoir recourir à une aide de procréation médicalement assistée pour leur première grossesse (293, 294). Le recours plus fréquent à des traitements de l'infertilité pourrait expliquer l'augmentation de prévalence des grossesses gémellaires dans la population de femmes avec boulimie ou anorexie mentale (293). D'autres part, les femmes qui demandent un traitement pour infertilité ont des scores de recherche de minceur et des symptômes boulimiques significativement plus élevés que celles recrutées en routine dans les soins

primaires (295). Il a été rapporté que les femmes souffrant de boulimie seraient davantage à risque de fausses couches spontanées mais cela reste discuté (296, 297). L'hyperphagie boulimique est également associée à une augmentation du taux de fausses couches (292) mais on ignore si ce sur-risque est lié à l'obésité ou au trouble des conduites alimentaires.

8.4.3 Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)

Le SOPK est une cause fréquente d'irrégularités menstruelles et de troubles de la fertilité. Il est fréquemment associé à la boulimie nerveuse. Dans la littérature, 75 % des femmes souffrant de boulimie nerveuse présenteraient un syndrome des ovaires polykystiques et 33 % des femmes avec un SOPK rapporteraient des conduites alimentaires de type boulimique (298). Le SOPK est aussi associé au comportement d'hyperphagie boulimique (30). Les autres troubles des conduites alimentaires spécifiés et la boulimie nerveuse sont également plus fréquents dans la population de femmes qui présentent un hirsutisme (299). Les femmes souffrant d'hirsutisme et de troubles alimentaires ont par ailleurs plus de comorbidités psychiatriques (dépressions majeures, troubles anxieux, stress post-traumatiques, troubles obsessionnels compulsifs) et souffrent d'une moindre estime de soi (299). Les filles de mères aux antécédents de boulimie nerveuse au cours de leur vie ont une exposition à la testostérone plus importante en *intra utéro* (300). Certains font l'hypothèse que la testostérone serait le lien entre boulimie nerveuse, SOPK, troubles menstruels et problèmes de fertilité (30). L'hyper sécrétion de testostérone est clairement associée à une stimulation de l'appétit, une irritabilité, une dépression et des difficultés de contrôle (301). Les traitements anti-androgéniques réduisent quant à eux les comportements boulimiques (301, 302). Si un SOPK est diagnostiqué, un changement de comportement alimentaire permet de lutter contre l'insulinorésistance et augmente les chances de récupérer des cycles menstruels réguliers (303).

8.4.4 Grossesses non planifiées

Comme dans l'anorexie mentale, une plus forte prévalence des grossesses non planifiées se retrouve chez les femmes souffrant de boulimie en comparaison avec celles ayant seulement un antécédent passé de boulimie (296). Ces grossesses surviennent souvent dans un contexte d'oligoménorrhée. Les grossesses non planifiées peuvent augmenter le risque de méconnaissance de l'état gravidique, et ainsi être à l'origine d'un retard de suivi de la grossesse, de comportements à risque pour le fœtus (prise d'alcool devant une grossesse méconnue ou d'une alimentation non adaptée). Ce risque accru de grossesses non désirées chez les femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires a des implications sur les prises en charge en gynécologie-obstétrique et en soins primaires.

Les médecins s'occupant de patients souffrant de troubles des conduites alimentaires doivent donc les informer de l'importance d'avoir une contraception adaptée (éviter la pilule en cas de vomissements très fréquents, prise de la pilule à distance des vomissements, ou discuter d'autres moyens de contraception comme le stérilet, l'implant, etc...) afin de prévenir les grossesses non désirées, y compris chez les patientes présentant des troubles du cycle menstruel.

8.4.5 Questions relatives à la grossesse

Expérience émotionnelle négative de la grossesse

La période périnatale constitue une phase de grands changements physiques et psychologiques et représente, par conséquent, une période de haute vulnérabilité pour les femmes affectées par des troubles des conduites alimentaires. Quel que soit le trouble présenté, les femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires vivent de manière plus négative la grossesse et ces ressentiments négatifs persistent notamment en cas d'anorexie mentale ou de boulimie jusqu'à 18 semaines d'aménorrhée, voire plus longtemps (293, 294).

Les données issues d'une revue des études qualitatives sur ce sujet pointent que la grossesse entraîne souvent (304) :

un conflit personnel car les jeunes femmes priorisent les besoins alimentaires de leur enfant plutôt que les contraintes liées à leur trouble des conduites alimentaires ;

des difficultés à faire face à leur estime de soi quant à leur image corporelle ;

des préoccupations concernant la santé de leur enfant ;

des préoccupations sur l'avis des autres quant à leurs pratiques alimentaires et de contrôle du poids ;

des préoccupations supplémentaires : peur de l'échec, transformation de leur corps et de leur comportement alimentaire et des incertitudes quant à l'apparence corporelle de l'enfant et de ses émotions.

Troubles des conduites alimentaires en cours de grossesse

Les études rapportent des résultats variables. Certaines (tous troubles des conduites alimentaires confondus) retrouvent 29 % à 78 % de rémissions des symptômes de troubles des conduites alimentaires au cours de la grossesse, avec une réduction des préoccupations concernant le poids et les formes corporelles, des crises de boulimie nerveuse et des conduites de purge (305-308). Cependant, ces préoccupations restent plus importantes que pour les femmes n'ayant jamais présenté de trouble des conduites alimentaires (309, 310).

Plusieurs autres études suggèrent que la grossesse pourrait déclencher des rechutes chez les femmes ayant des antécédents de troubles des conduites alimentaires (305, 310, 311). La grossesse a été montrée comme étant une fenêtre propice à la rémission pour les patientes souffrant de boulimie nerveuse mais une période de déclenchement ou de rechute d'hyperphagie boulimique (306, 308). Les auteurs concluent que la grossesse peut être une phase de vulnérabilité aux troubles des conduites alimentaires du fait des changements physiologiques. La grossesse peut également être un moment de motivation pour mieux appréhender les troubles du comportement alimentaire.

Prise de poids en cours de grossesse

De grandes études de cohortes menées en Norvège et au Pays-Bas ont montré une augmentation de poids plus importante et plus rapide pendant la grossesse chez les patientes avec troubles du comportement alimentaire, comparativement à celles qui n'en avaient pas (312-315). L'augmentation de la prise de poids pendant la grossesse chez les femmes présentant un trouble des conduites alimentaires, type boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique, peut refléter une majoration des crises boulimiques mais aussi une diminution des

conduites de purge chez les patientes souffrant de boulimie (316). Paradoxalement, les femmes les plus préoccupées par leur prise de poids pendant la grossesse sont aussi celles qui prennent le plus de poids (316).

Besoins nutritionnels au cours de la grossesse

L'équilibre nutritionnel au cours de la grossesse est fondamental. Il est recommandé un gain de poids au cours de la gestation de 12,7 kg à 18 kg pour les femmes ayant un IMC < 18,5 kg / m², 11,5 kg à 16 kg pour les femmes à IMC normal (18,5 - 25), 7 kg à 11,5 kg pour les femmes ayant un IMC supérieur à 25 et 5 kg à 9 kg pour celles qui ont un IMC > 30 (317). Les recommandations françaises de suivi des femmes enceintes parues en 2007 ne se prononcent pas sur la prise de poids idéale pendant la grossesse (318). La prise de poids recommandée pendant la grossesse en France est très proche de celle précédemment citée : IMC < 19,8 kg / m² : prise de 12,5 à 18 kg ; IMC entre 19,8 et 26 kg / m² : prise de 11,5 à 16 kg ; IMC entre 26 et 29 kg / m² : prise de 7 à 11,5 kg et IMC > 29 : prise de 6 à 7 kg (319). En France, le coût théorique d'une grossesse est estimé à environ 80 000 kcal (soit, en moyenne, 285 kcal / jour). Le métabolisme de base augmente de plus de 20 % à partir du 2^e trimestre de la grossesse, soit environ 35 000 kcal (319). Cependant, chez les femmes enceintes souffrant d'anorexie nerveuse et / ou de boulimie, il n'a jamais été retrouvé d'apports énergétiques différents, comparativement aux femmes enceintes sans trouble des conduites alimentaires (320). L'alimentation des femmes doit tenir compte des besoins énergétiques croissants au cours des trois trimestres de grossesses. Les traitements devront être individualisés et il est fondamental de discuter avec chaque femme de l'importance d'une nutrition saine et de recommander un gain de poids basé sur celui qui existait en préconceptionnel (317). En effet, une étude anglaise a montré que les patientes aux antécédents d'anorexie mentale avaient plus tendance à rapporter des régimes de type végétarien que les patientes sans trouble du comportement alimentaire sans qu'aucune carence en vitamines et minéraux n'ait été retrouvée (320). Une autre étude avait mis en évidence la présence d'apports énergétiques excessifs en graisse totale, acides gras monoinsaturés et saturés, et de plus faibles apports en folates, potassium, et vitamine C chez les femmes présentant une hyperphagie boulimique (314). Pour ce qui concerne les apports en caféine au cours de la grossesse, les femmes présentant une hyperphagie boulimique rapportent une consommation de caféine supérieure aux recommandations (314). L'excès de caféine pourrait être impliqué dans la genèse des fausses couches spontanées, d'accouchements prématurés et de retards de croissance intra-utérins.

Vomissements gravidiques

Une étude norvégienne a démontré que les femmes souffrant de boulimie de type purgative avaient un risque augmenté de nausées et de vomissements gravidiques (321). Cependant, la prévalence de l'hyperémèse gravidique ne semble pas augmentée (321).

Devenir de la grossesse

La boulimie nerveuse est associée à un risque accru de contractions prématurées, de réanimation néonatale, de score d'Apgar très bas à une minute (322), et d'accouchement prématuré (296). Une étude menée entre 1994 et 2004 sur les relations entre anorexie mentale, boulimie et complications obstétricales de la délivrance montre une incidence des troubles des conduites alimentaires de 0,39 pour 10 000 parturientes. Les troubles des conduites alimentaires étaient significativement associés à un risque de retard de croissance intra-utérin, de travail prématuré, d'anémie, d'infection du tractus génito-urinaire et de nécessité de déclenchement du travail (323). De plus, une étude récente sur 2 257 femmes avec troubles des

conduites alimentaires traitées (anorexie mentale, boulimie ou hyperphagie boulimique) a retrouvé une augmentation des risques d'anémie, de retard de la vitesse de croissance *in utero*, de raccourcissement de la durée de la première partie du travail, de prématurité extrême et de mortalité périnatale chez les patientes présentant un antécédent d'anorexie mentale ; de contractions prématurées et de petits poids de naissance chez les patientes avec antécédent d'anorexie mentale et boulimie nerveuse (322). À l'inverse, des études de cohortes menées en population générale, en Suède, en Norvège, au Royaume-Uni, et aux Pays Bas, n'ont pas montré de différence significative en termes de devenir périnatal en cas d'antécédents de troubles des conduites alimentaires (297, 312, 313). L'hyperphagie boulimique a été retrouvée associée à une hypertension artérielle maternelle, à une longue durée des premières et deuxième étapes du travail et à une macrosomie à la naissance. Ce dernier point est responsable, soit directement, soit indirectement, (du fait de leur poids et de leur prise de poids pendant la grossesse) de plus d'accouchements par césarienne en comparaison avec les femmes sans troubles des conduites alimentaires (312, 322). Les patientes présentant une boulimie nerveuse et / ou une hyperphagie boulimique, qui présentent par ailleurs un SOPK, sont plus à risque de développer un diabète gestationnel car l'insulino-résistance affecte 50 à 70 % des femmes atteintes de SOPK (324).

Après un diabète gestationnel, le fait d'inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation équilibrée, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins cinq jours par semaine, arrêt du tabagisme) permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2 (325).

8.4.6 Problématiques du post-partum

Allaitement

Les résultats des études menées chez des femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires sont difficilement interprétables, compte tenu du faible nombre de patientes incluses. Une étude norvégienne retrouvait un risque d'arrêt prématuré de l'allaitement à 3 et 6 mois du *post-partum* comparativement à la population générale (326). Aucune différence n'était constatée en termes de prévalence de l'initiation de l'allaitement maternel à la naissance.

Dépression et anxiété périnatale

Les femmes ayant des antécédents de troubles des conduites alimentaires rapportent plus de symptômes dépressifs et anxieux au cours de la grossesse et après celle-ci, comparativement à celles n'ayant pas ces antécédents (305, 327, 328). La prévalence de la dépression du *post-partum* chez les femmes ayant un antécédent de troubles des conduites alimentaires a été estimée à 35 % (329) *versus* 10 à 15 % dans la population générale (330). Les patientes aux antécédents de troubles du comportement alimentaire rapportent avoir plus de problèmes d'adaptation à cette période du *post-partum* et avoir plus fréquemment recherché des aides psychologiques que les autres femmes, et ce indépendamment du type de trouble des conduites alimentaires ou de la durée de guérison (311). Un antécédent de dépression ou la présence de symptômes de troubles des conduites alimentaires en cours de grossesse ont été retrouvés comme favorisant le risque de dépression du *post-partum* et d'anxiété. Les femmes présentant une boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique sont plus particulièrement à risque de dépression du *post-partum* (328). Les troubles du comportement alimentaire touchent un tiers des patientes admises dans des unités de psychiatrie périnatales ; et les femmes souffrant de

boulimie nerveuse rapportent des dépressions plus sévères et des histoires d'abus et de traumatismes sexuels (158 patientes) (331).

Période du post-partum et changement de poids

Comme cela a été dit précédemment, de nombreuses femmes présentent des rémissions ou une réduction des symptômes de troubles des conduites alimentaires au cours de la grossesse. À l'inverse, ces derniers se majorent souvent au cours de la période du *post-partum* (305, 307, 309). Une chute rapide de l'IMC dans le *post-partum* est rapportée chez les patientes boulimiques ou présentant une hyperphagie boulimique (315).

8.4.7 Autres problématiques gynécologiques

Dysfonction sexuelle

La dysfonction sexuelle est relativement fréquente chez les patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie (332). En cas de boulimie, une alimentation émotionnelle et des crises de boulimie subjectives sont associées à une baisse de l'activité sexuelle. Les patients présentant une boulimie ayant rapporté une histoire d'abus sexuel n'améliorent pas leur fonctionnement sexuel après une thérapie-cognitivo-comportementale, contrairement à celles n'ayant pas cet antécédent. Une revue des études de devenir rapporte que 40 % des patients ayant souffert de boulimie nerveuse continuent à souffrir d'un handicap social et sexuel (333). Les patients présentant une obésité dans un contexte d'hyperphagie boulimique ont plus de dysfonctions sexuelles en comparaison avec les patients en situation d'obésité sans hyperphagie boulimique (334). Compte tenu du fait que la sexualité féminine implique des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques, l'impact des troubles du comportement alimentaire sur cette sexualité est particulièrement complexe à estimer et nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Cancers gynécologiques

Les patientes présentant une hyperphagie boulimique et en situation d'obésité sont à risque de développer des cancers de l'endomètre du fait de l'obésité (335).

Comportements sexuels à risque

La fréquence des troubles de la personnalité dans les populations souffrant de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique expose ces patients à davantage de conduites à risque, notamment des comportements sexuels à risque (292).

Ces derniers pouvant avoir pour conséquences des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles, dont le papillomavirus.

8.4.8 Prise en charge des complications gynéco-obstétricales : recommandations internationales, avis du groupe de travail et recommandations

Synthèse des recommandations internationales

Les recommandations internationales ne différencient pas les types de troubles des conduites alimentaires dans cette thématique. Celles qui ont le plus développé les complications gynéco-obstétricales sont les recommandations du NICE 2017 (50). Elles préconisent, en phase de

conception, d'éduquer les patientes ayant un désir de grossesse afin d'améliorer leur chance de conception et de limiter les risques de fausses couches. Cela inclut des informations sur l'importance 1) d'une bonne santé mentale assurant un maintien d'un poids normal et un apport nutritionnel adéquat, 2) de l'arrêt des comportements pathologiques tel que le « *binge eating* », les vomissements, les laxatifs et l'exercice excessif. Ces recommandations préconisent également de nommer un professionnel (médecin traitant ou sage-femme) référent pour surveiller et soutenir les femmes enceintes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires pendant la grossesse et en *post-partum* en raison des préoccupations autour de la prise de poids, des risques possibles pour la santé de la mère et de l'enfant et du risque élevé de problèmes de santé mentale pendant la période périnatale.

Les recommandations internationales n'abordent pas spécifiquement la contraception et le risque de grossesses non programmées, mais évoquent le problème de la non-absorption des médicaments en général du fait des vomissements.

Voir tableau 63.

Avis du groupe de travail

Le groupe de travail est en accord avec ces recommandations internationales. Il est nécessaire d'aborder l'importance de la contraception chez les patientes présentant une boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique, même en cas de perturbations du cycle menstruel, car même pendant ces périodes, le risque de grossesse est constant et réel. En cas de vomissements importants, risquant de perturber l'absorption d'une contraception orale, d'autres moyens contraceptifs doivent être proposés.

La période périnatale constitue une phase de grands changements morphologiques, physiologiques et psychologiques, et représente par conséquent une période de haute vulnérabilité pour les femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Aussi, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé aux femmes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires pendant la période périnatale.

Recommandations

Contraception

Expliquer aux patientes que l'aménorrhée ne protège pas d'un risque de grossesse, et que les contraceptifs oraux doivent se prendre à distance des vomissements.

En cas de vomissements très fréquents sous contraceptif oral, il convient de proposer d'autres méthodes contraceptives (dispositif intra-utérin, implant, patch contraceptif, préservatifs, etc...).

Rechercher systématiquement les antécédents de troubles des conduites alimentaires ou des symptômes de troubles des conduites alimentaires actuels (IMC inférieur ou supérieur à la normale, perte de poids, comportements alimentaires perturbés, préoccupation excessive autour de la silhouette, ...) chez les patientes en situation d'aménorrhée inexpliquée, de syndrome des ovaires polykystiques, de troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet d'assistance médicale à la procréation), ou en début de grossesse.

Conduites sexuelles à risque

Chez les patients présentant un trouble des conduites alimentaires, en particulier en cas de trouble limite de la personnalité associé, il est recommandé d'être vigilant quant aux comportements sexuels à risque, d'informer sur les risques associés et les méthodes de prévention, et d'orienter vers un suivi gynécologique.

Désir de grossesse

Toute femme souffrant de trouble des conduites alimentaires en âge de procréer doit être informée des conséquences des troubles nutritionnels sur sa fertilité (risque d'infertilité) et des risques sur la grossesse (fausses couches, prématurité) et pour le fœtus (hypotrophie et mortalité péri-natale). En cas de désir de grossesse, la patiente doit être conseillée pour augmenter ses chances de grossesse et limiter les risques, en particulier en assurant un apport nutritionnel et un poids adéquat.

En cas de consultation pour infertilité et / ou de demande d'aide médicale à la procréation :

il est recommandé de rechercher systématiquement des signes de trouble des conduites alimentaires ;

en cas de doute sur l'existence d'un trouble des conduites alimentaires ou en cas de trouble des conduites alimentaires avéré, il est recommandé de solliciter un avis spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires (cf. annuaire FFAB).

En cas de demande d'AMP chez une patiente ayant un trouble des conduites alimentaires connu et suivi, un suivi obstétrical coordonné avec le suivi du TCA est recommandé.

Au cours de la grossesse en population générale

Rechercher un trouble des conduites alimentaires en cas de nausées ou de vomissements gravidiques particulièrement intenses, de prise poids excessive ou insuffisante.

Être vigilant chez les femmes avec des antécédents de troubles des conduites alimentaires car la grossesse et le *post-partum* sont des situations à risque de majoration des troubles, de rechute, de troubles de l'humeur.

Orienter les patientes pour lesquelles on suspecte un trouble des conduites alimentaires vers une évaluation par un spécialiste, et si besoin un suivi multidisciplinaire en coordination avec le suivi obstétrical.

Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé.

La période périnatale constitue une phase de grands changements physiques et psychologiques et représente par conséquent une période de haute vulnérabilité pour les femmes affectées par des troubles des conduites alimentaires. Aussi, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé aux femmes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires pendant la période périnatale.

Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le *post-partum* car le risque est majoré.

Orienter les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires pour un suivi multidisciplinaire spécialisé en coordination avec le suivi obstétrical.

Évaluer et compléter si besoin les carences vitaminiques (risques pour le fœtus).

Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les troubles des conduites alimentaires après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).

En *post-partum*

Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé pendant la période post-natale.

Après un diabète gestationnel, il est recommandé d'inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins cinq jours par semaine, arrêt du tabagisme), car cela permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.

Tableau 63. Synthèse des recommandations internationales évoquant la gynécologie-obstétrique chez des patients souffrant de boulimie, hyperphagie boulimique ou troubles des conduites alimentaires au sens large

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	Ne pas différencier les différents troubles des conduites alimentaires dans la rédaction des recommandations. Fournir des conseils et une éducation aux femmes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires qui envisagent de concevoir, afin d'augmenter la probabilité de conception et de réduire le risque de fausse couche. Cela peut inclure des informations sur l'importance de : - maintenir une bonne santé mentale et un bien-être assurant un apport nutritionnel adéquat et un poids corporel sain ; - arrêter les comportements tels que la frénésie, les vomissements, les laxatifs et l'exercice excessif. Nommer un professionnel dédié (un médecin généraliste ou une sage-femme) pour surveiller et soutenir les femmes enceintes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires pendant la grossesse et en <i>post-partum</i> en raison : - des préoccupations autour de la prise de poids ; - des risques possibles pour la santé de la mère et de l'enfant ; - du risque élevé de problèmes de santé mentale pendant la période périnatale. Pour les femmes enceintes ou en période périnatale et ayant une alimentation déséquilibrée : - offrir un traitement spécifique pour leur trouble des conduites alimentaires ; - assurer le suivi et l'éducation comme recommandé dans la ligne directrice de NICE sur les soins prénatals et la santé mentale post-natale. Pour des conseils sur la nutrition de la mère et des enfants, voir la ligne directrice de NICE sur la nutrition maternelle et infantile.
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	Les femmes enceintes souffrant de trouble des conduites alimentaires doivent être suivies régulièrement pendant la grossesse et le <i>post-partum</i> (C).
Catalan Agency for	Les patientes souffrant de trouble des conduites alimentaires doivent être suivies régulièrement pendant et après la

<i>Health Technology Assessment and Research 2009 (52)</i> Espagne	grossesse.
---	------------

8.5 Cas particulier des patients souffrant de diabète de type 1

Le diabète sucré correspond à une augmentation prolongée de la concentration de glucose dans le sang. Dans le cas du diabète de type 1 (DT1), il est dû à la destruction des cellules du pancréas spécialisées dans la production d'insuline. Cette destruction est causée par une réaction auto-immune. Le diabète de type 1 représente environ 10 % des cas de diabète. Sa prévalence, de 13,5 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, augmente de 3 à 4 % par an depuis une vingtaine d'années. Le traitement consiste en des injections pluriquotidiennes d'insuline, une auto-surveillance de la glycémie capillaire et une alimentation régulée en glucides. Les contraintes concernant l'alimentation et les restrictions cognitives associées semblent pouvoir être un facteur de risque de troubles du comportement alimentaire. En outre, de nombreuses études montrent que l'association d'un diabète de type 1 avec un trouble des conduites alimentaires, en particulier de type boulimie ou hyperphagie, augmente la fréquence des complications du diabète.

Données de la littérature

Voir tableaux 64 à 66.

Depuis les recommandations de NICE 2004, seule une méta-analyse a été publiée, non prise en compte dans la réactualisation des recommandations du NICE publiées en 2017. Il s'agit de la méta-analyse de Young *et al.*, (336).

La méta-analyse de Young *et al.*, 2013 (336) montre que le risque de troubles des conduites alimentaires est plus important chez les patients DT1 que dans la population générale (RR : 0,52 [0,1 – 0,94]). Ce risque n'est cependant plus significatif quand on exclut les études utilisant des questionnaires validés en population générale. En effet, les questionnaires de type EAT ou SCOFF proposent des questions qui vont surestimer le risque de troubles des conduites alimentaires : « Évitez-vous les aliments avec un contenu élevé en glucides ? », « Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? ».

Les sujets diabétiques souffrant de troubles des conduites alimentaires ont une augmentation de l'HbA1c, et des facteurs de risques cardiovasculaires, macro-angiopathiques (HTA, dyslipidémie) et micro-angiopathiques (augmentation du risque de néphropathie, neuropathie et rétinopathie) ainsi qu'une augmentation de la fréquence des hospitalisations, de la durée de ces hospitalisations, des acidocétoses (337).

Mésusage d'insuline

L'omission d'injection d'insuline ou la diminution volontaire des doses peut être utilisée comme stratégie de contrôle du poids (338, 339). Ces comportements favorisent les déséquilibres glycémiques et exposent à des complications aiguës et chroniques graves. On parle parfois de « dia-boulimie ».

Tableau 64. La méta-analyse de Young *et al*, 2013 sur DT1 et troubles des conduites alimentaires

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Young <i>et al</i> 2013 (336) UK	Méta-analyse	8 études 2558 patients 664 : DT1 1894 : non DT1	Prévalence TCA chez DT1 et non DT1.	Questionnaire diagnostic pop générale ou spe à la pop DT1.	Prévalence TCA plus importante chez DT1 : 39,3 % vs 32,5 % RR : 0,52 [0,1 – 0,94]	Niveau de preuve 1. Sélection des articles : OK. Critères inclusion et exclusion : OK. Commentaire méthodo : essais exclus non listés. Article non spécifique de la boulimie. Résultats identiques avec questionnaire pop générale ou spe DT1. Le questionnaire de la pop générale a tendance à surestimer les résultats.

Young <i>et al</i> 2012 (336) UK Pays	Méta-analyse	11 études. 1363 patients.	Association entre TCA et équilibre glycémique.	HbA1c.	TCA associé à un risque plus élevé de déséquilibre glycémique RR : 0,40 [0,17 – 0,64].	Niveau de preuve et commentaires méthodo : <i>cf.</i> ci- dessus. Pas de données sur moyenne HbA1c dans groupe TCA et groupe non TCA.
--	--------------	----------------------------------	--	--------	---	--

Tableau 65. Revue de la littérature sur DT1 et troubles des conduites alimentaires

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Intervention (I) Contrôle (C)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
Goebel-Fabbri, 2009 (340)	Non spécifiée.	(A) Non spécifié. (P) Non spécifié.	Non spécifié.	Non spécifié.	DT1 ont 2,4 fois plus de risque de développer un TCA. FDR de TCA chez DT1 : BMI plus élevé, poids plus élevé, préoccupations corporelles, mauvaise estime de soi, dépression. Conséquences : moins bon équilibre glycémique, plus d'hospitalisation, plus de neuropathie et rétinopathie. Questionnaire diagnostic = celui de la pop générale (questionnaire spe non validé). Suvi : Multidisciplinaire (endoc / nut / IDE / psy). Surveillance pondérale à chaque consultation.

					Éducation sur ressucrage car le ttt des hypo peut engendrer des <i>binge</i>. Restriction diet participe au cycle <i>binge</i>-purge.
--	--	--	--	--	---

Tableau 66. Cas clinique sur DT1 et troubles des conduites alimentaires

Auteur, année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats	Niveau de preuve Commentaires
Guardia <i>et al.</i> , 2011 (341) France	Case report.	Jeune fille de 19 ans avec TCA (boulimie et mésusage d'insuline) et DT1.	-	-	-	Niveau de preuve C. Commentaires : hospitalisation pour sevrage des crises boulimiques et vomissements. Intervention ? TCA chez DT1 les plus fréquents sont boulimie et TCA non spécifiés. L'AM n'a pas une prévalence plus importante. 15 à 39% des DID omettent ou réduisent leurs doses d'insuline pour maintenir leur poids. Mésusage d'insuline = critère diag de la

						boulimie. DID + TCA : HbA1c plus élevée. Rétinopathie surviennent plus précocement quand TCA associés et notamment vomissements. Complications rénales et neurologiques plus liées à la précocité de survenue du DID que de l'association à un TCA.
--	--	--	--	--	--	---

Synthèse des recommandations internationales

Voir tableau 67.

Tableau 67. Recommandations de bonne pratique : synthèse des conclusions des recommandations internationales – DT

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017	Les équipes de troubles des conduites alimentaires et de diabétologie doivent collaborer pour informer de l'importance d'un suivi très régulier chez les patients souffrant de trouble des conduites alimentaires et de

(50) Royaume-Uni	diabète. Impliquer les proches (famille, soignant) pour atteindre l'objectif glycémique. Définir entre les diabétologues et les spécialistes des troubles des conduites alimentaires, qui est responsable du suivi somatique. Informé le patient et l'équipe du diabète de la nécessité de surveiller plus régulièrement la glycémie pendant la période de traitement du trouble des conduites alimentaires. Prendre en compte le mésusage d'insuline dans le traitement du trouble des conduites alimentaires. Proposer aux patients faisant un mésusage d'insuline : un régime faible en glucides, de sorte que l'insuline puisse être démarrée à un faible niveau ; augmenter progressivement les doses d'insuline pour réduire les taux de glycémie ; une charge glucidique adaptée aux besoins individuels et bien répartie dans la journée pour répondre aux besoins individuels et prévenir la prise de poids rapide ; insulinothérapie fonctionnelle ; éduquer sur les problèmes causés par l'abus de médicaments contre le diabète.
NICE 2015 (50) Royaume-Uni	Idem NICE 2017
NHS 2007 (157) Royaume-Uni	Idem NHS 2006
NHS 2006 (118) Royaume-Uni	La prise en charge d'un trouble des conduites alimentaires chez les diabétiques est essentielle puisque le risque de complication est accru dans ce groupe (C). Les DT1 doivent avoir une recherche régulière des complications du diabète puisque le risque de rétinopathie et des autres complications est élevé (C).

NICE 2004 (120) Royaume-Uni (Angleterre)	Le traitement des troubles des conduites alimentaires chez les patients souffrant de diabète est essentiel puisque la présence d'un trouble des conduites alimentaires dans ce groupe augmente fortement le risque de complications somatiques (C). Les patients DT1 présentant un trouble des conduites alimentaires doivent avoir une surveillance des complications rapprochée car ils sont à haut risque de développer une rétinopathie diabétique ou une autre complication (C).
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research</i> 2009 (52) Espagne	Diabète : le traitement des troubles des conduites alimentaires chez les patients souffrant de diabète est indispensable car le risque de complication est élevé dans ce groupe ; les patients présentant un DT1 doivent bénéficier d'examens complémentaires régulièrement car ils sont à haut risque de rétinopathie diabétique et autre complication.

Avis du groupe de travail

Les recommandations internationales proposent de prendre en charge précocement les troubles des conduites alimentaires chez les patients DT1 par des équipes spécialisées pour éviter le développement de complications aiguës (acidocétose) ou chroniques irréversibles dont le risque est accru. Il est également recommandé de dépister régulièrement les complications micro-angiopathiques du diabète et plus particulièrement la rétinopathie diabétique, par un fond d'œil régulier, chez les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Recommandations

Chez les patients diabétiques, rechercher systématiquement des troubles des conduites alimentaires en cas de variations importantes de l'HbA1c ou du poids. Il existe des questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets atteints de diabète de type 1 (type DEPS-R, m-EDI, m-SCOFF).

En cas de trouble des conduites alimentaires chez un patient diabétique :

informer du risque accru de déséquilibre glycémique aigu et chronique et de ses conséquences.

Ce risque de déséquilibre glycémique aigu et chronique et ses conséquences justifient un suivi très régulier, une vigilance accrue et une prise en charge spécifique du TCA ;

mettre en place un suivi multidisciplinaire coordonné associant diabétologue et spécialistes du trouble des conduites alimentaires, sur le plan somatique et psychiatrique ;

dépister régulièrement les complications dégénératives du diabète, plus précoces et plus sévères chez les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (micro-angiopathie et plus particulièrement rétinopathie diabétique) ;

rechercher le mésusage d'insuline (diminution volontaire des doses d'insuline dans un objectif de contrôle du poids).

8.6 Sevrage boulimique : place de la nutrition entérale

La prise en charge des crises de boulimie avec un nombre très important de vomissements quotidiens peut nécessiter un sevrage des crises de boulimie-vomissements par une nutrition entérale par sonde naso-gastrique, exclusive dans un premier temps.

Une équipe française s'est intéressée à cette question et a publié ses premiers résultats en 2007. Il s'agissait d'une étude randomisée prospective réalisée entre avril 2005 et février 2006 incluant 50 malades souffrant de boulimie et d'anorexie avec boulimie. Les patients ont été répartis en deux groupes équivalents. Ceux du 1^{er} groupe bénéficiaient d'une nutrition entérale en plus de conseils diététiques et d'une psychothérapie cognitivo-comportementale. Les patients du second groupe recevaient des conseils diététiques et une psychothérapie cognitivo-comportementale sans support nutritionnel entéral. La nutrition entérale était administrée de manière exclusive pendant 10 jours. Au 11^e jour, une réalimentation orale progressive et encadrée était débutée. La sonde de nutrition entérale était retirée au bout de 2 mois. Tous les patients étaient suivis pour une durée totale de 3 mois en ambulatoire. Les critères de jugement étaient le nombre, la durée et l'intensité des crises de boulimie. Secondairement, les auteurs se

sont intéressés à comparer la qualité de vie, l'anxiété et la dépression. Au terme de cette étude, le nombre de crises de boulimie ($p < 0,01$), la durée et l'intensité des crises de boulimie ($p < 0,05$) étaient plus faibles dans le groupe nutrition entérale que dans le groupe témoins. L'amélioration de la qualité de vie ($p < 0,01$) et des scores de dépression et d'anxiété ($p < 0,01$) était plus importante dans le groupe nutrition entérale (342).

Ces résultats ont été confirmés en 2011 toujours par la même équipe dans une étude randomisée prospective incluant 40 patients anorexiques avec boulimie et 70 patients boulimiques cette fois suivis pendant 1 an mais toujours en ambulatoire. La nutrition entérale était encore administrée pour une durée totale de 2 mois. La phase de nutrition entérale exclusive durait 3 semaines. Les critères de jugement étaient les mêmes. À 2 mois de suivi, 81 % des patients du groupe nutrition entérale étaient sevrés de crise de boulimie *versus* 38 % dans le groupe témoins ($p < 0,01$). À 1 an, 68 % des patients du groupe nutrition entérale étaient encore abstinents *versus* 53 % dans le groupe témoin ($p < 0,01$) (343).

Enfin, en 2013, la même équipe a réalisé une étude observationnelle prospective incluant 118 patients souffrant tous de boulimie. Les patients ont tous bénéficié d'une nutrition entérale exclusive pendant 1 mois avant une réintroduction encadrée et progressive des repas. Encore une fois, les patients étaient suivis en ambulatoire. Les patients gardaient la sonde nasogastrique pendant environ $2,83 \pm 2,28$ mois. Au bout d'un mois de suivi, 77 % des patientes étaient sevrées de crises de boulimie. Après réintroduction alimentaire, le taux de rémission complète était de 44 %. La sonde nasogastrique n'a eu aucune efficacité sur 6 % des patients. Il est important de noter que chez les patients ayant rechuté à l'arrêt de la nutrition entérale, le nombre de crises était moins important qu'avant la mise en place de la sonde nasogastrique : $5,9 \pm 6,1$ épisodes par semaine *versus* $20,4 \pm 12,0$ par semaine (344).

Toutes ces études sont résumées dans le tableau 68.

Synthèse des recommandations internationales non

Il n'existe pas de recommandation internationale sur le sevrage des crises de boulimie par nutrition entérale avec sonde nasogastrique.

Avis du groupe de travail

Ces études suggèrent un effet bénéfique de la nutrition entérale exclusive sur le sevrage des crises de boulimie nerveuse. Sa place dans le traitement de la boulimie nécessite d'être encadrée. En effet, la nutrition entérale n'est pas un traitement anodin. Celui-ci peut entraîner des complications (pneumopathie d'inhalation, diarrhée, troubles hydro-électrolytiques, etc...). Dans les études sus-citées, réalisées toutes par la même équipe, la nutrition entérale était toujours administrée de manière exclusive pendant une période de 10 à 21 jours. La durée d'abstinence alimentaire orale et le rythme de réintroduction de l'alimentation n'ont pas été étudiés à ce jour.

C'est pourquoi, selon le GT, en l'absence d'études incluant un suivi psychiatrique et somatique au long cours, cette méthode ne devrait être utilisée qu'en dernier recours et dans un cadre hospitalier spécialisé.

Recommandations

Le sevrage des crises de boulimie en utilisant une nutrition entérale par sonde nasogastrique doit rester un traitement réservé aux patients présentant des troubles sévères.

Cette méthode doit être réalisée uniquement en milieu hospitalier spécialisé.

Tableau 68. Données de la littérature sur la place de la nutrition entérale dans le sevrage boulimique

Auteur année, référence, pays	Méthode	Population	Intervention Contrôle	Critères de jugement	Résultats
Rigaud et al. Oct 2007 (342) France	Prospective Randomisée 03/04/2005- 10/02/2006.	50 malades inclus 47 malades à la fin du suivi. Malades boulimiques selon DSM-IV (boulimie vraie et anorexie avec boulimie). Suivi ambulatoire.	Intervention : GROUPE NE (n = 23). Nutrition Entérale (NE) + conseils diet. TCC. Psychothérapie. Vs Témoins : (n = 24). Conseils diet. TCC. Psychothérapie. Protocole : *Phase de traitement actif : 2 mois. J0-J10 : NE exclusive ;	En intention de traiter Critère de jugement : 1/ nombre de malades sans boulimies / vomissements à M2 ; 2/ nombre de malades ayant réduit de plus de 50 % les boulimies / vomissements ; 3/ chez les malades ayant encore des crises : quantification des crises : durée et fréquence.	Les crises : *diminution du nombre de crises plus importante dans le groupe NE que dans le groupe contrôle (p < 0,01) ; *durée et intensité des crises plus faibles dans le groupe NE vs groupe contrôle pour les patients qui continuaient à avoir des crises (p < 0,05) ; *vomissements provoqués post- prandiaux diminuaient plus dans le groupe NE que dans le groupe contrôle (p < 0,01). Qualité de vie / anxiété / dépression. L'amélioration de la

			J11 : réintroduction alimentaire progressive ; M2 : retrait SNG. *Phase de suivi : M3 *J0, J15, M1, M2, M3 : examen clinique, bio, questionnaires de qualité de vie / anxiété / dépression / troubles des conduites alimentaires.		qualité de vie (p < 0,01) et des scores de dépression et d'anxiété (p < 0,01) était plus importante dans le groupe NE.
Rigaud et al., Aout 2007 (342) France	Prospective Randomisée Obj : effet de la NE sur la prise de poids et la prise de masse grasse chez des patiente anorexique Vs traitement classique de l'anorexie. Critère secondaire : évaluer crise de boulimie /	81 patients anorexiques (DSM-IV). 25 avec <i>binge</i> / purge. 56 restrictifs. Critère exclusion : BMI < 11 kg / m² (éviter SRI)	Groupe NE (n = 41). Groupe témoins (n = 40). Tous les patients ont eu conseils diet / TCC / psychothérapie. Phase de traitement : 2 mois, en hospitalisation. Phase de suivi : M3-M12 en ambulatoire. Mesure : *nut : BMI, composition corporelle, DER (calorimétrie), bio ;	En intention de traiter Arrêt des crises de boulimie / vomissements.	SNG a permis un arrêt des crises de boulimie / vomissements chez 80 % des patients (vs 50 % dans le groupe témoins) (p < 0,01).

	vomissements.		*questionnaire alimentaire ; *questionnaire de tolérance / comportemental.		
Rigaud et al. 2009 (345) France	Prospective Randomisée Mars 2007 - mars 2008. Obj : effet de la NE à domicile dans le traitement de l'anorexie mentale. Comparaison poids et IMC après NEAD à ceux obtenus avant NEAD (J - 30, J - 7 et J0). Obj secondaire : comparer boulimie dans les 2 groupes (NEAD – témoins).	60 malades : 30 <i>binge</i> / vomissements et 30 restrictives. Inclusion : *anorexie : IMC < 16 ou boulimie + 16 < IMC < 17,5 ; *absence de reprise ou perte de poids malgré suivi ; *suivi par psychiatre et / ou psychothérapeute ; *groupe de malade ; *échecs du ttt psychothérapeutique. Exclusion : *pas de MT ; *MT ou psychiatre qui s'opposent à la NE ; *trouble de la personnalité ; *IMC < 12,5 ; *signe de défaillance ; *affection psychiatrique	Groupe NEAD. Groupe Témoins. Ambulatoire. Suivi tous les 15 jours au domicile (en alternance tel / cs nutritionniste / cs diet). NEAD pendant 2 mois.	Arrêt boulimie et vomissements.	Chez les 30 malades avec boulimie : 90 % des patientes n'ont pas eu de crises dans le groupe NEAD pendant la durée des 2 mois de ttt.

		grave ; *TCA atypique ; *maladie somatique associée.			
Rigaud et al., 2011 (343) France	Prospective Randomisée. Évaluer l'effet de la NE sur la réduction des crises de purge/boulimie.	40 patientes anorexiques avec boulimie. 70 patientes boulimiques (IMC < 18,5 kg / m ²) Ambulatoire.	Patientes anorexiques (n = 40). Groupe NE (n = 20). Groupe témoin (n = 20). Patientes boulimiques (n = 70). Groupe NE (n = 35). Groupe témoins (n = 35). Phase de traitement : 2 mois. S0-S3 : NE exclusive. S3 : réintroduction alimentaire. Phase de suivi : cs ts les 3 mois jusqu'à M14.	En intention de traiter Critère principal : arrêt crise de boulimie. Critères secondaires : diminution fréquence et durée des crises, qualité de vie, dépression et anxiété.	À 2 mois : 81 % abstinents dans le groupe NE vs 38 % dans le groupe témoins (p < 0,01). À 1 an : 68 % des patients du groupe NE étaient encore abstinents versus 53 % dans le groupe témoins (p < 0,01).
Rigaud et al., 2013 (344)	Prospective.	118 patientes boulimiques.	SNG exclusive pendant 1 mois puis réintroduction des repas.	1 : abstinence = arrêt total des crises de boulimie ; 2 : réduction de 75 %	SNG en moyenne pendant 2,83 + / - 2,28 mois 12% des patients ont

France				des crises de boulimie.	arrêtés avant 1 mois. Premier mois : 77 % des patientes ont arrêté les crises – aucune efficacité de la SNG sur 6 % des patientes. Après réintroduction alimentaire : 44 % de rechute. 44% de remission complète Après arrêt SNG : Chez les patientes qui ont rechuté : moins de crises qu'avant la mise en place de la SNG 5.9 + / - 6,1 épisodes par semaine vs 20,4 + / - 12 épisodes par semaine. Pour les patients qui ont poursuivi les crises : réduction de la fréquence.
--------	--	--	--	-------------------------	---

8.7 Implication du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des patients atteints de boulimie et d'hyperphagie boulimique

Recommandations internationales

Les recommandations internationales pointent la fréquence importante des complications dentaires liées aux vomissements. Elles mettent en exergue la nécessité de connaître ces symptômes afin de les utiliser pour le repérage des troubles des conduites alimentaires, de mettre en place une prise en charge adaptée afin de prévenir les complications par une éducation et de repérer les complications chez les patients vomissant et de les traiter si nécessaire.

Voir tableau 69.

Tableau 69. Synthèse des conclusions des recommandations internationales sur les complications dentaires de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NHS, 2006 (118) Royaume-Uni	Les patients qui vomissent doivent avoir des évaluations dentaires régulières chez le dentiste (C). Les patients qui vomissent doivent bénéficier de conseils sur l'hygiène dentaire appropriés incluant : éviter de se brosser les dents, se rincer la bouche avec une solution non acide après les vomissements, réduire l'environnement dentaire acide (limiter la nourriture acide) (C). Ajout par le NHS : les équipes prenant en charge les troubles des conduites alimentaires devraient développer des collaborations avec les services dentaires afin que leur patient ait accès à des services dentaires appropriés. Suivi des patients souffrant de trouble des conduites alimentaires de manière chronique – NHS : suivi régulier incluant : consultation chez le dentiste annuelle pour les patients qui vomissent, régurgitent.
NICE, 2004 (120) Royaume-Uni (Angleterre)	Boulimie Complications dentaires : érosion de l'émail dentaire par les sécrétions gastriques acides (vomissements). Ceci provoque une modification de couleur et de forme des dents, une sensibilité dentaire accrue, des caries. Les patients qui vomissent doivent avoir des évaluations dentaires régulières (C). Les patients qui vomissent doivent bénéficier de conseils appropriés sur l'hygiène dentaire (éviter de se brosser les dents après les vomissements, se rincer la bouche après les vomissements avec de l'eau ou une solution alcaline, limiter les aliments et boissons acides pendant les repas [fruits, jus, boissons gazeuses, produits marinés, yaourts et boissons alcoolisées], finir les repas par des aliments alcalins [lait ou fromage]) (C).

<i>American Psychiatric Association, 2006</i> (119) États-Unis	Évaluer l'état de santé général : examen dentaire si conduite de purge (I) ; complications somatiques de la Boulimie : ORL : carie dentaire.
Herpertz et al., 2011 (117) Allemagne	Les problèmes dentaires chez les enfants sont des éléments qui doivent faire suspecter un trouble des conduites alimentaires.
<i>Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 2009</i> (52) Espagne	Boulimie Les patients qui vomissent régulièrement doivent bénéficier de consultations dentaires régulières et de conseils pour préserver leur hygiène dentaire.
Haute Autorité de Santé, 2010 (1) France	L'examen doit évaluer l'état dentaire. Vomissements provoqués et autres conduites de purge Pour les patients qui ont des conduites de purge (vomissements provoqués, consommation de laxatifs et diurétiques), il est recommandé : d'évaluer et traiter les répercussions dentaires et digestives de ces conduites. Pour prévenir les complications dentaires, il est recommandé d'éviter le brossage des dents immédiatement après le vomissement, mais plutôt de rincer la bouche à l'eau, et de réduire l'acidité de l'environnement buccal.
Forum Med Suisse, 2013 (51) Suisse	Les conséquences somatiques de la boulimie incluent des lésions dentaires et œsophagiennes sous l'influence de l'acide gastrique, des troubles digestifs, la fatigue, des altérations cutanées et des troubles électrolytiques.
<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2014</i>	Évaluation initiale doit comprendre (avis d'experts) une évaluation dentaire par un dentiste.

(115) Australie et Nouvelle-Zélande	
<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 2015 (124) États-Unis	Répercussions somatiques sévères et complications médicales doivent être prises en charge (niveau de preuve : clinical standard). Conduites de purge fréquente → érosion de l'émail dentaire.
Nice, 2017 (50)	Lors de l'évaluation d'un trouble des conduites alimentaires ou quand on envisage d'adresser une personne pour une évaluation sur un possible trouble des conduites alimentaires, s'appuyer sur les éléments suivants : - usure dentaire inhabituelle (tels que l'érosion). Encourager les personnes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires qui ont des vomissements à : être suivi régulièrement sur le plan dentaire et médical ; éviter de se brosser les dents immédiatement après vomissements ; se rincer la bouche avec des bains de bouche non acides après vomissements ; éviter les boissons et les aliments très acides.

8.7.1 Repérage de l'état dentaire

Les patients atteints de de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique présentent presque systématiquement une dégradation de leur état dentaire de gravité croissante avec l'ancienneté et l'intensité des troubles des conduites alimentaires. Ces lésions apparaissent en quelques mois si les vomissements sont fréquents. Les chirurgiens-dentistes sont en position d'être les premiers à repérer les troubles des conduites alimentaires. Ces atteintes sont principalement des lésions par érosion (346-349) atteignant l'émail puis la dentine. Un certain nombre de conduites associées (consommation importante de fruits et légumes, de boissons gazeuses acides, voire d'alcool...) causent différents types d'atteintes en raison de facteurs agressifs spécifiques susceptibles de se cumuler (347, 350, 351).

8.7.2 Érosion dentaire

Elle est liée à un environnement acide de la sphère buccale entraînant une dissolution des tissus dentaires minéralisés (émail et dentine) : Lussi et Carvalho, 2014 et 2015 (352, 353).

Acidité liée à l'exposition répétée des surfaces dentaires à des aliments acides fréquemment consommés par ces patients (sodas, condiments acides, agrumes, etc...) (érosion d'origine extrinsèque).

Acidité liée à l'exposition répétée aux vomissements (érosion d'origine intrinsèque) (354).

Acidité liée à des reflux gastro-oesophagiens, en particulier nocturnes, associés à ces pathologies (érosion d'origine intrinsèque).

8.7.3 Parafonctions diurnes ou nocturnes avec hyperactivité des muscles masticateurs

Ces parafonctions diurnes ou nocturnes avec hyperactivité des muscles masticateurs entraînent des pertes de substances des tissus durs dentaires par attrition (usure par fréquence et / ou intensité de contacts interdentaires pathologiques). Ce sont :

des phénomènes d'attrition (bruxisme) induits par différents facteurs isolés ou associés (anxiété, effets secondaires de certains médicaments antidépresseurs ou neuroleptiques ;
une attrition consécutive aux pertes de tissus dentaires par érosion chimique occasionnant une dégradation des rapports intermaxillaires avec absence de position de repos ou perte de dimension verticale engendrant une souffrance musculaire des muscles masticateurs ;
des parafonctions musculaires principalement nocturnes en relation avec la diminution du pH au niveau de l'arrière gorge par RGO (355, 356).

8.7.4 Abrasion des surfaces dentaires par frottement avec un élément externe (brosse à dents, onicophagie)

Le brossage des dents peut causer des pertes de substance dentaire importantes en raison de l'environnement acide qui fragilise l'émail dentaire (combinaison érosion / abrasion).

La fréquence du brossage peut être excessive, en particulier après des vomissements, dans un sentiment de culpabilité ou dans le cadre de rituels (trouble obsessionnel compulsif : TOC).

En raison d'une technique de brossage agressive (brosse dure, pression excessive, mouvement violent) qui peut relever également d'un TOC.

8.7.5 Maladie carieuse active

Lésions carieuses causées par une alimentation sucrée et / ou par la fréquence des apports sucrés.

Lésions carieuses consécutives à la consommation d'alcool associée.

Lésions carieuses causées par une alimentation sucrée nocturne, en particulier en présence d'insomnies, sachant que l'absence de sécrétion salivaire durant le sommeil annihile l'effet tampon susceptible de neutraliser les acides provenant de la dégradation des sucres.

Lésions érosives et / ou carieuses en relation avec une diminution du flux salivaire associé à la prise de psychotropes (357-359).

Hygiène dentaire insuffisante et / ou inadaptée.

8.7.6 Algies dentaires en rapport avec la disparition de l'émail dentaire et l'exposition de la dentine

Sensibilités d'origine thermique (froid en particulier). Ces sensibilités peuvent conduire les patients à tiédir même un verre d'eau en raison de la douleur provoquée par le contact avec un liquide à température ambiante.

Sensibilités provoquées par le contact avec des acides.

8.7.7 Lésions des tissus parodontaux (gencive et / ou tissus osseux alvéolaire)

Lésions gingivales puis osseuses dont les causes sont encore mal cernées mais plurifactorielles parmi lesquelles : déficit nutritionnel, vitaminique en particulier [Pallier et al 2016], brossage traumatique voire compulsif, attaque chimique du tissu gingival par exposition répétée aux acides. Les lésions observées sont des récessions gingivales avec exposition des surfaces radiculaires et les sensibilités associées (360, 361).

Inflammations de type stomatites ou glossites en relation avec des phénomènes émotionnels ou des états dépressifs. (Elles peuvent être accentuées par une exposition importante aux acides.)

8.7.8 ADAM (Algies dysfonctionnelles de l'appareil manducateur)

Elles sont consécutives, le plus souvent, à des pertes de substance dentaire particulièrement importantes, selon les processus décrits précédemment et en particulier une altération des rapports intermaxillaires en position de repos et / ou lors de la fonction masticatrice (diduction et propulsion).

Douleurs au niveau des ATM.

Douleurs musculaires (masséter, ptérygoïdien).

Diminution de l'amplitude d'ouverture buccale.

Douleurs irradiées de la sphère du trijumeau constitutive de névralgies faciales.

8.7.9 Répercussions esthétiques de ces pathologies au niveau des dents antérieures associées à une dégradation de l'image de soi.

Récessions gingivales avec exposition de la dentine radiculaire.

Colorations secondaires de cette dentine radiculaire perméable par pénétration de colorants exogènes (tabac, thé...).

Perte de tissus dentaires minéralisés dans le secteur antérieur avec diminution de la longueur des incisives et canines pouvant aller jusqu'à la disparition complète des couronnes dentaires.

Avis du groupe de travail

Il est important de noter que toutes ces atteintes bucco-dentaires peuvent coexister et que seul un examen dentaire poussé, associé à un échange avec les patients, permet d'identifier l'ensemble des facteurs étiologiques.

Les pertes de substances dentaires s'étendent sur plusieurs années et selon l'évolution de l'ensemble des facteurs étiologiques. Ceci explique des formes cliniques différentes et la nécessité de comprendre la pathogénie des lésions observées.

Recommandations

Repérage (destiné à tous les professionnels)

Tous les professionnels de santé doivent envisager l'éventualité d'un trouble des conduites alimentaires face au constat d'une modification de couleur et de forme des dents, une sensibilité dentaire accrue, de carie.

Repérage (destiné aux chirurgiens-dentistes)

Penser à un trouble des conduites alimentaires avec vomissements, en particulier chez les adolescents et adulte jeunes face à :

des lésions érosives débutantes localisées sur les faces linguales du secteur incisivo canin maxillaire et signant la présence de vomissements répétés ;

des lésions asymétriques des molaires mandibulaires faisant suspecter un reflux nocturne (position latérale durant le sommeil) ;

la présence de polycaries (maladie carieuse active) qui révèle le plus souvent une alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports (sodas, grignotage) et la désorganisation des rythmes alimentaires ;

l'existence de sensibilités thermiques (froid en particulier) ou aux acides, liée à un début d'attaque parodontale.

Comment aborder la possibilité de l'existence d'un trouble des conduites alimentaires avec le patient ?

Être en tête à tête avec le patient (prévoir un temps en dehors de la présence des accompagnants et des éventuels personnels soignants).

Questionner sur le type d'aliments consommés, la fréquence et le mode de consommation.

Adopter une attitude bienveillante envers le patient, sans jugement ni culpabilisation.

Se baser sur les lésions constatées pour évoquer les habitudes alimentaires.

Adopter une attitude informative sur les mécanismes physiopathologiques et les stratégies de soins dentaires possibles. Ex : reflux acide dont l'origine est à préciser (RGO, vomissements, mérycisme, etc.).

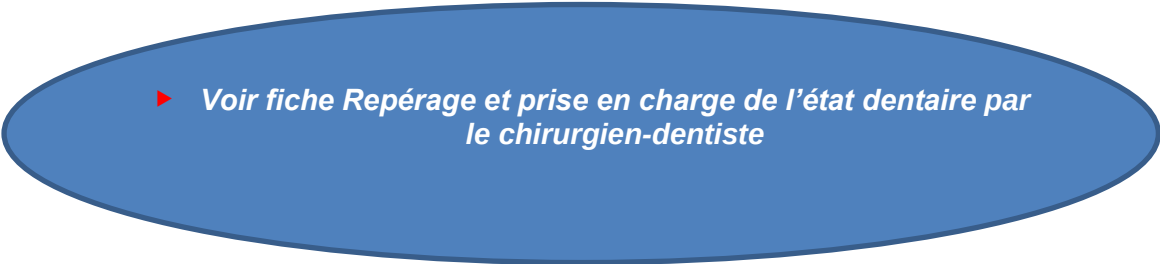
Orientation pour le diagnostic et la prise en charge du trouble des conduites alimentaires

Envisager en concertation l'orientation vers un médecin (médecin traitant ou un médecin du choix du patient) afin de confirmer le diagnostic et si besoin de mettre en place un projet de soin multidisciplinaire.

Tenir compte des préférences du patient dans le cadre d'une décision médicale partagée. Ex de formulation : « J'ai besoin d'une collaboration avec un médecin pour vous prendre en charge de manière adaptée. »

Formation

Tous les chirurgiens-dentistes devraient être formés au repérage des troubles des conduites alimentaires.



► *Voir fiche Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste*

8.7.10 Prévention secondaire des lésions dentaires consécutives à la boulimie et à l'hyperphagie boulimique

Face à un patient ayant un diagnostic établi de boulimie nerveuse ou d'hyperphagie boulimique, la prévention secondaire repose sur trois types d'action : information et éducation du patient, diagnostic lésionnel, soins.

8.7.11 Information à diffuser sur les types de lésions possibles et la conduite à tenir en cas de boulimie nerveuse / hyperphagie boulimique pour prévenir les lésions

Cette information doit être donnée par les praticiens impliqués dans la prise en charge initiale (médecins, psychiatres, diététiciens, psychologues, chirurgiens-dentistes...) et compléter par une orientation vers un chirurgien-dentiste qui devra reprendre et compléter cette information.

Informations à transmettre aux patients

- informations sur l'alimentation, les modes d'ingestion (fréquence des apports, horaires...) et l'hygiène bucco-dentaire ;
- sensibilisation à la santé bucco-dentaire, risques liés aux érosions, maladies carieuses et parodontales ;
- prévenir les conséquences des médications sialoprives par la stimulation de la sécrétion salivaire en utilisant des gommes à mâcher (sans sucre) (362).

Précautions à formuler en cas de vomissements (350)

- ne pas se brosser les dents juste après les vomissements ;
- se rincer la bouche à l'eau plate après un épisode de vomissements ;
- éviter si possible les médications sialoprives (certains antidépresseurs, neuroleptiques, etc. : cf. les effets secondaire dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP)) ;
- éviter une alimentation végétarienne (à cause de l'acidité des crudités et de l'assaisonnement) ;
- éviter l'absorption de boissons gazeuses surtout à pH acide ;
- surveiller l'état parodontal du côté palatin des molaires et du secteur incisivo-canin.

8.7.12 Établir le plus précocement possible un diagnostic des lésions dentaires

Le diagnostic odontologique est basé sur l'examen clinique principalement et l'échange avec le patient mettant en avant ses doléances (esthétique, douleurs, troubles fonctionnels), ses habitudes alimentaires, d'éventuelles addictions associées (tabac, alcool, drogues...). Une hyposialie d'origine médicamenteuse doit être recherchée comme un facteur aggravant des lésions dentaires érosives ou carieuses. La recherche des différents facteurs étiologiques peut nécessiter plusieurs séances de soins et nécessite l'établissement d'une relation de confiance difficile à obtenir au 1^{er} rendez-vous (363)

Une discussion avec le patient (sans son entourage) doit permettre de mettre en évidence :

- les habitudes alimentaires ;
- les techniques d'hygiène bucco-dentaire ;
- l'existence de reflux et / ou vomissements ;
- la prise en charge médicale.

8.7.13 Mise en place des soins

Les soins vont consister en : l'interception des lésions initiales, le contrôle des facteurs étiologiques si possible, des conseils adaptés à chaque patient prenant en compte les habitudes nocives (364).

Il existe aujourd'hui un certain nombre de dentifrices spécifiquement conçus pour les patients atteints d'érosion dentaire. Les publications font état de capacité à reminéraliser les tissus dentaires partiellement déminéralisés, d'effet « désensibilisants » selon différents principes actifs (F, NaF, SnCl₂, TiF₄), d'effet protecteur face aux expositions aux acides (365-367).

L'application de résine adhésive ou de résines de scellement des puits et fissures permet de protéger les surfaces dentaires mais la résistance à l'abrasion de ces résines reste limitée (368).

Recommandations

Prévention secondaire pour tous les praticiens, y compris les chirurgiens-dentistes

La prévention des complications dentaires en cas de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique est du ressort de tous les acteurs de la filière de soin. Ces derniers doivent, avant de l'adresser à un chirurgien-dentiste, informer le patient dans les grandes lignes sur les comportements à risque sur le plan dentaire, la nécessité de prévenir les complications par des gestes simples :

informer sur l'alimentation, les modes d'ingestion (fréquence des apports, horaires...) et l'hygiène bucco-dentaire ;

rappels sur les méthodes de brossage adaptées (recommander un brossage matin et soir de 2 minutes) ;

informer des risques du brossage compulsif, excessif en intensité et fréquence ;

informer sur le risque d'acidité lié à certains aliments : agrumes, tomates, pommes vertes, condiments vinaigrés (ex : alimentation exclusivement végétarienne) ;

sensibiliser à la santé bucco-dentaire, aux risques liés aux érosions, maladies carieuses et parodontales, risques liés aux dentifrices éclaircissants, etc.

Précautions à formuler en cas de vomissements :

ne pas se brosser les dents immédiatement après les vomissements ;

se rincer la bouche à l'eau plate après un épisode de vomissements ;

informer le patient des effets secondaires sialoprives de certains médicaments (antidépresseurs, neuroleptiques), et substances (cannabis), contribuant aux lésions dentaires ;

informer le patient des méthodes pour réduire hyposialorrhée ;

stimuler la sécrétion salivaire en utilisant des gommes à mâcher (sans sucre et avec modération) ;

favoriser l'hydratation par de l'eau plate par petites quantités et fréquemment ;

éviter les boissons gazeuses, acides et sucrées : sodas (avec ou sans sucre), eaux gazeuses, boissons énergétiques. En cas de consommation importante de boissons acides, recommander l'usage d'une paille.

Inclure dans le bilan et le suivi de la boulimie nerveuse et de l'hyperphagie boulimique un examen dentaire systématique au minimum tous les 6 mois ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention.

Recommandations spécifiques aux chirurgiens-dentistes

Prévention secondaire

Outre les recommandations générales concernant tous les professionnels :

surveiller l'état parodontal du côté palatin des molaires et du secteur incisivo-canin. Cette localisation des récessions est inhabituelle et est caractéristique de phénomènes d'exposition répétées à des acides d'origine intrinsèque (vomissements, mérycisme, reflux gastro-oesophagien).

Diagnostic

Il est recommandé de rechercher d'emblée l'existence des lésions dentaires et les tracer dans le dossier du patient.

Le diagnostic doit se baser sur un examen clinique approfondi avant tout examen complémentaire. Il est recommandé de recueillir :

- les attentes du patient (esthétiques, prise en charge de la douleur, réduction de la gêne fonctionnelle) ;
- les habitudes alimentaires (abus d'aliments sucrés...) et les éventuelles addictions associées (tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres drogues...) ;
- la consommation médicamenteuse (rechercher une hyposialie d'origine médicamenteuse).

S'assurer d'un suivi du ionogramme (risque d'hypokaliémie) et recueillir les informations concernant les dosages de potassium passés et actuels en cas de vomissements répétés, à défaut le mettre en place.

Traitement

Il est recommandé de prendre en charge de façon non invasive les lésions initiales d'emblée, même en l'absence de contrôle des facteurs étiologiques (par ex : recommander un dentifrice spécifique, appliquer une résine adhésive...).

Mise en garde pour le chirurgien-dentiste

Questionner sur la prise de traitement de l'ostéoporose (notamment biphosphonate) en cas de geste invasif.

Recommandations de formation

Il est recommandé d'inclure dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes des éléments relatifs à la détection précoce des pathologies dentaires associées à la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique et à la prévention de leurs complications.

Il est recommandé de sensibiliser les médecins sur les conséquences dentaires des troubles des conduites alimentaires.

8.7.14 Évaluation du degré de gravité pour la conduite à tenir pour le chirurgien-dentiste

Indice de BEWE

Les signes d'alerte sont variés et sont à prendre en compte en fonction du stade d'évolution des pertes de substance dentaires. La détermination d'un indice BEWE (369) (voir tableau 70) permet de scorer les pertes de substances lors d'une observation clinique respectant une méthodologie préventive, interceptive et / ou restauratrice rigoureuse mais reproductible et relativement facile à conduire. Cet examen procède par sextant et le cumul des scores de tous les sextants permet de définir une attitude clinique (voir tableau 71).

Tableau 70. Indice BEWE (*Basic Erosive Wear Examination*) (369) pour la mesure du stade d'évolution des pertes de substance dentaires

Score	
0	Pas de perte de substance par érosion.

1	Perte de substance initiale avec modification de la texture des tissus amélaire.
2	Défaut constitué avec une perte de tissus durs inférieure à 50 % de la surface de la face examinée.
3	Défaut constitué avec une perte de tissus durs supérieure à 50 % de la surface de la face examinée.

Tableau 71. Attitude recommandée selon le score BEWE

Sévérité de l'atteinte érosive	Score BEWE cumulé de tous les sextants	Attitude du praticien
Absence d'érosion	≤ 2	• Maintenance et suivi habituel. • Refaire un indice BEWE après 3 ans.
faible	3-8	• Évaluation des méthodes d'hygiène orale et alimentaire. Maintenance et suivi habituel. • Refaire un indice BEWE après 2 ans.
moyenne	9-13	• Idem cas précédent. • Penser aux méthodes de fluoration ou aux autres approches permettant d'augmenter la résistance des surfaces dentaires. • Éviter la mise en place de restaurations et suivre l'évolution des lésions avec des moulages, des photos, ou des empreintes silicones.
élevée	≥ 14	• Idem cas précédent. • Il convient en cas d'évolution rapide, d'envisager des soins spécifiques pouvant inclure des restaurations. • Refaire un indice BEWE après 6 à 12 mois.

L'approche de l'indice BEWE, bien qu'utile, ne constitue pas un guide suffisant pour le chirurgien-dentiste prenant en charge des pertes de substances importantes des arcades dentaires. C'est la raison pour laquelle, une classification par groupe thérapeutique a été proposée afin de mieux identifier et de mieux gérer la prise en charge clinique de ces patients (350, 360). Cette classification permet en particulier de prendre en compte les complications associées et fréquentes que sont les troubles fonctionnels, la perte de dimension verticale de l'étage inférieur de la face et la nécessité de prendre en compte les aménagements parodontaux à mettre en œuvre pour un résultat à long terme (voir tableau 72).

Tableau 72. Classification par groupes thérapeutiques des pertes de substances étendues et orientations du schéma thérapeutique (350).

Catégories	Pertes de substance	Options thérapeutiques*
Groupe 1	Superficielles, amélares (couronne), dentinaires (racine)	Conseils et mesures prophylactiques. Restaurations contre-indiquées.
Groupe 2	modérées et isolées, amélo-dentinaires, sans trouble fonctionnel	Restaurations adhésives directes. Recouvrements radiculaires parodontaux.
Groupe 3	Prononcées, intéressant un groupe de dents, sans trouble fonctionnel ?	Restaurations adhésives unitaires directes et / ou indirectes. Aménagement parodontal souvent nécessaire.
Groupe 4 4a et 4b	Importantes et multiples, dégradation des rapports d'articulé, sans ADAM, sans (4a) ou avec (4b) perte de DVO.	Rétablissement d'un schéma occlusal fonctionnel et équilibré. Restaurations directes et indirectes collées ; prothèse fixée. 4a : sans rehaussement de la DVO. 4b : avec rehaussement de la DVO.
Groupe 5 5a et 5b	Sévères et généralisées, perte des rapports d'articulé, troubles fonctionnels : ADAM, sans (5a) ou avec (5b) perte de DVO	Réhabilitation orale globale en deux phases : phase 1 : reconstruction par restaurations adhésives des deux arcades pour valider la fonction et l'esthétique ; phase 2 : reconstruction prothétique implantaire et / ou dento-portée. 5a : sans rehaussement de la DVO. 5b : avec rehaussement de la DVO.

Recommandations

Face à des lésions dentaires liées à des troubles des conduites alimentaires, une évaluation de la gravité doit être envisagée (par exemple, la classification BEWE ou celle des groupes thérapeutiques) afin de guider la conduite à tenir.

En cas de pertes de substances importantes des arcades dentaires, il est recommandé d'avoir recours à une classification par groupes thérapeutiques afin de mieux identifier et de mieux gérer la prise en charge clinique de ces patients. Il faut, dans ce cas, prendre en charge aussi les complications associées et fréquentes que sont les troubles fonctionnels, la perte de dimension verticale de l'étage inférieur de la face et la nécessité de prendre en compte les aménagements parodontaux à mettre en œuvre pour un résultat à long terme.

► *Voir fiche Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste*

8.7.15 Difficultés inhérentes à la prise en charge odontologique des personnes souffrant de boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique

Ces éléments font partie intégrante de la prise en charge odontologique et il convient de les identifier comme facteurs de complexité plus que comme des complications au sens habituel du terme.

La reprise évolutive des lésions est fréquente voire systématique en l'absence d'interruption des facteurs étiologiques. Elle est due à l'exposition aux acides associée aux parafunctions déjà mentionnées (érosion, attrition, abrasion).

Les rechutes après des épisodes d'accalmie des troubles des conduites alimentaires sont fréquentes et le suivi thérapeutique de ces patients est difficile à gérer car de longue durée avec une demande souvent insistante de ces patients de s'orienter vers des traitements mutilants, coûteux, et de longévité limitée en présence de vomissements.

Les fractures des restaurations, la perte d'éléments en résine composite et même la fracture dentaire conduisant à l'avulsion sont fréquentes. Il est souhaitable de les anticiper pour adopter une attitude rassurante face au désarroi des patients dans ce type de situation. C'est cependant une bonne opportunité pour expliquer les liens entre troubles des conduites alimentaires et état bucco-dentaire.

Toutes les pathologies dentaires mentionnées précédemment sont la conséquence directe des troubles des conduites alimentaires et constituent donc des complications ; des troubles psychiatriques dont l'état dépressif des patients peut dans certains cas compliquer singulièrement la prise en charge odontologique.

Face à ces complications, il est souhaitable que le praticien chirurgien-dentiste échange avec les médecins impliqués dans les soins du patient pour définir l'attitude thérapeutique à adopter.

Recommandations

Le praticien doit avoir à l'esprit que la reprise évolutive des lésions, en l'absence d'interruption des facteurs étiologiques et en lien avec leur comorbidité à d'autres troubles psychiatriques, est inhérente à ces troubles qui évoluent sur des années.

Face à ces complications, il est souhaitable que le praticien chirurgien-dentiste échange avec les médecins impliqués dans les soins du patient pour son TCA afin de définir au cas par cas l'attitude thérapeutique à adopter.

Traitements

La gestion de lésions dentaires avec pertes de tissus durs, quelle qu'en soit l'étiologie, implique l'identification, voire la suppression des facteurs étiologiques et le remplacement de la perte de substance par un matériau et une technique adaptés à chaque situation. Préservation des tissus, longévité, esthétique, sont alors les critères habituels à prendre en compte (370). Dans les situations de boulimie ou d'hyperphagie boulimique, cette démarche reste valable mais elle s'avère insuffisante en raison du nombre élevé de paramètres à prendre en compte. Il importe donc au praticien odontologiste d'évaluer l'opportunité de mettre en place des mesures prophylactiques, de cerner au mieux l'ensemble des facteurs étiologiques, de réaliser un examen clinique minutieux de toutes les dents, de communiquer avec l'équipe médicale, voire de référer le patient à son médecin traitant ou le conseiller pour s'adresser à un réseau de soins spécialisé (350).

Selon la situation clinique et l'étendue des pertes de substance, il peut être indiqué de réaliser un traitement restaurateur limité, un traitement restaurateur complexe des deux arcades à visée d'interception (360), voire un traitement prothétique selon les lésions dentaires observées et la possibilité de contrôler les facteurs étiologiques.

Avis du groupe de travail

C'est pourquoi une sorte de *check-list* peut aider le chirurgien-dentiste à s'assurer que tous les paramètres ont été correctement évalués avant de décider des aspects plus techniques du plan de traitement :

Examiner minutieusement toutes les dents des deux arcades en utilisant par exemple l'indice BEWE (369) et en notant la localisation et l'étendue par secteur. En effet, les lésions érosives étendues ne sont jamais isolées. Une attaque acide importante ne peut se limiter à une seule dent. Il convient donc de ne décider du plan de traitement restaurateur qu'après analyse de l'ensemble des pertes de substance des deux arcades.

Identifier le mieux possible la demande des patients. Certains peuvent penser qu'il s'agit là d'une évidence et que tout clinicien procède de la sorte. Cependant, dans les situations qui nous intéressent, il peut s'agir d'une prise en charge essentiellement fonctionnelle mais la demande esthétique peut recouvrir des aspects liés au profil psychologique des patients avec recherche d'une perfection par définition inatteignable. Attention donc aux déceptions car l'attente peut être particulièrement importante. La participation active des patients à l'évaluation du projet esthétique est souvent indispensable.

Prendre en compte d'éventuels désordres fonctionnels et parafunctions associés aux pertes de substances constatées. Bruxisme, mastication, phonation, sensibilités, ADAM. Ces désordres fonctionnels peuvent être consécutifs aux pertes de substances observées, ou concomitants. Dans tous les cas, cette prise en compte est indispensable pour éviter un échec thérapeutique.

Les lésions multiples peuvent avoir été à l'origine d'une perte de dimension verticale ou d'égressions compensatrices si elles concernent des dents cuspidées. La dégradation des faces linguales du secteur incisivocanin maxillaire associée à une atteinte plus ou moins importante du bord incisif du secteur incisivocanin mandibulaire occasionne quant à elle un proglissement mandibulaire et une perte du guidage dans les mouvements de diduction. Bien souvent, perte de dimension verticale et égressions compensatrices sont associées. Quelle est la part de chaque processus et comment dans ce contexte retrouver une anatomie dentaire fonctionnelle ?

Le préjudice esthétique associé à ces lésions dans les zones antérieures implique une réflexion globale, parfois la recherche de documents photographiques antérieurs pouvant servir de référence. C'est une bonne opportunité pour impliquer les patients dans l'élaboration et la validation ultérieure du projet esthétique. Les réhabilitations complexes des secteurs antérieurs

maxillaires et parfois mandibulaires imposent une organisation des séances de soins, parfois longues, avec gestion des étapes intermédiaires.

L'analyse des facteurs étiologiques et la capacité de les supprimer ou tout du moins les réduire ne sont pas toujours faciles. Il importe alors d'anticiper, lors du plan de traitement, un schéma de réintervention possible lorsque la récurrence, inéluctable, surviendra.

Les lésions érosives font partie des lésions non carieuses à côté des phénomènes d'abrasion (en général usure provoquée par un brossage traumatique) et des phénomènes d'attrition (bruxisme le plus souvent). En présence de lésions érosives étendues, il est indispensable d'évaluer systématiquement la part de phénomènes d'abrasion et / ou d'attrition associés avant de construire le plan de traitement. En effet, même si le phénomène d'érosion est prépondérant, il est exceptionnel, en présence de lésions étendues, qu'il soit isolé (371).

Bien qu'il s'agisse de lésions érosives, le risque carieux doit être évalué (372). En effet, un certain nombre d'aliments acides comportent du sucre (sodas, jus de fruits, boissons alcoolisées) et par ailleurs, la suppression du régime alimentaire d'un certain nombre d'aliments acides, à notre initiative, peut occasionner un report vers des aliments sucrés.

La collaboration avec nos collègues médecins est précieuse dans beaucoup de situations : médecin généraliste, gastro-entérologue en cas de reflux gastro-oesophagien, psychiatre en cas de troubles du comportement alimentaire actuel ou d'autres troubles psychiques. Les vomissements répétés entraînent une fuite du potassium qui peut engendrer des troubles du rythme cardiaque, ce qui impose quelques précautions lors des anesthésies avec vasoconstricteur.

La durée des traitements et les coûts doivent être évalués précisément. Il faut inclure des coûts de suivi accompagnés de réinterventions plus ou moins importantes en fonction du contrôle, possible ou, non des facteurs étiologiques.

Cette *check-list* en dix points permet d'appréhender correctement la planification thérapeutique. Il reste alors à envisager des aspects plus « techniques » :

recueil des examens complémentaires tels que radiographies, moulages, analyse occlusale sur articulateur dans la position de référence choisie, examens fonctionnels, photos, bilans sanguins.... ;

choix des matériaux et des techniques directes, indirectes, combinées ;

organisation des étapes intermédiaires incluant si nécessaire temporisation et réévaluation ;

validation du projet esthétique ;

recueil d'un consentement « particulièrement éclairé », ce qui nécessite parfois beaucoup d'explications ;

organisation des séances de soins, en particulier en cas de modification de la relation intermaxillaire et / ou de la dimension verticale ;

visite de contrôle à environ 1 mois pour vérifier les aspects fonctionnels et s'assurer de l'évolution des facteurs étiologiques.

La construction de la démarche thérapeutique est une étape fondamentale de la prise en charge des lésions érosives étendues.

Cette construction peut sembler complexe mais elle évite la survenue de difficultés infiniment plus complexes lors des séances de soins.

Recommandations

Objectifs

Évaluer la situation et identifier les facteurs étiologiques.

Les TCA sont des troubles chroniques, les vomissements peuvent persister longtemps, il est important d'éliminer au moins partiellement les facteurs étiologiques des lésions dentaires par l'éducation du patient (ex : hyposialie, alimentation acide...) ou d'en réduire les risques (ex : rinçage de la bouche après les vomissements avec de l'eau plate).

Démarche recommandée

Examen clinique minutieux de toutes les dents ;

selon la situation, envisager le remplacement de substances perdues par un matériau et une technique adaptés à chaque situation visant la préservation des tissus, la longévité et l'esthétique (traitement restaurateur limité, traitement restaurateur complexe des deux arcades à visée d'interception, ou traitement prothétique selon les lésions dentaires observées et la possibilité de contrôler les facteurs étiologiques) ;

informer le médecin traitant ou conseiller le patient afin de l'adresser à un réseau de soins spécialisé.

Outil recommandé

L'utilisation de la *check-list* proposée par le groupe de travail est l'outil recommandé (voir tableau 2).

Tableau 73. Check-list d'évaluation afin de décider des aspects plus techniques du plan de traitement.

Examiner minutieusement toutes les dents des deux arcades en utilisant par exemple l'indice BEWE (369) et en notant la localisation et l'étendue par secteur. En effet, les lésions érosives étendues ne sont jamais isolées. Une attaque acide importante ne peut se limiter à une seule dent. Il convient donc de ne décider du plan de traitement restaurateur qu'après analyse de l'ensemble des pertes de substance des deux arcades.

Identifier le mieux possible la demande des patients. Certains peuvent penser qu'il s'agit là d'une évidence et que tout clinicien procède de la sorte. Cependant, dans les situations qui nous intéressent, il peut s'agir d'une prise en charge essentiellement fonctionnelle, mais la demande esthétique peut recouvrir des aspects liés au profil psychologique des patients avec recherche d'une perfection par définition inatteignable. Attention donc aux déceptions, car l'attente peut être particulièrement importante. La participation active des patients à l'évaluation du projet esthétique est souvent indispensable.

Prendre en compte d'éventuels désordres fonctionnels et parafunctions associés aux pertes de substances constatées (bruxisme, mastication, phonation, sensibilités, ADAM). Ces désordres fonctionnels peuvent être consécutifs aux pertes de substances observées, ou concomitants. Dans tous les cas, cette prise en compte est indispensable pour éviter un échec thérapeutique.

Les lésions multiples peuvent avoir été à l'origine d'une perte de dimension verticale ou d'égressions compensatrices si elles concernent des dents cuspidées. La dégradation des faces linguales du secteur incisivocanin maxillaire, associée à une atteinte plus ou moins importante du bord incisif du secteur incisivocanin mandibulaire, occasionne quant à elle un proglissement mandibulaire et une perte du guidage dans les mouvements de diduction. Bien souvent, perte de dimension verticale et égressions compensatrices sont associées. Évaluer quelle est la part de chaque processus et comment dans ce contexte retrouver une anatomie dentaire fonctionnelle.

Le préjudice esthétique associé à ces lésions dans les zones antérieures implique une réflexion globale, parfois la recherche de documents photographiques antérieurs pouvant servir de référence. C'est une bonne opportunité pour impliquer les patients dans l'élaboration et la validation ultérieure du projet esthétique. Les réhabilitations complexes des secteurs antérieurs maxillaires et parfois mandibulaires imposent une organisation des séances de soins, parfois longues, avec gestion des étapes intermédiaires.

Tableau 73. Check-list d'évaluation afin de décider des aspects plus techniques du plan de traitement.

L'analyse des facteurs étiologiques et la capacité de les supprimer ou tout du moins les réduire ne sont pas toujours faciles. Il importe alors d'anticiper, lors du plan de traitement, un schéma de réintervention possible lorsque la récurrence, inéluctable, surviendra.

Les lésions érosives font partie des lésions non carieuses à côté des phénomènes d'abrasion (en général usure provoquée par un brossage traumatique) et des phénomènes d'attrition (bruxisme le plus souvent). En présence de lésions érosives étendues, il est indispensable d'évaluer systématiquement la part des phénomènes d'abrasion et / ou d'attrition associés avant de construire le plan de traitement. En effet, même si le phénomène d'érosion est prépondérant, il est exceptionnel, en présence de lésions étendues, qu'il soit isolé (371).

Bien qu'il s'agisse de lésions érosives, le risque carieux doit être évalué (372). En effet, un certain nombre d'aliments acides comportent du sucre (sodas, jus de fruits, boissons alcoolisées) et par ailleurs, la suppression du régime alimentaire d'un certain nombre d'aliments acides, à notre initiative, peut occasionner un report vers des aliments sucrés.

La collaboration avec nos collègues médecins est précieuse dans beaucoup de situations : médecin généraliste, gastro-entérologue en cas de reflux gastro-oesophagien, psychiatre en cas de troubles du comportement alimentaire actuel ou d'autres troubles psychiques. Les vomissements répétés entraînent une fuite du potassium qui peut engendrer des troubles du rythme cardiaque, ce qui impose quelques précautions lors des anesthésies avec vasoconstricteur.

La durée des traitements et les coûts doivent être évalués précisément. Il faut inclure des coûts de suivi accompagnés de réinterventions plus ou moins importantes en fonction du contrôle, possible ou, non des facteurs étiologiques.

Cette *check-list* en dix points permet d'appréhender correctement la planification thérapeutique. Il reste alors à envisager des aspects plus « techniques » :

recueil des examens complémentaires tels que radiographies, moulages, analyse occlusale sur articulateur dans la position de référence choisie, examens fonctionnels, photos, bilans sanguins.... ;

choix des matériaux et des techniques directes, indirectes, combinées ;

organisation des étapes intermédiaires incluant si nécessaire temporisation et réévaluation ;

validation du projet esthétique ;

recueil d'un consentement « particulièrement éclairé », ce qui nécessite parfois beaucoup d'explications ;

organisation des séances de soins en particulier en cas de modification de la relation intermaxillaire et / ou de la dimension verticale ;

visite de contrôle à environ 1 mois pour vérifier les aspects fonctionnels et s'assurer de l'évolution des facteurs étiologiques.

La construction de la démarche thérapeutique est une étape fondamentale de la prise en charge des lésions érosives étendues.

► Voir fiche Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste

8.8 Surveillance clinique et biologique au cours du suivi

8.8.1 Synthèse des recommandations internationales sur la surveillance clinique et biologique (tableau 74)

À noter : la plupart de recommandations concernent tous les troubles des conduites alimentaires et ne distinguent pas les recommandations pour l'anorexie, la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

Tableau 74. Synthèse des recommandations internationales sur la surveillance clinique et biologique

Auteur, année, référence, pays	Recommandations
NICE 2017 (50) Royaume-Uni	Réaliser un ECG chez les patients souffrant de trouble des conduites alimentaires qui prennent des traitements avec des effets indésirables cardiaques (bradycardie, allongement du QT). Suivi de l'équilibre hydro-électrolytique chez les personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires avec conduite de purge (vomissements provoqués, mésusage de laxatifs ou des diurétiques). En cas de persistance d'un trouble hydro-électrolytique, il est important de rechercher une autre cause que le trouble des conduites alimentaires. Un ECG est nécessaire en cas de : perte de poids rapide, hyperactivité physique, conduites de purge, bradycardie, hypotension, excès de caféine (y compris des boissons énergisantes), médicaments prescrits ou non prescrits, affaiblissement musculaire, déséquilibre électrolytique, rythme cardiaque anormal antérieur. Encourager les patients qui vomissent à : avoir des examens dentaires et médicaux réguliers, à éviter de se brosser les dents immédiatement après les vomissements, se rincer la bouche avec un bain de bouche non acide après les vomissements et éviter les aliments et les boissons très acides.
NHS 2006 (118) Royaume-Uni Écosse	Une évaluation physique, adaptée à la gravité de la maladie, doit être réalisée régulièrement chez les patients souffrant de trouble des conduites alimentaires. Un poids très faible (IMC < 15), une perte de poids rapide (plus de 0,5 kg par semaine), des vomissements fréquents (plus d'une fois par jour) et l'abus de laxatifs nécessitent une surveillance physique fréquente. Le suivi minimum recommandé est le suivant : - le réengagement actif dans les soins est proposé à chaque occasion ; - le poids est évalué tous les 6 mois ; - la santé mentale et le risque suicidaire sont évalués tous les 6 mois ; - des bilans sanguins de routine doivent être effectués tous les ans ;

Tableau 74. Synthèse des recommandations internationales sur la surveillance clinique et biologique

	un examen physique doit être effectué tous les ans ; une mesure de la densité osseuse doit être faite tous les 2 ans pour surveiller la densité osseuse et repérer l'ostéoporose ; un suivi dentaire doit être fait tous les ans pour repérer l'érosion dentaire des patients qui vomissent ou font du mâcher-cracher, quel que soit leur poids ; les résultats du suivi doivent être discutés avec le patient et utilisés pour aider le patient dans sa motivation au changement ; un traitement médical actif doit être proposé en cas de complications physiques, même si souvent le traitement approprié est la renutrition et la reprise de poids ; les équipes prenant en charge les troubles des conduites alimentaires devraient développer des collaborations avec les services dentaires afin que leur patient ait accès à des services dentaires appropriés.
--	---

Avis du groupe de travail

NB : les patients boulimiques qui arrêtent leurs stratégies de contrôle de poids sans arrêter les crises de boulimie risquent d'évoluer vers une hyperphagie boulimique avec surpoids, voire obésité.

Recommandations

Il est recommandé de réaliser régulièrement un examen clinique complet (*cf.* partie examen clinique initial) ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention.

Il est recommandé d'inclure un examen dentaire systématique au minimum tous les 6 mois ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention.

Il est recommandé d'être vigilant quant aux conduites sexuelles à risque, d'informer sur les risques associés et les méthodes de prévention, et d'orienter vers un suivi gynécologique.

Il est recommandé de réaliser régulièrement un ionogramme sanguin (potassium, réserve alcaline, sodium, créatininémie) chez les patients qui vomissent ou qui utilisent des laxatifs ou des diurétiques, afin de dépister et traiter les troubles métaboliques.

Il est recommandé de dépister régulièrement les variations pondérales et la surcharge pondérale ainsi que les complications métaboliques associées.

9. Prise en charge par les diététiciens

La consultation diététique est basée sur les recommandations de la HAS en collaboration avec l'AFDN (373).

Le diététicien est très souvent au contact d'une population en difficulté avec l'alimentation, son poids ou son image du corps. Ces personnes consultent très souvent pour une demande de régime amaigrissant et / ou pour réguler leurs conduites alimentaires qu'elles jugent déviantes.

La première consultation est importante pour mieux cerner les motivations et les attentes du patient derrière sa demande explicite.

Le diététicien doit être vigilant quant aux risques de régimes trop restrictifs qui peuvent témoigner d'un trouble des conduites alimentaires préexistant ou favoriser l'émergence ou l'aggravation d'un trouble des conduites alimentaires. Les restrictions alimentaires peuvent favoriser ou maintenir les troubles des conduites alimentaires de type boulimique.

En cas de doute sur l'existence d'un trouble des conduites alimentaires, le diététicien peut utiliser le questionnaire SCOFF-F pour les dépister. En cas de résultat positif au SCOFF-F (score ≥ 2), le diététicien devra s'entretenir avec le patient sur la possibilité d'un trouble des conduites alimentaires et s'associer à une prise en charge multidisciplinaire (associant aspects psychologiques et médicaux).

Dans ce cas, le diététicien devra éviter de répondre à la demande de régime restrictif, et orienter sa prise en charge vers une *guidance* alimentaire adaptée au patient.

Informar qu'il est démontré que les régimes restrictifs à visée amaigrissante ne permettent pas de perdre du poids sur le long terme, et sont dangereux pour la santé.

La prescription diététique nécessite une évaluation nutritionnelle au regard des besoins énergétiques individuels.

Expliquer que la couverture des besoins en glucides complexes est nécessaire pour éviter les hypoglycémies favorisant les compulsions alimentaires.

En parallèle, il faut explorer et corriger les connaissances, les croyances et les représentations concernant le fonctionnement du corps et l'alimentation chez le patient afin de fournir des informations ciblées et de redéfinir les objectifs.

L'approche nutritionnelle doit être explicative et non normative.

Expliquer le besoin nutritionnel en fonction des nutriments nécessaires à l'organisme et non par une approche uniquement centrée sur les calories.

Éviter d'axer le soin sur la dimension calorique des aliments mais plutôt sur l'incidence de fonctionnement du corps.

Différencier les notions de « corps humain » et de poids.

Sortir des représentations sociétales et éducationnelles de l'alimentation.

Faire comprendre la différence entre équilibre alimentaire et couverture du besoin énergétique.

Mettre en garde contre une utilisation excessive de la balance comme par exemple les balances inpedancemétriques.

Donner des adresses de sites Internet validés par les instances pour éviter toutes dérives nutritionnelles et lutter contre les croyances et la désinformation.

Faire la distinction entre une « identité alimentaire » (goût, aversion...) et des choix alimentaires dans le but de maigrir ou de contrôler son image du corps.

Une attention particulière doit être apportée aux sportifs confirmés et pratiquant la compétition. Faire le lien avec les professionnels pour adapter l'activité physique dans le but de lutter contre l'hyperactivité.

L'approche par les sensations corporelles est à utiliser de manière précautionneuse.

Les consultations suivantes devront évaluer les changements de comportements alimentaires ainsi que les aspects quantitatifs / qualitatifs des prises alimentaires.

Recommandations

La mise en place de régimes restrictifs de manière systématique est à bannir.

Les besoins nutritionnels doivent être évalués au regard de l'IMC attendu pour l'âge, le sexe (*cf.* courbes de corpulence), et le niveau d'activité physique en prenant en compte l'historique pondéral du patient.

Le matériel (pèse-personne, chaise, toise, mètre ruban, tensiomètre) doit être adapté aux personnes en situation d'obésité.

Être attentif aux conséquences nutritionnelles des excès d'activités physiques et sportives.

L'évaluation nutritionnelle est indispensable pour faire le diagnostic différentiel entre un trouble des conduites alimentaires et des erreurs alimentaires isolées.

Le soin diététique doit viser à améliorer les connaissances et les représentations alimentaires, sans attitude moralisatrice.

La réalisation des mesures anthropométriques et l'annonce de leurs résultats doivent être adaptées aux besoins et aux demandes du patient.

L'interprétation des mesures ponctuelles de poids ou de corpulence doit être mise en perspective par rapport à l'évolution du patient.

Il est recommandé d'être particulièrement vigilant sur le repérage des troubles des conduites alimentaires chez les sportifs réguliers ou de haut-niveau.

Le diététicien peut utiliser le questionnaire SCOFF-F en cas de doute sur un trouble du comportement alimentaire.

En cas de suspicion de trouble des conduites alimentaires, le soin diététique s'intègre dans une prise en charge multidisciplinaire (associant aspects psychologiques et médicaux).

10. Prise en charge sociale

Les recommandations suivantes sont tirées des recommandations internationales déjà présentées dans les chapitres précédents, et de l'avis des experts du GT.

Recommandations

Il est recommandé d'évaluer l'impact familial, social et professionnel ou scolaire chez les adolescents et jeunes adultes. Un soutien ou un accompagnement des membres de la famille peut permettre un meilleur soutien par la famille et une meilleure insertion.

La reprise du travail ou le retour à une scolarité normale sont des objectifs majeurs de la prise en charge.

Toutes les dispositions seront prises pour garantir la continuité de la scolarité en recourant le cas échéant à différents dispositifs en lien avec l'établissement, le médecin scolaire ou l'équipe pédagogique : plan d'accompagnement personnalisé (PAP), projet d'accueil individualisé (PAI), assistance pédagogique à domicile (APAD), programme de réussite éducative (PRE), etc.

En cas de retentissement important des troubles et de difficultés d'insertion scolaires, une prise en charge de type établissement soins-étude peut être proposée.

Penser à mettre en place la prise en charge sociale nécessaire, y compris demander une prise en charge affection de longue durée (ALD) « affections psychiatriques de longue durée ». Selon le tableau clinique, dans certaines situations, la gravité des troubles peut justifier d'une demande de reconnaissance de la situation de handicap par la MDPH.

11. Refus de soins, freins aux soins, facteurs de résistance aux traitements

Ce chapitre a été rédigé sous la coordination des représentants d'usagers du groupe de travail.

11.1 Les obstacles à l'accès aux soins et à la guérison selon les témoignages des patients et des familles recueillis par les associations d'usagers

L'entrée dans les soins et le processus de guérison de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique peuvent être entravés, voire empêchés par certains obstacles qu'il est important d'identifier. Connaître ces freins permet de les aborder avec le patient, de les désamorcer et d'éviter des refus de soins très délétères.

11.1.1 La honte

Le premier et le principal frein à l'accès aux soins est la honte. La personne qui souffre de boulimie ou d'hyperphagie (et d'un trouble des conduites alimentaires en général) se sent responsable et coupable de ses symptômes, et en particulier des compulsions alimentaires. Elle juge ces dernières monstrueuses, dégradantes. Elles surgissent indépendamment de sa volonté et lui donnent le sentiment de ne plus se contrôler. La personne ne s'y reconnaît pas et craint le regard de l'autre, qu'il s'agisse de la famille, des amis ou des thérapeutes. La honte est encore plus grande si ces compulsions alimentaires font suite à une anorexie restrictive, durant laquelle le patient a renvoyé une image de contrôle de soi et de son alimentation.

Avant même la prise en charge, la honte peut empêcher le patient de parler de ses symptômes qu'il tient cachés, y compris de ses proches. Il est donc important de l'amener à le faire par différents moyens :

des campagnes d'information visant à lutter contre la stigmatisation et expliquant qu'il s'agit d'une maladie dont on n'est pas coupable, dont d'autres souffrent et dont on peut guérir ;
l'investigation de l'existence possible de troubles par des questions autour de l'alimentation et du rapport au corps, lors des consultations médicales et paramédicales.

Au cours de la prise en charge, le patient peut continuer à éprouver de la honte par rapport à ses symptômes. Il ne dévoilera le détail de ses symptômes que progressivement, à mesure que la relation thérapeutique avec le soignant instaure un climat de confiance. La peur de décevoir le thérapeute peut également amener le patient à ne pas oser parler d'une rechute ou d'une incapacité à atteindre certains objectifs établis lors de précédentes consultations. Il faut donc veiller à ne pas créer de stress et de perfectionnisme de la guérison en abordant dès le départ et régulièrement le risque de rechute et la difficulté du processus de guérison. On prendra soin de poser des objectifs raisonnables et de valoriser le franchissement de chaque étape et chaque progrès réalisé.

11.1.2 La peur

Elle jalonne le parcours des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires en général. Elle peut être la peur de l'annonce d'une affection psychiatrique ou d'un trouble ayant une mauvaise image ; de la réaction de l'entourage ou des proches, voire des soignants ; du voisinage et du « qu'en-dira-t-on » ; des soins nécessaires et de leurs effets secondaires ; des

conséquences des troubles des conduites alimentaires ; des complications graves, etc. Ce peut être une peur du coût des soins qui restent à charge (diététicien, psychologue, chirurgien-dentiste, thérapies corporelles...). À cela, il faut ajouter la peur de transgresser la tradition socioculturelle familiale (la santé touche à l'intimité), de décevoir sa famille, d'être rejeté par sa famille et ses proches.

11.1.3 La méconnaissance

Elle peut être le fait du patient, de son entourage ou des soignants. Elle peut concerner soit les troubles, soit les soins (comment en demander, comment y accéder, quels sont-ils, effet, conséquences, etc.).

11.1.4 Le déni des troubles

Il peut être total ou partiel. Il peut s'exprimer par un déni des conséquences. Par exemple, « j'ai le temps avant de subir les conséquences, donc je ne cherche pas à aller mieux pour le moment » ; « cela n'arrive qu'aux autres pas à moi » ; « pas le temps, j'irai plus tard » ; etc.

11.1.5 La recherche de solutions immédiates

Les compulsions alimentaires, *a fortiori* lorsqu'elles deviennent nombreuses, sont à l'origine de beaucoup de douleur et de souffrance. Elles génèrent progressivement une situation de détresse qui peut toucher différents plans : somatique, psychique mais aussi affectif, matériel, social et professionnel en raison, par exemple, du repli sur soi et du coût financier de chaque crise. En résultent le sentiment d'être dépassé par la maladie et le désir d'en sortir d'une manière complète et instantanée, sans étape ni rechute, sans effet secondaire. Ce désir est renforcé par la fragilité psychique et le manque d'estime de soi. Le délai d'accès aux soins peut décourager, surtout chez des personnes ayant une impulsivité importante.

On entend ainsi souvent des patients expliquer qu'ils ont arrêté la prise en charge parce qu'une hospitalisation ne les avait pas du tout guéris et qu'elle leur avait simplement permis de limiter temporairement le nombre de compulsions alimentaires.

Il est donc important d'aborder dès le début le fait que la guérison ne se fait pas en un jour et qu'un premier rendez-vous ou une première hospitalisation ne peuvent tout résoudre. Cela évite de générer de l'incompréhension, de la déception, une perte d'espoir et même une défiance vis-à-vis du processus de soin.

Une pédagogie du processus de guérison et de chacune de ses étapes est donc nécessaire tout au long de la prise en charge (éducation thérapeutique). Il s'agit d'aider le patient à prendre conscience de chaque petit progrès et de se réjouir de la plus petite victoire. La manière d'aborder les rechutes est également cruciale afin qu'elles ne soient plus considérées comme des échecs mais des moyens d'approfondir et de solidifier les précédentes avancées.

11.1.6 La difficulté à accéder à des soins adaptés au bon moment

Cela peut être dû à une méconnaissance des filières de soins, mal repérées, au manque de dispositifs de soins, ou à leur saturation.

L'accès à un spécialiste de son choix est jalonné de difficultés (sectorisation, accès par le généraliste et non librement, etc.).

Parfois, l'organisation des soins est telle qu'elle peut décourager le patient.

L'inadéquation du matériel médical adapté en cas de surpoids ou d'obésité peut être vécue comme une discrimination ou un rejet.

Par ailleurs, en ce qui concerne les consultations psychologiques et psychiatriques, elles sont souvent évitées du fait de l'image de « folie » que véhiculent ces spécialités.

Enfin, les propositions thérapeutiques sont parfois faites sans concertation avec le patient, sans prise en compte de ses priorités ou de ses souhaits.

11.1.7 La chronicisation des symptômes et ses conséquences

Plus la durée d'évolution des troubles est importante, plus le processus de guérison est difficile, en raison des multiples conséquences somatiques, psychiques et socio-professionnelles. Le patient qui gère le fardeau de ces troubles chroniques n'a plus les ressources nécessaires pour demander de l'aide. Des préoccupations plus urgentes (problèmes financiers, recherche d'emploi, etc.) empêchent de considérer le besoin de soins.

Au-delà du cercle vicieux physiologique et psychologique de la répétition des compulsions, la maladie prend progressivement de plus en plus de place, voire toute la place. Elle fait ainsi peu à peu disparaître les liens affectifs, sociaux, professionnels et tous les centres d'intérêt, qui auraient pu faire leviers et contrepoids par rapport aux symptômes. Au fil du temps, le patient s'identifie complètement à sa maladie.

Les liens d'amitié sont très souvent de plus en plus guidés par le mimétisme des symptômes. Ainsi, le patient recherche avant tout la compagnie (virtuelle ou réelle) de personnes souffrant de troubles semblables aux siens parce qu'il se sent davantage compris par ces personnes. Ces liens amicaux peuvent être très positifs mais ils peuvent aussi enfermer le patient dans sa maladie, qu'il va banaliser.

Le temps consacré à la maladie, la honte qu'elle engendre et ses conséquences somatiques et cognitives (fatigue, manque de concentration, etc.) peuvent amener le patient à se détacher de ses études ou de son travail. Les préoccupations quotidiennes ne tournent plus qu'autour de ses troubles. La vie affective est également de plus en plus compliquée et évitée.

Ces différents aspects de la chronicisation et le cercle vicieux qu'elle constitue doivent absolument être pris en compte dans l'accompagnement thérapeutique. La prise en charge doit contribuer à la reprise de contact avec les centres d'intérêts, les liens amicaux, affectifs et l'insertion socio-professionnelle.

Un diagnostic et une prise en charge précoces permettent d'éviter la chronicisation des symptômes et l'apparition de multiples complications.

11.1.8 La perte de l'espoir de guérir

Savoir que la guérison est possible en est l'un des principaux moteurs du processus thérapeutique. Il faut donc que le patient sente et entende que son / ses thérapeute(s) sont convaincus qu'il peut guérir. Il est important de le lui répéter régulièrement tant la souffrance, l'installation des symptômes dans la durée, les rechutes ou les moments de grande détresse peuvent faire perdre espoir. Le fait d'inviter des personnes aujourd'hui guéries à témoigner (par exemple, dans des groupes de parole) peut être très utile et soutenant.

11.1.9 Le fardeau financier

Le coût des soins (psychologiques, diététiques, dentaires, notamment.) empêche de nombreux patients d'accéder aux soins nécessaires.

11.1.10 L'isolement social

C'est un facteur qui aggrave tous les éléments sus cités.

11.2 Les dérives thérapeutiques

Les personnes souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique sont particulièrement confrontées aux situations des dérives thérapeutiques du fait de la grande détresse psychique et somatique dans laquelle elles se trouvent. Il est important d'avoir conscience du risque de recourir à des alternatives thérapeutiques non conventionnelles, non validées ou non indiquées dans sa propre situation.

Les proches des patients et les thérapeutes doivent également être très vigilants et s'adresser un spécialiste ou une association en cas de doute.

Ces dérives thérapeutiques sont de trois ordres :

- recours à des médecines parallèles, alternatives, non conventionnelles, etc. se prétendant suffisantes et toutes-puissantes (elles peuvent être le fait de sectes mais pas toujours, et il sera difficile de le savoir d'emblée) ;
- comportement d'emprise psychologique et matérielle de professionnels de santé ne respectant pas la déontologie (là encore il peut s'agir de sectes avançant « masquées ») ;
- réponses inadaptées de professionnels de santé mal informés ou non compétents (ex : prescription de régime ou orientation vers la chirurgie sans prise en charge du trouble des conduites alimentaires ni de la balance bénéfices / risques).

11.2.1 Médecines « parallèles », « alternatives », sectes

Il ne s'agit nullement ici de remettre en question l'intérêt de certaines méthodes de soins dits alternatifs en complément d'une prise en charge conventionnelle.

Cependant, le recours à des soins alternatifs devient dangereux lorsque la personne (thérapeute) qui les pratique les prétend suffisants et recommande au patient d'interrompre tous ses autres traitements.

Les médecines « parallèles » tournant autour de l'alimentation (par exemple : jeûne, micronutrition, régimes excluant certains aliments comme les céréales ou le lait, etc.) attirent particulièrement les patients en raison de leur référence à la purification corporelle (très recherchées après les crises) et leur promesse de solutions immédiates, voire miraculeuses concernant les compulsions alimentaires.

Les patients peuvent aussi être vulnérables aux dérives sectaires et religieuses qui moralisent et présentent les compulsions alimentaires comme des vices ou des péchés. Il s'agit donc d'être particulièrement vigilant sur ce point.

11.2.2 Emprise psychologique et matérielle

L'isolement et la souffrance peuvent rendre les patients vulnérables aux comportements non déontologiques de certains soignants, thérapeutes, etc.

De manière générale, les patients et leur entourage doivent se méfier d'un professionnel de santé :

- se présentant comme détenteur d'une méthode unique et décrivant toutes les autres qu'il incite à interrompre ;
- demandant des sommes extrêmement importantes ou exigeant le paiement de plusieurs séances d'avance (en prétextant par exemple que c'est une preuve d'engagement) ;
- amenant le patient à couper progressivement tous les liens avec son entourage ;
- multipliant les contacts physiques et ayant des gestes déplacés.

11.2.3 Réponses inadaptées de professionnels de santé

Ce dernier point concerne essentiellement la prescription de régimes ou de coupe-faim par des professionnels ne respectant pas les recommandations de bonne pratique.

Il peut s'agir aussi de professionnels qui orientent vers la chirurgie de l'obésité des patients pour lesquels cela n'est pas indiqué en raison de leur trouble des conduites alimentaires non stabilisé.

Des personnes s'affichant souvent comme diététiciens ou nutritionnistes, exerçant dans des instituts privés spécialisés dans la perte de poids, ont ce type de pratiques (*cf.* sites des associations de patients pour trouver des listes d'instituts de ce type : lien FNA-TCA, CNAO).

L'accueil par les professionnels de santé peut aussi être un frein à l'entrée dans les soins du fait d'un manque d'empathie et de bienveillance, ou encore d'une attitude jugeante qu'elle s'exprime par des mots ou des comportements.

Les troubles des conduites alimentaires sont chroniques et nécessitent des soins et un suivi au long cours avec une vigilance continue des professionnels, même quand la situation semble stabilisée.

Il faut être particulièrement vigilant en cas d'événement de vie stressant (deuil, séparation, perte d'emploi, maladie, déménagement, arrivée d'un enfant, ...) qui peut fragiliser la personne.

11.3 Conclusion

De nombreux éléments décrits ci-dessus (honte, moquerie, les reproches de se laisser aller, de n'avoir pas assez de volonté...) sont des éléments contribuant à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires.

Ces éléments concourent à limiter le recours aux soins, ce d'autant plus que ces attitudes stigmatisantes peuvent aussi être le fait de soignants, entraînant l'évitement des consultations.

Afin de remédier à ce problème il est nécessaire que les soignants soient formés à ce que sont les troubles des conduites alimentaires et à la manière d'aborder les personnes qui en souffrent, d'être à l'écoute des patients et de leurs objectifs et difficultés, et ce sans jugement (374).

Il paraît également nécessaire que le parcours de soins soit identifié clairement par tous ses acteurs.

11.4 Comment en parler ?

Recommandations

Recommandations destinées aux personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique

Choisir un professionnel de santé avec lequel on se sent suffisamment en confiance pour aborder ses problèmes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.

En cas de besoin, demander de l'aide à une personne de confiance de son entourage pour cette démarche: amis, famille.

Si cela est trop compliqué ou trop difficile, il est possible de contacter anonymement un professionnel ou une association de patients par téléphone sur la ligne Anorexie-Boulimie Info écoute au 0 810 037 037.

Il n'est jamais trop tard pour consulter : la guérison est toujours possible, même après plusieurs années d'évolution des troubles.

Recommandations destinées aux familles et à l'entourage

Choisir un moment où chacun est disponible pour aborder la situation.

Avoir une attitude bienveillante, non jugeante, incluant une écoute accueillante de la souffrance de la personne dans sa globalité.

Ne pas se positionner en tant que moralisateur. Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins et que les personnes souffrant de ces troubles n'en ont pas toujours conscience.

Les régimes ou les actions visant à obtenir un « corps parfait » ne solutionnent pas ces troubles.

Avoir conscience que nos propres réactions (culpabilité, colère, tristesse, reproches, jugements) peuvent empêcher un dialogue constructif et aidant et générer un conflit. Attendre d'être soi-même calme pour aborder la discussion.

Valoriser la personne sur ses points forts, ses efforts, ses succès, etc. plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes. Éviter d'infantiliser, de dénigrer.

Prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité (aspects psychologiques, somatiques et sociaux). Ne pas se centrer sur les problèmes avec l'alimentation qui sont souvent les plus visibles mais qui ne sont en fait qu'une partie du trouble et sont les plus difficiles à aborder pour les personnes en difficulté.

Continuer à encourager la personne à se soigner même en cas de difficultés persistantes. Lui dire que la guérison est toujours possible, même après plusieurs années d'évolution des troubles : il n'est jamais trop tard pour consulter.

Ne pas hésiter à en parler avec votre médecin traitant.

Recommandations destinées aux professionnels

Éviter d'être moralisateur.

Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins.

Informar que la guérison est possible et le répéter régulièrement afin de lutter contre le désespoir de ne jamais « s'en sortir ».

Connaître les obstacles à l'accès aux soins afin de les aborder : la honte, la peur du jugement, la méconnaissance des troubles, le déni, le fardeau financier des soins non pris en charge.

Rappeler au patient que notre rôle de soignant est de l'accompagner dans son parcours de soin, y compris lors des rechutes, avec bienveillance et sans jugement.

Prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité (aspects psychologiques, somatiques et sociaux). Ne pas se centrer exclusivement sur les problèmes avec l'alimentation qui sont souvent les plus visibles mais qui ne sont en fait qu'une partie du trouble, et qui risquent de braquer la personne.

Délivrer une information sur les troubles et leur évolution. Éviter de dramatiser dans l'objectif de mobiliser. Ne pas infantiliser le patient. Tenir compte de son âge dans la façon de l'aborder.

Aborder dès le début le fait que la guérison ne se fait pas en un jour et qu'un premier rendez-vous ou une première hospitalisation ne peuvent tout résoudre.

Aborder la possibilité de rechutes comme des étapes du processus de guérison afin qu'elles ne soient plus considérées comme des échecs, tout en gardant la perspective d'une disparition possible des troubles.

La prise en charge (outre les soins médicaux, nutritionnels et psychiatriques) doit contribuer à la reprise de contacts avec les centres d'intérêts, les liens affectifs et l'insertion socio-professionnelle.

S'appuyer sur les éléments motivant le patient pour avancer dans les soins (ses projets de vie, ses loisirs, ses relations, ses études et son travail, etc.)

Valoriser la personne sur ses points forts, ses efforts, ses succès, etc. plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes.

Si l'entourage est présent pendant la consultation, favoriser un dialogue ouvert pour l'aider à prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité (aspects psychologiques, somatiques et sociaux) et éviter de se centrer sur les problèmes avec l'alimentation.

Un diagnostic et une prise en charge précoces permettent d'éviter la chronicisation des symptômes et l'apparition de multiples complications.

Inviter des personnes aujourd'hui guéries à témoigner (par exemple, dans des groupes de parole) peut être très utile et soutenant.

12. Conduite à tenir aux urgences

Le groupe de travail a adapté la fiche existante « urgences et troubles du comportement alimentaire » développée initialement par l'AFDAS-TCA et le réseau TCA Francilien.

13. Recommandations aux pouvoirs publics

Formation

Développer des campagnes d'information et de formation visant à :

- la prévention primaire des TCA par le biais de renforcement de l'estime de soi, information sur le poids de santé, les dangers des « régimes », gestion du stress, éducation aux médias contre l'incitation à la minceur extrême ;
- faire connaître les troubles des conduites alimentaires ;
- insister sur leur caractère chronique mais curable (« on peut s'en sortir ») ;
- lutter contre la stigmatisation en expliquant qu'il s'agit de maladies ;
- donner des éléments clés du repérage et de l'orientation aux professionnels accompagnant adolescents et jeunes adultes sur les plans scolaires, universitaires, sportifs et des loisirs ;
- soutenir la formation initiale et continue des professionnels de santé, et en particulier des diététiciens, médecins, psychiatres, psychologues, chirurgiens-dentistes et paramédicaux, aux troubles des conduites alimentaires et à leurs soins :
- former au repérage et à la prise en charge des TCA :
 - tous les professionnels de terrain en contact avec les jeunes (éducation, activités sportives et de loisirs...),
 - les professionnels de santé de premiers recours,
 - les spécialistes (psychiatres, pédiatres, gynécologues, gastro-entérologues),
 - les chirurgiens-dentistes ;
 - inclure dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes des éléments relatifs à la détection précoce des pathologies dentaires associées à la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique et à la prévention de leurs complications ;
 - sensibiliser les médecins sur les conséquences dentaires des troubles des conduites alimentaires.

Organisation des soins

- Intégrer le développement de la filière de soins TCA dans les SROS afin d'induire une structuration nationale de l'offre de soins actuellement insuffisante.
- Soutenir le développement d'une offre de soins spécialisée, adaptée à l'âge, pluriprofessionnelle (associant les champs psychiatriques, nutritionnels, somatiques et sociaux) et graduée pour les troubles des conduites alimentaires sur l'ensemble du territoire permettant le repérage précoce, le diagnostic, l'évaluation globale et le suivi pluri professionnel coordonné.
- Développer les approches ambulatoires graduées pluriprofessionnelles depuis le suivi en ville jusqu'à l'hôpital de jour spécialisé.
- Soutenir la mise en œuvre de soins pluridisciplinaires coordonnés dès le premier niveau de prise en charge, en favorisant des réunions de concertations pluridisciplinaires.
- Développer des centres régionaux spécialisés de recours pour les troubles des conduites alimentaires œuvrant à la structuration de la filière de soins.
- Soutenir le développement de dispositifs de soins partagé ville hôpital (centres spécialisés).
- Soutenir le développement des nouvelles approches thérapeutiques spécialisées peu disponibles.
- Développer les liens entre la clinique et la recherche dans les différentes filières de prise en charge des troubles des conduites alimentaires et celles de l'obésité, pour décloisonner les parcours de soins, en particulier pour l'hyperphagie boulimique.
- Promouvoir le remboursement des suivis ambulatoires par les diététiciens, psychologues et paramédicaux dans le cadre du suivi pluridisciplinaire coordonné.

Évaluation, recherche

- Promouvoir une évaluation minimale nationale commune pour les TCA permettant un projet de soins adapté aux recommandations.
- Promouvoir les recherches cliniques pluridisciplinaires, multicentriques, associant cliniciens (somaticiens et psychiatres), méthodologistes et chercheurs, visant l'évaluation des stratégies thérapeutiques et le développement de nouvelles techniques. Promouvoir la recherche fondamentale sur l'étiopathogénie et la physiopathologie de ces troubles complexes.
- Compte tenu du cadre législatif actuel, il serait essentiel de réaliser des recommandations spécifiques aux TCA concernant les hospitalisations sous contrainte qui peuvent nécessiter des aménagements afin de garantir des soins somatiques dans des unités spécialisées non sectorisées.

14. Validation

Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 26 juin 2019, le Collège de la HAS a adopté la recommandation de bonne pratique.

Annexe 1. Méthode de travail

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de part : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la recommandation (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.

Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

Rédaction de l'argumentaire scientifique

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargé(s) de projet participe(nt) à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigées par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.

Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (citations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les citations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie, si besoin, l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. tableau 1).

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Collège de la HAS pour adoption. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide : « Élaboration de recommandations de bonne pratique : méthode Recommandations pour la pratique clinique ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS.

Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de travail ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr et, pour les déclarations actualisées depuis juillet 2017, sur le site unique DPI-Santé : <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home>.

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

Annexe 2. Recherche documentaire

Méthode de recherche documentaire

La recherche initiale a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et les différents chargés de projet. Elle a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Les sources suivantes ont été interrogées :

pour la littérature internationale : Medline, PsycInfo, Cairn.info ;

pour la littérature francophone : Lissa, Banque de données en santé publique (BDSP), base SantéPsy ;

la *Cochrane Library* ;

les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;

les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 75 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et / ou types de d'études.

Stratégie de recherche initiale et mots clés

Tableau 75. Stratégie de recherche initiale dans la base de données Medline

Type d'étude / sujet		Période
Termes utilisés		
Boulimie et hyperphagie boulimique : recommandation & conférences de consensus		01/2006 – 03/2017
Etape 1	(Unspecified Feeding OR bulimia nervosa OR binge-eating disorder OR binge-eating disorders OR Other Specified Feeding OR OSFED OR UFED OR EDNOS OR ED-NOS)/ti,ab OR (Eating Disorder ET Otherwise Specified)/ti,ab OR (Eating Disorders OR Eating Disorder)/ti OR (Feeding and Eating Disorders OR Binge-Eating Disorder! OR Bulimia Nervosa! OR Feeding and Eating Disorders of Childhood!/de	104 references
ET		
Etape 2	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR health planning guidelines/de OR (practice guideline OR guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt	

Boulimie et hyperphagie boulimique : méta-analyse et revues systématiques 01/2006 – 03/2017

Etape 1 **307 references**

ET

Etape 3 (metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematic literature review* OR systematic literature search)/ti OR meta-analysis/pt OR cochrane database syst rev/ta

Boulimie et hyperphagie boulimique : facteurs de risques 01/2006 – 09/2016

Etape 4 (Unspecified Feeding OR Other Specified Feeding OR OSFED OR UFED OR EDNOS OR ED-NOS)/ti,ab OR (Eating Disorder AND Otherwise Specified)/ti,ab OR (bulimia nervosa OR binge-eating OR Eating Disorders OR Eating Disorder)/ti OR (Feeding and Eating Disorders OR Binge-Eating Disorder! OR Bulimia Nervosa! OR Feeding and Eating Disorders of Childhood!/de:majr **267 references**

ET

Etape 5 Risk Factors/de OR risk factor*/ti

ET

Etape 6 (cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud* OR Case-Control Stud*)/ti OR (cohort studies OR longitudinal studies OR follow-up studies OR prospective studies OR Retrospective Studies OR Case-Control Studies OR Cross-Sectional Studies)/de OR Epidemiologic Studies/de:noexp

Boulimie et hyperphagie boulimique : complications gynécologiques & obstétriques 01/2006 – 06/2016

Etape 1 **150 references**

ET

Etape 7 (Pregnancy Complications OR Pregnancy/complications OR Pregnancy[Majr] OR Pregnant Women[Majr] OR Pregnancy Outcome OR Pregnancy, High-Risk)/de OR (adverse perinatal outcomes OR adverse obstetric OR pregnancy complications)/ti,ab OR (pregnancy OR pregnant OR perinatal OR obstetric)/ti OR (((Comorbidity OR Risk Factors OR Causality)/de OR (risk factor* OR comorbidity)/ti OR) AND (Pregnancy OR Pregnant Women)/de)

Boulimie et hyperphagie boulimique : Infertilité et PMA		01/2006 – 06/2016
Etape 1		21 references
ET		
Etape 8	(fertility OR infertility OR ovulation)/ti OR (Infertility OR Reproductive Techniques OR Ovulation OR Anti-Mullerian Hormone OR Fertility)/de	
Boulimie et hyperphagie boulimique : complications rénales		01/2006 – 09/2016
Etape 1		8 references
ET		
Etape 9	Kidney Diseases/de OR (kidney OR renal)/ti,ab	
ET		
Etape 10	Etape 2 OR étape 3 OR étape 6 OR random*/ti,ab OR (random allocation OR double-blind method OR single-blind method OR randomized controlled trials as topic OR cross-over studies OR Controlled Clinical Trials as topic)/de OR (randomized controlled trial OR multicenter study OR Controlled Clinical Trial)/pt OR (clinical trial* OR comparative stud* OR versus)/ti OR Clinical Trial/pt:noexp OR Comparative Study/pt OR (cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud* OR Case-Control Stud*)/ti OR (cohort studies OR longitudinal studies OR follow-up studies OR prospective studies OR Retrospective Studies OR Case-Control Studies OR Cross-Sectional Studies)/de OR Epidemiologic Studies/de:noexp	
Boulimie et hyperphagie boulimique : hypokaliémie & hyponatrémie		01/2006 – 09/2016
Etape 1		13 references
ET		
Etape 11	(Water-Electrolyte Imbalance OR Hyponatremia OR Hypokalemia)/de OR (Electrolyte* OR Hyponatremia* OR Hypokalemia*)/ti,ab	
ET		
Etape 10		

Boulimie et hyperphagie boulimique : complications dentaires		01/2006 – 09/2016
Etape 1		46 references
ET		
Etape 12	Stomatognathic Diseases/de OR (dental OR Tooth OR stomato* OR gingivitis)/ti,ab	
ET		
Etape 10		
Boulimie et hyperphagie boulimique : complications osseuses		01/2006 – 09/2016
Etape 1		28 references
ET		
Etape 13	(Bone Diseases, Metabolic OR Osteoporosis)/de OR (osteopenia OR osteopor*)/ti,ab	
ET		
Etape 10		
Boulimie et hyperphagie boulimique : complications cycle menstruel & aménorrhée		01/2006 – 09/2016
Etape 1		60 references
ET		
Etape 14	Menstruation Disturbances/de OR (Amenorrhea OR Menstruation)ti,ab	
ET		
Etape 10		
Boulimie et hyperphagie boulimique : complications gastro-intestinales		01/2006 – 09/2016
Etape 1		131 references
ET		
Etape 15	(Gastrointestinal Diseases OR Constipation)/de OR (Gastroesophageal Reflux OR ulcer* OR esophagitis OR Gastric Dilatation OR gastric perforation OR irritable bowel syndrome)/ti,ab	
ET		
Etape 10		

Boulimie et hyperphagie boulimique : diabète		01/2006 – 11/2016
Etape 1		85 references
ET		
Etape 16	Diabetes Mellitus/de OR diabete*/ti,ab	
ET		
Etape 10		
Boulimie et hyperphagie boulimique : inhibiteurs de la pompe à protons		01/2006 – 11/2016
Etape 1		4 references
ET		
Etape 17	Proton Pump Inhibitors/de OR (Proton Pump Inhibitors OR PPI OR H+/K+-ATPase inhibitor)/ti,ab	
Boulimie et hyperphagie boulimique : microangiopathies		01/2006 – 11/2016
Etape 1		0 reference
ET		
Etape 18	microangiopath*/ti,ab	
Boulimie et hyperphagie boulimique : vitamine B1		01/2006 – 11/2016
Etape 1		5 references
ET		
Etape 15	Thiamine/de OR (vitamin B1 OR thiamin* OR vitamine B1)/ti,ab	

de : descripteur ; ti : titre ; ab : résumé ; ta : titre du journal ; pt : type de publication ; !: explosion du terme générique ;

ot : mots clés de l'auteur ; sc : concept supplémentaire

Sites consultés

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux - ANAP

Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire - AFDAS-TCA / Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)

Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM

Bibliothèque médicale Lemanissier

Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMef

Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision - ETSAD

Expertise collective de l'INSERM
Fédération française de psychiatrie - FFP
Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire - FNA-TCA
Santé publique France
Société française de médecine générale - SFMG
Société française de nutrition - SFN
Société française de pédiatrie - SFP
Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées

Academy for Eating Disorders
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
Alberta Medical Association
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - AACAP
American Academy of Pediatrics
American College of Physicians - ACP
American Psychiatric Association - APA
Binge Eating Disorder Association - BEDA
BMJ Clinical Evidence
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH
Canadian Task Force on Preventive Health Care - CTFPHC
CDC Infection Control Guidelines - CDC
Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
Centre for Reviews and Dissemination Databases - CRD databases
Clinical Practice Guidelines Portal
CMA Infobase
Cochrane Library
College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA
CRD databases
Guideline Advisory Committee - GAC
Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC
Guidelines International Network - GIN
Health and Medicine Division
Health Technology Assessment International - HTAi
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESS
Institut national de santé publique du Québec - INSPQ
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESSS
Institute for Clinical Evaluative Sciences - ICES
Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
Medical Services Advisory Committee - MSAC
National Center for Eating Disorders
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment - NCCHTA
National Eating Disorders Association - NEDA
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Health and Medical Research Council - NHMRC
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
National Institute of Mental Health
New Zealand Guidelines Group - NZGG
New Zealand Health Technology Assessment - NZHTA
NHS Evidence
Royal College of Psychiatrists
Santé Canada
Scottish Intercollegiate Guidelines Network -SIGN
Singapore Ministry of Health
Social Care Institute
Société canadienne de pédiatrie

Society for Adolescent Health and Medicine

The International Association of Eating Disorders Professionals Foundation - IAEDP

The National Eating Disorders Collaboration - NEDC

Tripdatabase

U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF

Veteran affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines

Sélection des articles, critères d'inclusion et d'exclusion

Sources

Ce document a été rédigé en se basant sur les recommandations internationales récentes sur le sujet, rédigées par des associations ou des sociétés savantes :

NICE 2015,

NHS 2007,

AACAP 2015,

APA 2012,

Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research 2009,

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2014,

Forum Med Suisse 2013,

Herpertz et al. 2011,

AHRQ 2006,

Royal College of Psychiatrists 2012

Lorsque les recommandations internationales étaient trop anciennes, ou si elles ne permettaient pas de répondre à la question posée, une recherche a été effectuée dans les études de plus haut niveau de preuve disponibles (méta-analyses, revues systématiques, essais contrôlés randomisés).

Pour les questions épidémiologiques, des études observationnelles ont été recherchées (cohortes, cas témoins, transversales).

Critères d'inclusion

Types de publications

Ont été incluses les publications suivantes, en français ou anglais :

Recherche générale :

les études *princeps* : théories, concepts, etc. ;

les publications complètes (les résumés et les actes de colloques n'ont pas été retenus) ;

les recommandations de bonne pratique (comportant *a minima* une revue systématique, des avis d'experts pluridisciplinaires, des avis de représentants d'usagers).

Pour les questions portant sur les prises en charge, la recherche spécifique a été limitée aux études relatives à l'efficacité ou la sécurité des interventions proposées :

les revues systématiques d'essais contrôlés, avec ou sans méta-analyse, publiées en français ou anglais ;

les essais contrôlés randomisés (ECR) ou non, dont la publication était postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;

les études de cohortes et études comparatives dont la publication était postérieure aux revues systématiques répondant à la même question ;

les études diagnostiques ;

les thèses de pratique pour l'étude de l'état des pratiques.

Les méta-analyses et les revues systématiques (y compris celles des recommandations) ont été privilégiées par rapport aux autres articles lorsqu'il en existait sur les questions traitées. Dans les autres cas, seuls les essais randomisés et les études quasi-expérimentales ont été considérées pour la prise de décision.

Critères inclusion

Objectifs et schémas d'études des publications

Objectif 1) : étudier l'efficacité d'un traitement ou d'une stratégie dans la prise en charge des patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.

Objectif 2) : décrire la population de patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique (estimation d'incidence ou de prévalence, signes cliniques, recherche de facteurs de risques et de facteurs associés ; évolution de la maladie ou des symptômes; etc.).

Schéma d'étude : 1) revues systématiques, méta-analyses d'ECR, ou au moins un groupe contrôle ; 2) pour les questions relatives à l'épidémiologie et la prévention : études épidémiologiques, études observationnelles (études de cohortes, cas-témoins, transversales), études entomologiques, recommandations de bonne pratique.

Maladies concernées : boulimie et hyperphagie boulimique.

Échantillons : pas de limite géographique.

Méthode de tri des articles et de rédaction

Des sous-groupes de travail rédactionnels ont été mis en place selon les chapitres à traiter :

définitions, épidémiologie, repérage ;
évaluation initiale, initiation des soins ;
prise en charge psychothérapeutique ;
prise en charge somatique, sevrage boulimique ;
sous-groupes dentaires et gynécologiques ;
prise en charge aux urgences ;
refus de soins, freins aux soins, etc., comment parler de la maladie.

Chaque sous-groupe était composé d'un chargé de projet et d'au moins un responsable rédactionnel (expert clinicien du groupe de travail).

La sélection des articles a été faite par deux lecteurs de façon indépendante (le chargé de projet et le responsable rédactionnel, et a été vérifiée par un troisième lecteur spécialiste du sujet (le chef de projet du partenaire FFAB).

Une première sélection des articles a été réalisée par lecture du titre et du résumé. Certains articles ont été écartés seulement à la lecture du titre, s'ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Dans le doute, si le titre n'était pas suffisamment explicite, le résumé a été lu.

Les articles sélectionnés ont ensuite été lus en intégralité, et seuls ceux qui remplissaient les critères d'inclusion ont été gardés pour analyse et sont présentés ici.

L'analyse a été réalisée selon le guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'ANAES¹⁰. Un niveau de preuve a été attribué aux études en fonction de leur qualité méthodologique.

La rédaction a été réalisée par chaque sous-groupe rédactionnel, qui faisait également des propositions de recommandations issues des résultats de leur analyse.

L'argumentaire scientifique et les propositions de recommandations étaient alors présentés au groupe de travail complet, qui rédigeait la version finale des recommandations.

¹⁰ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Guide méthodologique. Paris: ANAES; 2000

Annexe 3. Fiche outil « Repérage »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage

Fiche outil 1

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

REPÉRAGE

Le repérage ne concerne pas que les professionnels de santé mais tout intervenant du cadre de vie de la personne concernée (entourage, personnel scolaire, éducateur sportif, etc.).

Population cible

- Jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.
- Activités professionnelles ou loisirs à risque (pour la boulimie) :
 - mannequins
 - disciplines sportives à catégorie de poids ou nécessitant le contrôle du poids (gymnastique, danse, en particulier classique, athlétisme, natation synchronisée, culturisme, courses hippiques [jockey], etc.) notamment de niveau de compétition.
- Antécédents familiaux de trouble(s) des conduites alimentaires (TCA).

Situations à risque

- Antécédents de troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale,...).
- Affections somatiques :
 - variations pondérales rapides sans cause organique retrouvée ;
 - pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1 ;
 - perturbations des menstruations, aménorrhée, troubles de la fertilité ;
 - plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit ;
 - problèmes dentaires inexpliqués, en particulier érosion dentaire ;
 - situation d'aménorrhée inexpliquée, syndrome des ovaires polykystiques, troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet d'assistance médicale à la procréation) ;
 - variations importantes de l'HbA1c ou du poids chez les patients diabétiques (il existe des questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets atteints de diabète de type 1 [type DEPS-R, m-EDI, m-SCOFF]) ;
 - vomissements répétés inexpliqués (boulimie) ;
 - hypokaliémies inexpliquées (boulimie).
- Manifestations psychologiques :
 - tentatives de suicide, automutilations ;
 - addictions, abus de substances psychoactives (alcool en particulier) ;
 - troubles anxieux et troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires) ;
 - troubles de la personnalité dont la personnalité limite ;
 - troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
 - psychotraumatismes (abus sexuels et maltraitance, etc.).
- Rechercher systématiquement une hyperphagie boulimique :
 - en cas de situation de surpoids ou d'obésité ;
 - en cas de demande de chirurgie bariatrique ;
 - en cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique ;
 - en cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).

Signes cliniques d'appel

- Demande de régime amaigrissant ou de perte de poids.
- Habitudes alimentaires restrictives, exclusions alimentaires, recours inapproprié aux produits ou méthodes dits « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox », usage inapproprié de laxatifs, diurétiques, compléments alimentaires.
- Inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire.
- Exercice physique excessif.
- Préoccupations excessives autour du poids ou de la corpulence, particulièrement en cas d'IMC normal ou bas (boulimie).
- Angle sous-mandibulaire gonflé (parotidomégalie) ; signe indirect de vomissements (boulimie).
- Signe de Russell (abrasions sur le dos de la main liées aux vomissements, boulimie).

ÉVALUATION INITIALE

Le repérage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique repose :

- soit sur une évaluation clinique globale qui peut inclure des questions spécifiques, par exemple :
 - « Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ? »
 - « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? »
 - « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? »
 - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
 - « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? »
- soit sur l'utilisation d'un questionnaire court adapté et validé (SCOFF-F, ESP, etc.).

Chez les adolescents et jeunes adultes il est recommandé de faire une consultation en plusieurs temps, permettant de les voir à la fois avec et sans les parents (ou accompagnants).



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »

Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 4. Fiche outil « Comment en parler ? »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Comment en parler ?

Fiche outil 2

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

SI VOUS ÊTES CONCERNÉ(E)

- Choisir un professionnel de santé avec lequel on se sent en confiance pour aborder ses problèmes de boulimie ou d'hyperphagie boulimique.
- En cas de besoin, demander de l'aide à une personne de confiance de son entourage pour cette démarche : amis, famille.
- Vous pouvez contacter anonymement un professionnel ou une association de patients par téléphone sur la ligne Anorexie-Boulimie Info écoute au 0 810 037 037.
- Il n'est jamais trop tard pour consulter : la guérison est toujours possible même après plusieurs années d'évolution des troubles.

SI VOUS ÊTES DE L'ENTOURAGE

- Choisir un moment où chacun est disponible pour aborder la situation. Attendre d'être soi-même calme pour aborder la discussion.
- Avoir une attitude bienveillante, non jugeante, incluant une écoute accueillante de la souffrance de la personne dans sa globalité.
- Ne pas se positionner en tant que moralisateur. Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins et que les personnes souffrant de ces troubles n'en ont pas toujours conscience.
- Les régimes ou les actions visant à obtenir un « corps parfait » ne solutionnent pas ces troubles.
- Avoir conscience que vos réactions (culpabilité, colère, tristesse, reproches, jugement) peuvent empêcher un dialogue constructif et aidant et générer un conflit.
- Valoriser la personne sur ses points forts, ses points d'amélioration, ses efforts, ses succès, etc. plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes. Éviter d'infantiliser, de dénigrer.
- Prendre en considération la souffrance globale de la personne, et ne pas se centrer sur les problèmes en lien avec l'alimentation. Ces problèmes sont souvent les plus visibles, mais ne sont en fait qu'une partie du trouble, et sont les plus difficiles à aborder.
- Encourager la personne à se soigner. Il n'est jamais trop tard pour consulter. La guérison est toujours possible même après plusieurs années d'évolution.
- Ne pas hésiter à en parler à votre médecin traitant.

SI VOUS ÊTES UN SOIGNANT

- Être conscient que la boulimie et l'hyperphagie boulimique ne sont pas la conséquence d'un manque de volonté mais sont des troubles qui nécessitent des soins.
- Ne pas hésiter à investiguer auprès du patient l'existence de ces troubles par des questions spécifiques :
 - « Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ? »
 - « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? »
 - « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? »
 - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
 - « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? »
- Un diagnostic et une intervention précoces permettent d'éviter la chronicisation des symptômes et l'apparition de multiples complications.
- Prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité (aspects psychologiques, somatiques et sociaux) avec bienveillance et sans jugement. Ne pas se centrer exclusivement sur les problématiques alimentaires qui sont souvent les plus visibles mais qui ne sont en fait qu'une partie du trouble, et qui risquent de braquer la personne.
- Valoriser la personne sur ses points forts, ses points d'amélioration, ses efforts, ses succès plutôt que de pointer ses points faibles, les échecs et les rechutes.
- Délivrer une information sur les troubles et leur évolution. La guérison est possible malgré la durée des troubles et de possibles rechutes. Éviter de dramatiser dans l'objectif de mobiliser le malade.
- Favoriser un dialogue ouvert avec l'entourage pour l'aider à prendre en considération la souffrance de la personne dans sa globalité et éviter de se centrer sur les problèmes avec l'alimentation.
- Connaître les obstacles à l'accès aux soins afin de les aborder : la honte, la peur du jugement, la méconnaissance des troubles, le déni, le fardeau financier des soins non pris en charge.
- La prise en charge (outre les soins médicaux, nutritionnels et psychiatriques) vise à la reprise de contact avec les centres d'intérêt, les liens affectifs et l'insertion socioprofessionnelle qui permettront au patient d'avancer dans les soins (ses projets de vie, ses loisirs, ses relations, ses études et son travail).

POUR EN SAVOIR PLUS

- FNA-TCA : <https://fna-tca.org>
- CNAO : <https://www.cnao.fr>
- FFAB : <https://www.ffab.fr>



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 5. Fiche outil « Évaluation initiale et initiations des soins »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Évaluation initiale et initiation des soins

Fiche outil 3

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

ÉVALUATION INITIALE

- Quand le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique est évoqué, réaliser une évaluation clinique globale initiale comprenant les aspects somatiques – y compris dentaires –, nutritionnels et psychiatriques ; si besoin par des professionnels de spécialités différentes.
- Objectif : identifier les risques physiques, nutritionnels, psychiques (y compris suicidaires), et les conséquences sociales.
- Aborder avec précaution, empathie et bienveillance, le sujet des troubles des conduites alimentaires, si besoin en plusieurs fois, et en ayant à l'esprit la difficulté des patients à parler de ce type de troubles (cf. fiche outil « [Comment en parler ?](#) »).

Rechercher les différents éléments d'une crise de boulimie ou d'hyperphagie boulimique

- Modalités :
 - déroulement : où, contexte, facteurs déclenchants (émotions, aliments), quand, comment ;
 - quantité et type d'aliments et de boissons (potomanie, alcoolisations) ;
 - stratégies de contrôle du poids (conduites purgatives, etc.).
- Fréquence.
- Culpabilité et honte associées.
- Retentissement sur l'image du corps : insatisfaction liée au poids fréquente, indépendamment de l'IMC.
- Retentissement sur le sommeil et l'humeur (idées suicidaires, en particulier post-crisis).
- Retentissement social et sur la sexualité.
- Retentissement professionnel et financier.

Antécédents à rechercher

- Surpoids/obésité et/ou variation rapide du poids, chirurgie bariatrique.
- Aggression, maltraitance.
- Troubles psychiatriques et addictifs individuels et/ou familiaux (cf. Examen psychiatrique ci-dessous).
- TCA individuels et/ou familiaux.

Examen physique/bilan somatique initial

- Il doit être aussi complet que possible et inclure un examen dentaire complet et un bilan gynécologique.
- Évaluation staturo-pondérale : poids, taille, calcul de l'IMC, report sur les courbes, détermination de l'état nutritionnel (maigreur, surpoids, obésité).
 - Bilan du retentissement de l'état nutritionnel en cas de maigreur ou d'obésité le cas échéant.
 - Examen cardio-vasculaire : recherche de palpitations, douleur thoracique, dyspnée, pression artérielle, pouls, ECG.
 - Examen gastro-entérologique : troubles digestifs hauts, douleurs abdominales, troubles du transit (diarrhée/constipation), signes d'hémorragie digestive.
 - Examen dermatologique : scarifications, signe de Russell, symptômes de carences liées à la malnutrition (perte des cheveux, ongles cassants, perlèche).
 - Examen ophtalmologique : hémorragies sous-conjonctivales (liées aux efforts de vomissement).
 - Examen musculaire : fatigabilité, crampes, fasciculations.
 - Examen ORL : hypertrophie parotidienne (liée aux vomissements), perlèche.
 - Examen endobuccal : état dentaire et muqueuses pour la détection précoce des complications et leur prévention ; à répéter tous les 6 mois en cas de vomissements.
 - Évaluation endocrino-gynécologique : recherche de troubles du cycle menstruel ; pour les plus jeunes : recherche d'un retard pubertaire, bilan gynécologique avec examen.
 - Bilan biologique initial (NFS, plaquettes, hémostase, ionogramme sanguin, créatininémie, réserve alcaline, glycémie à jeun). En cas de surpoids ou d'obésité compléter par un bilan métabolique^{1,2}

1. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. HAS 2011 :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

2. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS 2011 :

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf

Examen psychiatrique

- Antécédents d'idées suicidaires, tentatives de suicide.
- Idées suicidaires actuelles³, plan ou intention de passer à l'acte.
- Automutilations.
- Comportements impulsifs.
- Symptômes et troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire).
- Symptômes et troubles anxieux.
- Symptômes et troubles obsessionnels compulsifs.
- Troubles de la personnalité (en particulier de type limite, notamment en cas d'automutilations ou de forme très sévère de boulimie ou d'hyperphagie boulimique).
- Addictions, abus de substances.
- Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).
- Antécédents d'abus (psychologiques, physiques et sexuels).
- Évaluer le retentissement social des troubles (familial, relationnel, professionnel, ou chez les jeunes sur la formation).

SIGNES À RECHERCHER À L'EXAMEN PHYSIQUE INITIAL (COMPLICATIONS SPÉCIFIQUES DES CRISES DE BOULIMIE ET DES VOMISSEMENTS OU SYNDROME ASSOCIÉ)

Signes cliniques	Signes paracliniques	Mécanismes physiopathologiques
Présentation générale • Callosités sur le dos des doigts • Hypertrophie parotidienne • Déshydratation • Faiblesse musculaire • État dentaire précaire (caries, érosions, récessions gingivales) • Pétéchies sur le visage, hémorragie conjonctivale.	Ionogramme sanguin • Hypokaliémie • Alcalose hypochlorémique (vomissements) • Acidose (laxatifs) hyperchlorémique • Hyperamylasémie	• Vomissements (les perturbations du ionogramme peuvent être aggravées par la prise de laxatifs et/ou diurétiques).
État cardiaque et hémodynamique • Hypotension, palpitations.	ECG • Signes d'hypokaliémie	• Vomissements, laxatifs, diurétiques.

3. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271984/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge ; Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatries-et-medecins-scolaires

Signes cliniques	Signes paracliniques	Mécanismes physiopathologiques
Appareil digestif • Hypertrophie parotidienne • Douleurs pharyngées • Érythème ou ulcérations du pharynx • Œsophagite • Gastrite • Douleurs abdominales • Troubles du transit • Reflux gastro-œsophagien, ulcère œsophagien Plus rarement : syndrome de Mallory-Weiss, achalasie de l'œsophage. Exceptionnellement : rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée.	• Hyperamylasémie (examen non indiqué en routine) avec lipasémie normale.	• Vomissements.
Fonction rénale	• Insuffisance rénale fonctionnelle. • Néphropathie tubulo-interstitielle avec acidose tubulaire de type 1 en cas d'hypokaliémie prolongée. • Insuffisance rénale terminale.	• Déshydratation. • Hypokaliémie chronique (vomissements, diurétiques).
Gynécologie • Aménorrhée • Oligoménorrhée, spanioménorrhée • Troubles ovulatoires • Syndrome des ovaires polykystiques (syndrome associé).		• Malnutrition perturbant l'axe gonadotrope (vomissements)
Sphère bucco-dentaire • Érosion de l'émail, caries		• Vomissements.

INITIATION DES SOINS

- Nommer le trouble des conduites alimentaires avec tact et sans stigmatisation.
- Informer sur les risques liés au trouble (chronicité, conséquences potentiellement graves à court et long terme) qui nécessitent des soins multidisciplinaires dans la durée.
- Informer sur les possibilités de guérison avec une prise en charge adaptée.
- Expliquer l'objectif des soins :
 - traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions psychiques associées ;
 - restaurer un comportement alimentaire adapté ;
 - diminuer les crises ;
 - objectifs thérapeutiques plus larges : complications somatiques, psychiques, sociales et relationnelles.
- Établir une alliance thérapeutique : instaurer une relation de qualité entre le praticien, le patient et l'entourage, y compris chez les adultes. Les entretiens motivationnels sont recommandés en cas de difficultés à s'engager dans les soins.
- Après le repérage, selon sa compétence et les besoins du patient, le praticien peut assurer la prise en charge ou orienter le patient vers un autre confrère pour une prise en charge spécifique et adaptée à l'âge du patient.

COMPLÉMENT D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS OU LES PARENTS ET LEUR FAMILLE

- Documents d'information pour les patients et les familles et recommandations de bonne pratique pour les professionnels :
 - Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge. HAS 2019.
www.has-sante.fr
- Numéro vert Anorexie-Boulimie Info Écoute 0810 037 037 : permet aux professionnels et aux patients et à leur famille d'avoir une écoute ou une information précise par des professionnels ou des associations de patients
- Annuaire national des services TCA : site FFAB (ex-AFDAS-TCA) : www.ffab.fr



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 6. Fiche outil « Complications somatiques et prise en charge »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Complications somatiques et prise en charge

Fiche outil 4

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

COMPLICATIONS SOMATIQUES ET PRISES EN CHARGE

Complications	Causes	Recommandations
Métaboliques ● Hypokaliémie avec risque cardiaque et rénal. ● Hyponatrémie. ● Déshydratation. ● Alcalose métabolique. ● Hyperkaliémie en cas de prise de diurétique anti-aldostérone.	Vomissements	● Informer le patient des conséquences potentiellement graves des vomissements (y compris dentaires, voir fin du tableau). ● Informer le patient de la nécessité de prendre tout médicament <i>per os</i> à distance des vomissements (notamment contraception, potassium, traitement psychotrope, antibiotiques, etc.). ● Accompagner vers un arrêt des vomissements.

Complications	Causes	Recommandations
Métaboliques - Hypokaliémie avec risque cardiaque et rénal. - Hyponatrémie. - Déshydratation. - Alcalose métabolique. - Hyperkaliémie en cas de prise de diurétique anti-aldostérone.	Vomissements	- Surveiller la kaliémie. - En cas d'hypokaliémie : - corriger l'hypokaliémie selon les recommandations en vigueur ; - prescrire une complémentation orale en potassium à adapter à la fréquence des vomissements et à distance de ceux-ci. - En cas de vomissements fréquents sans hypokaliémie objectivée, discuter une supplémentation orale en potassium au cas par cas dans le cadre d'une décision partagée avec le patient (supplémentation potassique à prendre en période d'acutisation des vomissements).
	Mésusage de laxatifs et recours aux lavements	- Rechercher une éventuelle prise de laxatifs, notamment en cas de troubles hydro-électrolytiques inexpliqués (hypokaliémie). - Informers les patients que la prise de laxatifs ne permet pas de perdre du poids car elle ne diminue pas significativement l'absorption calorique, et que la prise chronique de ces molécules a des conséquences délétères. - En cas de prise de laxatifs stimulants ou de pratique de lavements, informer le patient des effets indésirables et accompagner vers un arrêt, qui doit être progressif en cas d'utilisation prolongée.
	Prise de diurétiques	- Rechercher une éventuelle prise de diurétiques, notamment en cas de troubles hydro-électrolytiques inexpliqués (hyponatrémie, hypokaliémie, déshydratation, hyperkaliémie). - Expliquer les risques de la prise de diurétiques et leur inefficacité sur la perte de poids. - Accompagner vers un arrêt progressif de la prise de diurétiques en cas d'utilisation prolongée.
Carences en micronutriments (vitamines et éléments traces) Vitamine B1, vitamine D, folates.	Malnutrition	Face aux situations à risque de carence (notamment vitamine B1 en cas de vomissements et vitamine B12 en cas de régime végétarien au long cours), rechercher la présence de symptômes cliniques de carence spécifique qui s'ils existent doivent faire l'objet de dosages biologiques, et si besoin mettre en place une complémentation adéquate.
Métaboliques et risque cardio-vasculaire diabète de type 2 (DT2), dyslipidémies, syndrome d'apnées du sommeil.	Surcharge pondérale	- Peser régulièrement les patients¹. - Prendre en charge les surpoids et situations d'obésité secondaires à l'hyperphagie boulimique et dépister les complications associées, dont le diabète de type 2.

1. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. HAS - Septembre 2011.

Complications	Causes	Recommandations
Digestives • Hypertrophie parotidienne, éructations, nausées, dyspepsie, douleurs pharyngées. • Érythème ou ulcérations du pharynx, épigastalgies, pesanteur gastrique. • Œsophagite, gastrite. • Reflux gastro-œsophagien (RGO). • Augmentation du risque de cancer de l'œsophage. • Trouble fonctionnel intestinal, douleurs abdominales, ballonnements, constipation. • Prolapsus rectal et crises hémorroïdaires. Plus rarement • Syndrome de Mallory-Weiss (lacération des parois de l'œsophage à la jonction avec l'estomac), achalasie, endobrachyœsophage, diarrhée. Exceptionnellement • Rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée.	Vomissements	• En cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) et/ou vomissements fréquents : ▸ prescrire des mesures hygiéno-diététiques ; ▸ prescrire des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), en tenant compte de la balance bénéfice/risque individuelle et en concertation avec le patient ; ▸ réévaluer régulièrement l'intérêt du maintien de la prescription.
	Mésusage de laxatifs et recours aux lavements	• En cas de constipation sévère secondaire au mésusage de laxatifs (soit liée à l'effet toxique des laxatifs stimulants sur l'intestin, soit réactionnelle à un arrêt brutal des laxatifs), il est possible de prescrire sur une durée limitée des laxatifs osmotiques en première intention en plus des mesures hygiéno-diététiques.
	Malnutrition	• Rechercher, ne pas négliger et prendre en charge les symptômes digestifs hauts et bas. Ces symptômes très fréquents sont source de souffrance importante pour les patients et peuvent être un obstacle au retour à un comportement alimentaire équilibré et adapté. • Informer les patients que la majorité des troubles digestifs sont la conséquence de leurs troubles des conduites alimentaires et que la prise en charge de ces troubles des conduites alimentaires va en améliorer la plupart. • En cas de reflux gastro-œsophagien (RGO), prescrire des mesures hygiéno-diététiques et des IPP.
Osseuses • Ostéopénie, ostéoporose.	Malnutrition	• Réaliser une évaluation de la minéralisation osseuse par ostéodensitométrie chez : ▸ les patientes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique en aménorrhée depuis au moins 6 mois, en dehors d'une grossesse ; ▸ les patients souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique avec antécédent d'anorexie mentale ; ▸ les patients présentant un autre facteur de risque d'ostéoporose. • Au cours du suivi, refaire une ostéodensitométrie en cas de persistance des facteurs de risque ou de l'apparition de nouveaux facteurs de risque, à distance, si cela peut a priori conduire à une modification thérapeutique de la prise en charge du patient. • Surveiller et corriger les carences en vitamine D. • Mettre en place des mesures hygiéno-diététiques selon les recommandations de prise en charge de l'ostéoporose en vigueur.

Complications	Causes	Recommandations
Gynéco-obstétricales • Contraception, conduites sexuelles à risque. • Impact sur la fertilité, la grossesse et le <i>post-partum</i>.	Vomissements, malnutrition	Contraception • Expliquer aux patientes que les contraceptifs oraux doivent se prendre à distance des vomissements et que l'aménorrhée quand elle existe ne protège pas d'un risque de grossesse. • En cas de vomissements très fréquents sous contraceptif oral, proposer d'autres méthodes contraceptives (dispositif intra-utérin, implant, patch contraceptif, préservatifs, etc.). Conduites sexuelles à risque • Chez les patientes présentant un trouble des conduites alimentaires, en particulier en cas de trouble limite de la personnalité associé, être vigilant quant aux comportements sexuels à risque, informer sur les risques associés et les méthodes de prévention, orienter vers un suivi gynécologique. Désir de grossesse • Toute femme souffrant de trouble des conduites alimentaires désirant une grossesse doit être informée des conséquences des troubles nutritionnels sur sa fertilité (risque d'infertilité) et des risques sur la grossesse (fausses couches, prématurité) et pour le fœtus (hypotrophie et mortalité périnatale). Elle doit être conseillée pour augmenter ses chances de grossesse et limiter les risques, en particulier en assurant un apport nutritionnel et un poids adéquat. • En cas de demande d'AMP chez une patiente ayant un trouble des conduites alimentaires connu et suivi, un suivi obstétrical coordonné avec le suivi du TCA est recommandé. Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, enceintes ou en <i>post-partum</i> • La période périnatale constitue une phase de grands changements physiques et psychologiques et représente par conséquent une période de haute vulnérabilité pour les femmes affectées par des troubles des conduites alimentaires. Aussi, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé aux femmes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires pendant la période périnatale. • Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le <i>post-partum</i> car le risque est majoré. • Orienter les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires pour un suivi multidisciplinaire spécialisé en coordination avec le suivi obstétrical. • Évaluer et compléter si besoin les carences vitaminiques (risques pour le fœtus). • Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les troubles des conduites alimentaires après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).

Complications	Causes	Recommandations
Gynéco-obstétricales • Contraception, conduites sexuelles à risque. • Impact sur la fertilité, la grossesse et le <i>post-partum</i>.	Vomissements, malnutrition	Après un diabète gestationnel chez les femmes ayant un TCA • Après un diabète gestationnel, il est recommandé d'inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins 5 jours par semaine, arrêt du tabagisme) car cela permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.
Dentaires • Lésions érosives étendues, polycaries, sensibilité thermique (froid en particulier) ou aux acides, attaque parodontale, récessions gingivales.	Vomissements, mérycisme, reflux gastro-œsophagien, brossages des dents intempestifs, reflux nocturne, alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports (sodas, grignotage) et la désorganisation des rythmes alimentaires	• Donner des conseils d'hygiène dentaire spécifiques aux patients qui vomissent (ne pas se brosser les dents immédiatement après les vomissements, se rincer la bouche à l'eau plate après un épisode de vomissements, éviter les aliments acides [fruits, jus, boissons gazeuses, produits marinés, yaourts, boissons alcoolisées], finir les repas par des aliments alcalins [lait ou fromage]). • Il est recommandé que les patients qui vomissent bénéficient d'évaluations dentaires régulières par un chirurgien-dentiste informé. • Il est recommandé que les équipes prenant en charge les troubles des conduites alimentaires collaborent étroitement avec des services dentaires pour en faciliter l'accès. Pour approfondir voir aussi fiche « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »

PATIENTS SOUFFRANT DE DIABÈTE DE TYPE 1

En cas de trouble des conduites alimentaires chez un patient diabétique :

- informer du risque accru de déséquilibre glycémique aigu et chronique et de ses conséquences : ce risque de déséquilibre glycémique aigu et chronique et ses conséquences justifient un suivi très régulier, une vigilance accrue et une prise en charge spécifique du trouble des conduites alimentaires ;
- mettre en place un suivi multidisciplinaire coordonné associant diabétologue et spécialistes du trouble des conduites alimentaires, sur le plan somatique et psychiatrique ;
- dépister régulièrement les complications dégénératives du diabète, plus précoces et plus sévères chez les patients souffrant de TCA (micro-angiopathie et plus particulièrement rétinopathie diabétique) ;
- rechercher le mésusage d'insuline (diminution volontaire des doses d'insuline dans un objectif de contrôle du poids).

SEVRAGE BOULIMIQUE : PLACE DE LA NUTRITION ENTÉRALE

- Le sevrage des crises de boulimie en utilisant une nutrition entérale par sonde nasogastrique doit rester un traitement réservé aux patients présentant des troubles sévères.
- Cette méthode doit être réalisée uniquement en milieu hospitalier spécialisé.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 7. Fiche outil « Prise en charge pluri-professionnelle coordonnée »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée

Fiche outil 5

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

Organisation du plan de soins

L'approche thérapeutique des troubles des conduites alimentaires doit être pluriprofessionnelle, incluant les dimensions psychologique, nutritionnelle, somatique, sociale, et familiale. Le plan de soins repose sur l'articulation des différents intervenants dans un projet au long cours compte tenu de la durée des troubles.

La prise en charge étant partagée entre plusieurs professionnels, il est recommandé d'établir un accord clair entre les différents professionnels de santé sur la répartition des rôles de chacun.

Il est recommandé qu'un des intervenants de la prise en charge, préférentiellement le plus expérimenté, coordonne le projet de soins multidisciplinaire et pluriprofessionnel en tenant compte de l'avis du patient.

Ce coordinateur doit être clairement identifié par le patient et tous les intervenants.

La prise en charge ambulatoire est préconisée en première intention, sauf urgence ou complication.

L'orientation vers une équipe spécialisée est souhaitable pour un avis et/ou une prise en charge.

OBJECTIFS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE COORDONNÉE

- La prise en charge doit associer un suivi psychiatrique, nutritionnel et somatique coordonné visant à :
 - établir une alliance thérapeutique : instaurer une relation de qualité entre les praticiens, le patient et l'entourage, y compris pour le suivi des adultes. Les entretiens motivationnels sont recommandés en cas de difficultés à s'engager dans les soins ;
 - traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions psychiques, les comorbidités psychiatriques et les aspects sociaux liés aux troubles ;
 - restaurer un comportement alimentaire équilibré et adapté ;
 - prendre en charge les complications somatiques (cf. fiche outil « [Complications somatiques et prise en charge](#) ») ;
 - identifier les facteurs précipitants et/ou de maintien pour prévenir les rechutes ;
 - articuler les soins et les mesures nécessaires pour préserver l'insertion sociale.
- Les soins seront d'autant plus efficaces que les interventions seront précoces, adaptées au patient, à son âge et à l'intensité de ses troubles.
- Il est préférable que la famille soit impliquée dans la prise en charge. Pour les adolescents et les jeunes adultes, la prise en charge impliquera leurs parents ou le tuteur légal.
- La prise en charge doit être organisée dans un cadre qui est le plus adapté aux besoins et aux préférences du patient.

Pour approfondir, voir fiche outil « [Comment en parler ?](#) » destinée aux patients, à leur entourage et aux soignants.

APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

- Les objectifs sont individuels et familiaux.
- Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de trouble des conduites alimentaires comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :
 - renforcer la motivation à s'impliquer dans la prise en charge pluriprofessionnelle ;
 - restaurer des habitudes alimentaires équilibrées et adaptées ;
 - réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, l'image et l'estime de soi, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires ;
 - traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions associées ;
 - améliorer le fonctionnement interpersonnel et social ; traiter les comorbidités psychiatriques ;
 - obtenir le soutien de la famille et de l'entourage ;
 - aider l'entourage et proposer une guidance et une thérapie familiale dans les soins mis en place.
- Il est important de spécifier aux patients que les objectifs des programmes de psychothérapie ne visent pas directement à traiter les problèmes de poids (pas d'objectif d'amaigrissement) mais pourraient secondairement avoir un impact sur ceux-ci¹.

1. Des recommandations sur la gestion de la perte de poids peuvent être retrouvées dans les recommandations HAS sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Approches recommandées s'intégrant à l'approche pluriprofessionnelle

Outils d'autosupport (self-help) : ils peuvent être proposés avant l'initiation d'une prise en charge ou en début de prise en charge.

L'auto-support guidé par un professionnel de santé est plus efficace que la version non accompagnée.

Thérapies comportementales et cognitives (TCC) individuelles adaptées aux troubles des conduites alimentaires en première intention ; les thérapies comportementales dialectiques peuvent être proposées chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline comorbide.

En cas d'impossibilité ou de refus de TCC, un recours aux techniques suivantes est possible :

- thérapies interpersonnelles ;
- thérapies psychanalytiques ;
- thérapies familiales : pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de boulimie et leur famille.

La mise en place d'une psychothérapie en plus du suivi somatique et psychiatrique doit être envisagée :

- une fois l'évaluation pluriprofessionnelle effectuée et le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique confirmé ;
- après information du patient sur les modalités de mise en œuvre de son projet de soins individualisé.

Autres approches pouvant être proposées en plus de l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé

- En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des approches suivantes n'est pas établie : thérapies basées sur la pleine conscience (mindfulness), art-thérapie, exercice physique, massages, relaxation, yoga, luminothérapie (thérapie par la lumière).
- Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé soit maintenu. Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Approches non recommandées

Les techniques de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et autres techniques de neuromodulation non invasives ne sont pas recommandées dans les TCA hors protocole de recherche.

APPROCHES MÉDICAMENTEUSES : MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Recommandations générales sur la prescription de médicaments psychotropes

- Pour augmenter l'observance en cas de prescription de psychotropes, une étape initiale d'information et de préparation est utile : prise en charge non spécifique de soutien, outils d'autosupport, entretien motivationnel.
- Bien expliquer au patient que cette prescription ne constitue pas à elle seule le traitement de ses troubles.
- Vérifier les contre-indications et les précautions d'usage et en particulier celles liées aux conséquences des TCA.
- En cas de vomissements, recommander de prendre les médicaments à distance des conduites de purge.

Médicaments psychotropes pouvant être utilisés

- Les **ISRS** (inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine) peuvent être proposés en deuxième ligne chez les adultes (en cas d'impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée et en l'absence de contre-indication) et toujours en association avec une prise en charge psychologique et pluriprofessionnelle.
- Le topiramate, compte tenu de la balance bénéfice/risque et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé dans la prise en charge des TCA.
- Les autres psychotropes peuvent être utilisés dans leurs indications habituelles en cas de comorbidités psychiatriques avec une attention particulière aux effets secondaires pouvant être aggravés par les troubles métaboliques fréquents.

Médicaments psychotropes non recommandés

Les **antidépresseurs tricycliques** ne sont pas recommandés dans le traitement des crises de boulimie en raison de leurs profils bénéfice/risque défavorables.

En l'état actuel des connaissances, les **autres médicaments** n'ont pas lieu d'être prescrits pour traiter la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

SURVEILLANCE SOMATIQUE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE AU COURS DU SUIVI

- Réaliser régulièrement un examen clinique complet somatique et psychiatrique (cf. fiche outil « [Évaluation initiale et initiation des soins](#) ») ayant pour objectif la détection précoce des complications (cf. fiche outil « [Complications somatiques et prise en charge](#) »), des situations d'urgences (cf. fiche outil « [Urgences et troubles du comportement alimentaire](#) ») et leur prévention.
- Inclure un examen dentaire systématique au minimum tous les 6 mois ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention (cf. fiche outil « [Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste](#) »).
- Réaliser régulièrement un ionogramme sanguin (potassium, réserve alcaline, sodium, créatininémie) chez les patients qui vomissent ou qui utilisent des laxatifs ou des diurétiques, afin de dépister et traiter les troubles métaboliques.
- En cas de surpoids ou d'obésité, réaliser un suivi adapté et dépister les complications associées, dont le diabète de type 2.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »

Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 8. Fiche outil « Aspects gynécologiques et obstétricaux »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Troubles des conduites alimentaires

Aspects gynécologiques et obstétricaux

Fiche outil 6

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.
- L'anorexie mentale se caractérise par une restriction alimentaire par rapport aux besoins, se traduisant par un poids faible ou une perte de poids importante. À cela s'associe une peur de prendre du poids ou de devenir gros, ou un comportement persistant interférant avec la prise de poids. Chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique.

CONTRACEPTION

- Expliquer aux patientes que l'aménorrhée ne protège pas d'un risque de grossesse, et que les contraceptifs oraux doivent se prendre à distance des vomissements.
- En cas de vomissements très fréquents sous contraceptif oral, proposer d'autres méthodes contraceptives (dispositif intra-utérin, implant, patch contraceptif, préservatifs, etc.).

CONDUITES SEXUELLES À RISQUE

- Chez les patientes présentant un trouble des conduites alimentaires, en particulier en cas de trouble limite de la personnalité associé, il est recommandé :
 - d'être vigilant quant aux comportements sexuels à risque ;
 - d'informer sur les risques associés et leurs méthodes de prévention ;
 - d'orienter vers un suivi gynécologique.

CONSULTATION POUR INFERTILITE ET/OU DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

- Il est recommandé de rechercher systématiquement des signes de trouble des conduites alimentaires.
- En cas de doute sur l'existence d'un trouble des conduites alimentaires ou en cas de trouble des conduites alimentaires avéré, il est recommandé de solliciter un avis spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires (cf. annuaire FFAB).
- En cas de demande d'AMP chez une patiente ayant un trouble des conduites alimentaires connu et suivi, un suivi obstétrical coordonné avec le suivi du TCA est recommandé.

DÉSIR DE GROSSESSE

- Toute femme souffrant de trouble des conduites alimentaires en âge de procréer doit être informée des conséquences des troubles nutritionnels sur sa fertilité (risque d'infertilité) et des risques sur la grossesse (fausses couches, prématurité) et pour le fœtus (hypotrophie et mortalité périnatale). En cas de désir de grossesse, la patiente doit être conseillée pour augmenter ses chances de grossesse et limiter les risques, en particulier en assurant un apport nutritionnel et un poids adéquat.

AU COURS DE LA GROSSESSE

- Rechercher un trouble des conduites alimentaires en cas de nausées ou de vomissements gravidiques particulièrement intenses, de prise poids excessive ou insuffisante.
- Orienter les patientes pour lesquelles on suspecte un trouble des conduites alimentaires vers une évaluation par un spécialiste, et si besoin un suivi multidisciplinaire en coordination avec le suivi obstétrical.
- Être vigilant chez les femmes avec des antécédents de troubles des conduites alimentaires car la grossesse et le post-partum sont des situations à risque de majoration des troubles, de rechute, de troubles de l'humeur. Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le post-partum car le risque est majoré.
- Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé.
- Évaluer et compléter si besoin les carences vitaminiques (risques pour le fœtus).
- Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les troubles des conduites alimentaires après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).

EN POST-PARTUM

- Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé pendant la période post-natale.
- Après un diabète gestationnel il est recommandé d'inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins 5 jours par semaine, arrêt du tabagisme) car cela permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 9. Fiche outil « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »¹¹



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste

Fiche outil 7

Juin 2019

REPÉRAGE DE L'ÉTAT DENTAIRE

- **Penser à un trouble des conduites alimentaires, en particulier chez les adolescents et adultes jeunes, face à :**
 - des lésions érosives débutantes sur les faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire (liées à des vomissements répétés) ;
 - des lésions asymétriques des molaires mandibulaires (possible reflux nocturne fréquent lors de vomissements réguliers : position latérale durant le sommeil) ;
 - la présence de polycaries (maladie carieuse active) qui révèle souvent une alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports (sodas, grignotage) et la désorganisation des rythmes alimentaires ;
 - une sensibilité thermique (en particulier au froid) ou aux acides (début d'atteinte parodontale).
- **Comment aborder la possibilité de l'existence d'un trouble des conduites alimentaires avec le patient ?**
 - Être en tête à tête avec le patient (prévoir un temps en dehors de la présence des accompagnants et des éventuels personnels soignants).
 - Questionner sur le type d'aliments consommés, la fréquence et le mode de consommation.
 - Adopter une attitude bienveillante envers le patient, sans jugement ni culpabilisation.
 - Se baser sur les lésions constatées pour évoquer les habitudes alimentaires.
 - Avoir une attitude informative sur les mécanismes physiopathologiques impliqués et les stratégies de soins dentaires possibles. Ex. : reflux acide dont l'origine est à préciser (RGO, vomissements, mérycisme, etc.).

¹¹ Les clichés dentaires ont été fournis par le Professeur Pierre Colon

DIAGNOSTIC DE L'ÉTAT DENTAIRE CHEZ UN PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

- Face à un patient souffrant de troubles des conduites alimentaires, il est recommandé de rechercher d'emblée l'existence des lésions dentaires et de les tracer dans le dossier du patient (indice BEWE¹).
- Le diagnostic doit se baser sur un examen clinique approfondi avant tout examen complémentaire.
- Il est recommandé de recueillir :
 - les attentes du patient (esthétiques, prise en charge de la douleur, réduction de la gêne fonctionnelle) ;
 - les habitudes alimentaires (abus d'aliments sucrés, etc.) et les éventuelles addictions associées (tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres drogues) ;
 - la consommation médicamenteuse (rechercher une hyposialie d'origine médicamenteuse).

EXEMPLES D'IMAGES DE L'ÉTAT DENTAIRE OBSERVÉES EN CAS DE TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES



Figure 1. Érosion des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade initial



Figure 2. Érosions des faces vestibulaires des incisives maxillaires provoquées par des boissons acides.



Figure 3. Érosion des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire caractéristique de vomissements fréquents. Stade avancé



Figure 4. Érosions des faces vestibulaires des incisives maxillaires associées à l'exposition à des colorants exogènes

1. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. Clin Oral Investig 2008;12 Suppl 1:S65-8.



Figure 5. Récessions gingivales chez une patiente atteinte d'anorexie boulimique

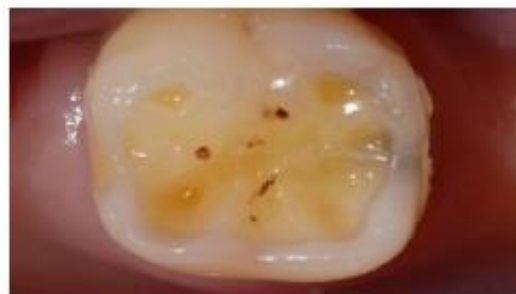


Figure 6. Érosion sur la face occlusale d'une molaire mandibulaire associée à des phénomènes de reflux acides



Figure 7. Atteinte érosive des pointes cuspidiennes causée par des vomissements répétés



Figure 8. Situation caractéristique d'un reflux gastro-œsophagien nocturne avec dissymétrie des figures d'érosion en relation avec une position latéralisée durant le sommeil. Patiente boulimique

TRAITEMENT

- Réaliser une classification par groupes thérapeutiques afin de mieux identifier et de mieux gérer la prise en charge clinique de ces patients.
- Cette classification permet en particulier de prendre en compte les complications associées et fréquentes que sont les troubles fonctionnels, la perte de dimension verticale de l'étage inférieur de la face et la nécessité de prendre en compte les aménagements parodontaux à mettre en œuvre pour un résultat à long terme.

Tableau 1. Classification par groupes thérapeutiques des pertes de substance étendues et orientations du schéma thérapeutique.

Catégorie	Perte de substance	Options thérapeutiques
Groupe 1	• Superficielles • amélares (couronne) • dentinaires (racine)	• Conseils et mesures prophylactiques • Restaurations contre-indiquées
Groupe 2	• Modérées et isolées • amélo-dentaires • Sans trouble fonctionnel	• Restaurations adhésives directes • Recouvrements radiculaires parodontaux

...

Catégorie	Perte de substance	Options thérapeutiques
Groupe 3	• Prononcées • intéressant un groupe de dents • sans trouble fonctionnel	• Restaurations adhésives unitaires directes et/ou indirectes • Aménagement parodontal souvent nécessaire
Groupe 4 4a et 4b	• Importantes et multiples • Dégradation des rapports d'articulé • Sans ADAM • Sans (4a) ou avec (4b) perte de DVO	• Rétablissement d'un schéma occlusal fonctionnel et équilibré • Restaurations directes et indirectes collées ; prothèse fixée • 4a : sans rehaussement de la DVO • 4b : avec rehaussement de la DVO
Groupe 5 5a et 5b	• Sévères et généralisées • Perte des rapports d'articulé • Troubles fonctionnels : ADAM • Sans (5a) ou avec (5b) perte de DVO	• Réhabilitation orale globale en deux phases : - Phase 1 : reconstruction par restaurations adhésives des deux arcades pour valider la fonction et l'esthétique - Phase 2 : reconstruction prothétique implanto et/ou dento-portée • 5a : sans rehaussement de la DVO • 5b : avec rehaussement de la DVO

Lasfargues JJ, Colon P. Odontologie conservatrice restauratrice. Tome 1. Une approche médicale globale. Paris: CdP; 2009.

Colon P, Lussi A. Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions. Br Dent J 2014;216(8):463-8.

PLAN DE SOINS DENTAIRES

- Il est recommandé de prendre en charge de façon non invasive les lésions initiales d'emblée, même en l'absence de contrôle des facteurs étiologiques (par ex. : recommander un dentifrice spécifique, appliquer une résine adhésive, etc.)
- Une *check-list* peut aider le chirurgien-dentiste à s'assurer que tous les paramètres ont été correctement évalués avant de décider des aspects plus « techniques » du plan de traitement.

Check-list du plan de soins dentaires

1	Examiner minutieusement toutes les dents des deux arcades en utilisant par exemple l'indice BEWE et en notant la localisation et l'étendue par secteur. En effet, les lésions érosives étendues ne sont jamais isolées. Une attaque acide importante ne peut se limiter à une seule dent. Il convient donc de ne décider du plan de traitement restaurateur qu'après analyse de l'ensemble des pertes de substance des deux arcades.
2	Identifier le mieux possible la demande des patients. Certains peuvent penser qu'il s'agit là d'une évidence et que tout clinicien procède de la sorte. Cependant, dans les situations qui nous intéressent, il peut s'agir d'une prise en charge essentiellement fonctionnelle mais la demande esthétique peut recouvrir des aspects liés au profil psychologique des patients avec recherche d'une perfection par définition inatteignable. Attention donc aux déceptions car l'attente peut être particulièrement importante. La participation active des patients à l'évaluation du projet esthétique est souvent indispensable.
3	Prendre en compte d'éventuels désordres fonctionnels et parafunctions associés aux pertes de substance constatées. Bruxisme, mastication, phonation, sensibilités, ADAM. Ces désordres fonctionnels peuvent être consécutifs aux pertes de substance observées, ou concomitants. Dans tous les cas cette prise en compte est indispensable pour éviter un échec thérapeutique.

Check-list du plan de soins dentaires

4	Les lésions multiples peuvent avoir été à l'origine d'une perte de dimension verticale ou d'égressions compensatrices si elles concernent des dents cuspidées. La dégradation des faces linguales du secteur incisivo-canin maxillaire associée à une atteinte plus ou moins importante du bord incisif du secteur incisivo-canin mandibulaire occasionne quant à elle un proglissement mandibulaire et une perte du guidage dans les mouvements de diduction. Bien souvent, perte de dimension verticale et égressions compensatrices sont associées. Évaluer quelle est la part de chaque processus et ainsi envisager comment dans ce contexte retrouver une anatomie dentaire fonctionnelle.
5	Le préjudice esthétique associé à ces lésions dans les zones antérieures implique une réflexion globale, parfois la recherche de documents photographiques antérieurs pouvant servir de référence. C'est une bonne opportunité pour impliquer les patients dans l'élaboration et la validation ultérieure du projet esthétique. Les réhabilitations complexes des secteurs antérieurs maxillaires et parfois mandibulaires imposent une organisation des séances de soins, parfois longues, avec gestion des étapes intermédiaires.
6	L'analyse des facteurs étiologiques et de la capacité de les supprimer ou tout du moins les réduire n'est pas toujours facile. Il importe alors d'anticiper lors du plan de traitement un schéma de réintervention possible lorsque la récurrence, inéluctable, surviendra.
7	Les lésions érosives font partie des lésions non carieuses à côté des phénomènes d'abrasion (en général usure provoquée par un brossage traumatique) et des phénomènes d'attrition (bruxisme le plus souvent). En présence de lésions érosives étendues, il est indispensable d'évaluer systématiquement la part de phénomènes d'abrasion et/ou d'attrition associés avant de construire le plan de traitement. En effet, même si le phénomène d'érosion est prépondérant, il est exceptionnel, en présence de lésions étendues, qu'il soit isolé.
8	Bien qu'il s'agisse de lésions érosives, le risque carieux doit être évalué. En effet, un certain nombre d'aliments acides comportent du sucre (sodas, jus de fruits, boissons alcoolisées) et par ailleurs, la suppression du régime alimentaire d'un certain nombre d'aliments acides, à notre initiative, peut occasionner un report vers des aliments sucrés.
9	Contacter et échanger afin de coordonner les soins avec les médecins impliqués dans les soins généralistes, gastro-entérologue en cas de reflux gastro-œsophagien, psychiatre en cas de trouble des conduites alimentaires actuel ou d'autres troubles psychiques. Les vomissements répétés entraînent une fuite du potassium qui peut engendrer des troubles du rythme cardiaque, ce qui impose quelques précautions lors des anesthésies avec vasoconstricteur.
10	La durée des traitements et les coûts doivent être évalués précisément. Il faut inclure des coûts de suivi accompagnés de réinterventions plus ou moins importantes en fonction du contrôle, possible ou non, des facteurs étiologiques.

Cette construction peut sembler complexe mais elle évite la survenue de difficultés infiniment plus complexes lors des séances de soins.

PLANIFICATION THÉRAPEUTIQUE

La construction de la démarche thérapeutique est une étape fondamentale de la prise en charge des lésions érosives étendues.

À partir de la *check-list* appréhender la planification thérapeutique :

- recueil des examens complémentaires tels que radiographies, moulages, analyse occlusale sur articulateur dans la position de référence choisie, examens fonctionnels, photos, bilans sanguins, etc. ;
- choix des matériaux et des techniques directes, indirectes, combinées ;
- organisation des étapes intermédiaires incluant si nécessaire temporisation et réévaluation ;
- validation du projet esthétique ;
- recueil d'un consentement particulièrement éclairé, ce qui nécessite parfois beaucoup d'explications (demande esthétique parfois irréalisable, évaluation des coûts) ;
- organisation des séances de soins en particulier en cas de modification de la relation intermaxillaire et/ou de la dimension verticale ;
- visite de contrôle à environ 1 mois pour vérifier les aspects fonctionnels et s'assurer de l'évolution des facteurs étiologiques.

ORIENTATION POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES

- Envisager en concertation l'orientation vers un médecin (médecin traitant ou un médecin du choix du patient) afin de confirmer le diagnostic et si besoin de mettre en place un projet de soins multidisciplinaire.
- Tenir compte des préférences du patient dans le cadre d'une décision médicale partagée.

RESSOURCES DISPONIBLES

- Annuaire des spécialistes (FFAB ; FNA-TCA)
- Ligne Anorexie-Boulimie Info écoute 0810 037 037



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 10. Fiche outil « Urgences et troubles du comportement alimentaire »



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Urgences et troubles du comportement alimentaire

Fiche outil 8

Juin 2019

Il existe trois grands types de troubles du comportement alimentaire (TCA) :

- l'**anorexie mentale** (poids bas ou en baisse) ;
- la **boulimie** (poids dans la norme ou parfois élevé) ;
- l'**hyperphagie boulimique** (poids élevé ou en hausse).

Quel que soit le type de TCA, on peut retrouver une restriction calorique et/ou des crises de boulimie (ou crises d'hyperphagie) et/ou des conduites purgatives (souvent vomissements et/ou prise de laxatifs ou plus rarement prise de diurétiques).

EXAMENS AUX URGENCES

Le passage aux urgences de tout patient souffrant de TCA justifie une double évaluation, médicale et psychiatrique.

- **Examen clinique complet**
 - Mesure des constantes (pouls, PA, température, glycémie capillaire).
 - Mesure du poids en sous-vêtements dans la mesure du possible, de la taille, calcul de l'IMC.
 - Recherche des fluctuations pondérales récentes.
 - Recherche d'œdèmes, d'escarres et de scarifications.
- **Examens paracliniques**
 - Électrocardiogramme.
 - NFS, plaquettes, natrémie, kaliémie, chlorémie, phosphorémie, créatininémie, réserve alcaline, transaminases (ASAT, ALAT), TP, glycémie.

■ Examen psychiatrique

- Évaluer le risque suicidaire¹.
- Rechercher les comorbidités et évaluer l'urgence : trouble dépressif, trouble obsessionnel compulsif, troubles anxieux, troubles de la personnalité, addictions.
- Rechercher un « état de mal boulimique » qui est une urgence (incapacité à poursuivre les activités habituelles du fait de la grande fréquence des crises).
- Rechercher les comportements sexuels à risques.
- Évaluer le contexte sociofamilial.

URGENCE SOMATIQUE : COMMENCER LE TRAITEMENT AUX URGENCES

■ Si IMC ≤ 12 , l'hospitalisation s'impose :

- repos au lit, réchauffement si hypothermie ;
- supplémentation initiale et systématique en micronutriments :
 - phosphore (per os ou IV),
 - polyvitamines + oligoéléments (per os ou IV).

■ Si ralentissement psychomoteur et/ou désordres hydro-électrolytiques :

- voie veineuse périphérique avec perfusion de sérum physiologique (à adapter en cas d'inflation hydrosodée importante) ;
- correction des anomalies hydro-électrolytiques.

■ Dans tous les cas ne JAMAIS apporter de soluté comportant du glucose par voie intraveineuse sauf hypoglycémie SYMPTOMATIQUE (et non simplement une glycémie basse, cf. infra)

- La réintroduction alimentaire se fait sur prescription médicale.
- Elle doit être progressive et fractionnée en 5 repas avec des apports de l'ordre de 15 à 20 kcal/kg/j les premiers jours. Les apports en micronutriments doivent être poursuivis.

■ Si prolongation du séjour aux urgences en cas de dénutrition sévère (IMC < 12) et/ou d'apports spontanés quasi nuls et/ou d'hypoglycémies symptomatiques

- Une nutrition entérale par sonde doit être débutée dans les 24 h (soluté isocalorique, isoprotidique 1ml = 1 kcal administré à débit continu, sur 24 h, par pompe, en commençant par 10 à 15 kcal/kg/j, environ 500 ml le premier jour).

■ Surveillance clinique et biologique régulière : conscience, PA, fréquence cardiaque, température, évolution des oedèmes, évaluation de la prise alimentaire et des apports hydriques.

■ Si vomissements répétés et/ou alcoolisme :

- dosage de la vitamine B1 ;
- complémentation sans attendre les résultats par voie intraveineuse 300 mg/j (3 ampoules de 100 mg de Béviténe).

■ La décision d'hospitalisation en urgence peut être posée, même en l'absence d'anomalie biologique, sur l'ensemble des critères somatiques et/ou psychiatriques et/ou sociofamiliaux et pas seulement sur un critère de poids².

1. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediатres-et-medecins-scolaires

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte – prise en charge en premier recours :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

2. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'HYPOPHOSPHORÉMIE

- En cas de dénutrition, une hypophosphorémie peut apparaître à l'initiation de la renutrition, nécessitant un traitement préventif et si besoin curatif.

Phosphorémie	Apports recommandés
0,6 à 1,2 mmol/l (normale)	0,5 mmol/kg/j <i>per os</i> soit environ 50 à 100 gouttes de Phosphoneuros®/j
0,3 à 0,6 mmol/l	9 mmol en IV sur 12 heures
< 0,3 mmol/l	18 mmol en IV sur 12 heures

- Une hypophosphorémie inférieure à 0,6 mmol/l impose l'arrêt temporaire de l'alimentation et la correction de la phosphorémie avant la reprise de la nutrition. Une fois la phosphorémie normalisée, la reprise de la nutrition se fera en poursuivant la supplémentation phosphorée à la dose de 0,5 mmol/kg/j *per os*.

TRAITEMENT DE L'HYPOGLYCÉMIE

- Une surveillance régulière de la glycémie capillaire est recommandée chez les patients dénutris ou en aphagie depuis plusieurs jours.
- Devant tout malaise hypoglycémique ou devant une hypoglycémie asymptomatique < 0,6 g/l :
 - privilégier le resucrage *per os* en présence du personnel ;
 - en cas d'impossibilité de resucrage *per os* (incapacité ou refus du patient, troubles de conscience), resucrage par voie entérale ;
 - si voie entérale impossible (et seulement dans ce cas), injecter 1 ampoule de G10 % en IV qui sera obligatoirement suivie de la mise en place d'une perfusion de type glucosé à 5 % pour éviter les rebonds d'hypoglycémie et par une surveillance horaire de la glycémie capillaire ;
 - le glucagon est non recommandé car non efficace dans les cas de dénutrition.

TRAITEMENT DE L'HYPOKALIÉMIE

- Les hypokaliémies au cours des TCA sont le plus souvent secondaires à des vomissements, plus rarement à la prise (parfois cachée) de laxatifs ou de diurétiques.
- Compte tenu du risque cardiaque, il est impératif d'instaurer en urgence un traitement de substitution des hypokaliémies.
- Dans tous les cas une substitution associée en magnésium est à envisager.
- Prise en charge ultérieure : préconiser une surveillance biologique et prescrire une substitution orale en potassium pour compenser les conséquences des vomissements, en attendant la mise en place d'une prise en charge spécialisée. Bien préciser de prendre le traitement à distance des vomissements.

TRAITEMENT D'UNE HYPONATRÉMIE

- La cause la plus fréquente de l'hyponatrémie au cours des TCA est une intoxication à l'eau sur une potomanie (excès de prise hydrique). Plus rarement l'hyponatrémie est due à une prise occulte de diurétiques, les autres causes d'hyponatrémie doivent cependant être éliminées.
- Il faut aussi éliminer l'hyponatrémie d'origine iatrogène chez les patients sous antidépresseurs (notamment les IRS).
- Dans tous les cas lorsque l'hyponatrémie est < 125 mmol/l la correction doit être lente, inférieure à 0,5 mEq/h ou 10 mEq/24 h afin d'éviter la survenue de myélinolyse centropontine.
- Si potomanie : restriction hydrique avec surveillance des zones d'accès à l'eau et autres boissons.
- Si prise de diurétiques : recommander l'arrêt des diurétiques.

URGENCE PSYCHIATRIQUE : CONDUITE À TENIR

- Une hospitalisation doit être envisagée en cas de :
 - tentative de suicide ;
 - risque suicidaire moyen ou élevé³ ;
 - comorbidité psychiatrique aiguë et sévère (trouble dépressif, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux, trouble de la personnalité, addictions, etc.) ;
 - état de mal boulimique.
- La décision du lieu et du moment de l'hospitalisation sera prise après concertation entre l'équipe médicale et l'équipe psychiatrique.

IL NE FAUT PAS... IL FAUT PENSER À...

- **NE PAS :**
 - séparer systématiquement le patient de son entourage ;
 - forcer le patient à s'alimenter ;
 - perfuser avec du sérum glucosé ;
 - prescrire de neuroleptiques ou d'antidépresseurs dans l'urgence sans avis spécialisé (risque vital en cas de dénutrition majeure ou de trouble métabolique).
- **PENSER À :**
 - toujours privilégier la voie entérale si la nutrition artificielle est indiquée (jamais de nutrition parentérale) ;
 - surveiller les hypoglycémies post-stimulatives après les apports en glucides ;
 - contacter les référents médicaux et psychiatriques au plus vite si un suivi est en place ;
 - prendre rapidement contact avec le médecin traitant et un service référent TCA régional pour un avis et la suite de la prise en charge si le patient n'est pas suivi pour son TCA (voir site FFAB pour l'annuaire des services TCA en fin de fiche).

3. Recommandations HAS : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

À LA SORTIE DES URGENCES VERS LE DOMICILE

- Alerter le patient et son entourage sur les risques des vomissements, de la prise de diurétiques et laxatifs, de l'excès de prise hydrique.
- Prescrire systématiquement du potassium si vomissements jusqu'à mise en place du suivi (à prendre à distance du vomissement, comme tout médicament).
- Prescrire une complémentation en phosphore, polyvitamines et oligoéléments en cas de dénutrition.
- Informer le médecin traitant : courrier à remettre au patient.
- Dans tous les cas, programmer une consultation ultérieure avec un médecin et/ou un psychiatre pour un suivi du TCA, et si possible avec une équipe spécialisée (annuaire FFAB).
- En cas de refus de soins, évaluer la nécessité de soins sous contrainte.

COMPLÉMENT D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS OU LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

- Documents d'information pour les patients et les familles et recommandations de bonne pratique pour les professionnels :
 - Anorexie mentale, prise en charge de l'anorexie. HAS 2010. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr
 - Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge. HAS 2019. www.has-sante.fr
- Numéro vert Anorexie-Boulimie Info écoute 0810 037 037 : permet aux professionnels et aux patients et à leur famille d'avoir une écoute ou une information précise par des professionnels ou des associations de patients
- Annuaire national des services TCA : site FFAB (ex-AFDAS-TCA) : www.ffab.fr



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019

Annexe 11. Numéros et sites ressource

Documents d'information pour les patients et les familles et Recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels : prise en charge de l'anorexie HAS 2010, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr

Recommandations Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge. HAS 2019.

Numéro vert Anorexie-Boulimie-Info-Ecoute **0810 037 037** : permet aux professionnels et aux patients et à leur famille d'avoir une écoute ou une information précise par des professionnels ou des associations de patients

Site FFAB ex AFDAS-TCA : www.anorexiéboulimie-afdas.fr/

FNA-TCA : [//fna-tca.org/](http://fna-tca.org/) : Fédération nationale des associations (et personnes physiques) liées aux conduites alimentaires

CNAO Obésité : cnao.fr : Collectif national des associations d'obèses

Association Autrement : <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/> : Anorexie mentale, boulimie, compulsions alimentaires et troubles du comportement alimentaire

Union des associations Solidarité Anorexie Boulimie : Port.: 06 68 63 31 40 ; E-mail : u.sab@laposte.net

Annexe 12. Études non retenues sur des médicaments psychotropes disponibles en France et testés dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique

Tableau 76. Résumé des études non retenues sur les molécules psychotropes disponibles en France ayant fait l'objet d'études dans le cadre de la prise en charge de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique

Etude	Molécule et dose	Design	Taille échantillon	Population	Critères de jugement	Résultats	Limitations	Conclusions
Farci <i>et al</i> , 2015	Disulfiram 250 mg / jour.	Étude ouverte Ttt pendant 16 semaines.	Douze patients.	Hyperphagie boulimique.	Nombre de crises de boulimie par semaine. Nombre de participants qui rapportent un effet secondaire.	Diminution significative des crises de boulimie de 7,9 / semaine jusqu'à 0,9 / semaine. Onze patients sur 12 rapportent un effet secondaire notable. Trois sorties d'étude suite aux effets secondaires.	Pas de groupe contrôle.	Compte tenu de la faible tolérance, pas de recommandation d'utilisation.
Guerdjikova <i>et al</i> , 2013	Zonisamide Dose moyenne de 420 mg / jour.	Étude ouverte pendant 12 semaines avec doses flexibles de zonisamide.	Douze patients.	Boulimiques.	Fréquence des crises de boulimie. Autres comportements en lien avec le TCA Poids.	La moitié des sujets ont fini l'étude. Chez les sujets qui ont mené l'étude à terme, diminution de la fréquence des crises ainsi que	Essai ouvert. Pas de groupe contrôle. Pas d'information sur les raisons de sortie d'étude.	Pas de recommandation d'utilisation possible à l'issue de cette étude.

						des comportements de purges, TOC et dépression.		
Brownley <i>et al</i> , 2013	Picolinate de chromium 1 000 mg / jour ou 600 mg / jour.	Étude pilote randomisée contrôlée vs placebo en double aveugle (trois groupes avec deux doses possibles).	Vingt-quatre participants.	Adultes hyperphagiques boulimiques	Fréquence des crises de boulimie. Psychopathologie associée : poids, symptomatologie dépressive, glycémie.	Diminution significative de la glycémie dans les groupes actifs vs placebo. Diminution non significative du poids, de la fréquence des crises et de la symptomatologie dépressive.	Faible puissance.	Nécessité d'une étude avec un effectif plus large avant de formuler une recommandation.
White <i>et al</i> , 2013	Bupropion 300 mg / jour vs placebo pendant 8 semaines.	Étude randomisée contrôlée en double aveugle.	Soixante-et-un patients.	Participants obèses avec une hyperphagie boulimique.	Fréquence des crises de boulimie. Pourcentage de perte d'IMC. Mesures en lien avec le TCA et le niveau de dépression.	Pas de différence significative entre placebo et bupropion, excepté la perte de poids (1,8 vs 0,8 % de perte de poids).	Étude à court terme. Possible manque de puissance.	L'étude n'a pas démontré l'intérêt du bupropion dans le traitement de l'hyperphagie boulimique.
Grilo <i>et al</i> , 2012	Fluoxétine vs TCC 60 mg / jour Ttt pendant 12 mois.	Essai randomisé contrôlé. Trois groupes : fluoxétine seule, fluoxétine + TCC, TCC +	Quatre vingts patients.	Participants obèses et hyperphagiques boulimiques.	Absence de crises de boulimie à l'EDEq à 6 et 12 mois. Psychopathologie des TCA, dépression et poids	À 6 et 12 mois : taux de rémission dans le groupe TCC + placebo > au groupe fluoxétine seule et pas différent du groupe	Centre hyperspécialisé dans les TCC de l'hyperphagie boulimique qui ne reflète pas le niveau en TCC d'un	TCC semble supérieure à la fluoxétine pour traiter les crises de boulimie. Pas d'intérêt à l'adjonction TCC + fluoxétine.

		placebo.				fluoxétine seule. Pas de perte de poids significative dans aucun des trois groupes.	médecin habituel.	Pas d'intérêt de ces deux traitements pour améliorer le poids.
Guerdjikova <i>et al</i> , 2013	N acetyl cystéine.	Étude ouverte pendant 12 semaines avec doses flexibles de N acetyl cystéine.	Huit patients.	Boulimiques.	Fréquence des crises de boulimie. Autres comportements en lien avec le TCA, Poids.	Six patients sur huit abandonnent l'étude. Pas d'amélioration sur les critères de jugements.		Pas d'intérêt à utiliser la N acétyl cystéine dans la boulimie.
Corwin <i>et al</i> , 2012	Baclofène. Doses flexibles et posologie maximale de 60 mg / jour.	Étude en schéma croisé en double aveugle vs placebo. Quarante huit jours dans un groupe puis 48 jours dans l'autre.	Douze participants.	Hyperphagie boulimique.	Fréquence des crises. Psychopathologie des TCA, dépression et poids.	Diminution significative des crises de boulimie dans le groupe baclofène. Augmentation significative des niveaux de dépression et des effets secondaires dans le groupe baclofène.	-	-
Calendra <i>et al</i> , 2012	Bupropion (150 mg / jour) vs sertraline (250 mg /	Étude rétrospective ?	Quinze patients	Hyperphagiques boulimiques.	Amélioration de la symptomatologie dépressive.	Amélioration significative des symptômes dépressifs avec les deux	Faible effectif. Étude rétrospective. Étude non randomisée.	La sertraline et le bupropion pourraient réduire les symptômes dépressifs chez

	jour) dans le tt de la dépression.				Psychopathologie des TCA, poids, et sexuelle.	molécules. Perte de poids plus importante et vie sexuelle plus satisfaisante sous bupropion.		des patients atteints d'hyperphagie boulimique avec une dépression comorbide.
McElroy <i>et al</i> , 2015	Armodafinil. Doses flexible entre 150 vs 250 mg / jour vs placebo Pendant 10 semaines.	Essai randomisée contrôlé en double aveugle.	Soixante participants.	Hyperphagiques boulimiques.	Nombres de jours avec crises de boulimie. Nombre de crises de boulimie, psychopathologie du TCA et du poids.	Pas de différence significative concernant le nombre de jours avec crises entre les deux groupes. Moins de crises de boulimie dans le groupe armodafinil. Moins d'obsessions alimentaires dans le groupe armodafinil comparativement au groupe placebo. Pas d'effet secondaire grave dans aucun des groupes.	Manque de puissance possible. Étude à court termes (10 semaines).	Pas de recommandation d'utilisation à l'heure actuelle.

Guerdjikova <i>et al</i> , 2012	Duloxétine. Doses flexible, dose moyenne de 80 mg / jour pendant 12 semaines.	Essai randomisé vs placebo en double aveugle.	Quarante participants.	Participants hyperphagiques boulimiques avec EDM actuel comorbide.	Fréquence des crises de boulimie hebdomadaire. Psychopathologie du TCA, poids et dépression.	Duloxétine > placebo pour : fréquence des crises, nombre de jours sans crise, dépression, poids.	Faible effectif. Court terme.	La duloxétine pourrait être efficace dans le ttt de l'hyperphagie boulimique chez des sujets avec une dépression comorbide. À confirmer avec des études complémentaires.
Mc Elroy <i>et al</i> , 2011	Acamprosate. Doses flexibles.	Essai randomisé contrôlé.	Quarante patients (20 dans chaque groupe).	Participants hyperphagiques boulimiques.	Fréquence des crises de boulimie.	En Intention de traiter, pas de différence significative vs placebo sur aucun des critères de jugement.		Pas d'intérêt de l'acamprosate dans le traitement de l'hyperphagie boulimique.
De Beaurepaire <i>et al</i> , 2015	Baclofène. Dos moyenne > 100 mg / jour.	Étude rétrospective. Suivi pendant 6 mois. Série de cas	Cinq participants.	Participants hyperphagiques boulimiques.	Symptomatologie alimentaire.	Amélioration signification des comportements alimentaires, du poids, et du craving alimentaire. Trois patients sur 5 ont eu des effets secondaires importants.	Étude rétrospective Pas de sélection des patients. Faible échantillon.	Cette étude ne permet aucune conclusion. Intérêt de recherches complémentaires, nécessité d'essais randomisés contrôlés.
Mc Elroy <i>et al</i> ., 2011	Oxybate de sodium. Dose	Étude ouverte pendant 16 semaines à	Douze participants.		Fréquence des crises de boulimie.	Dix participants ont fait au moins une évaluation	Etude ouverte Pas de groupe contrôle	Possible effet de l'oxybate de sodium mais

	moyenne 7,1 g / jour.	doses flexibles d'oxybate de sodium.			Nombre de jours sans crise. Psychopathologie relative aux TC, poids, dépression.	de suivi. Cinq participants ont mené l'étude à terme. Parmi les dix, amélioration significative de tous les critères de jugement. Parmi les cinq, tous étaient en rémission de leurs crises de boulimie.	Faible effectif Pas d'information sur la tolérance	nécessité d'essais randomisés contrôlés
--	-----------------------	--------------------------------------	--	--	---	---	---	---

Annexe 14. Tableaux

Liste des tableaux

Tableau 1. Grade des recommandations	2
Tableau 2. Catégorisation des affections regroupées sous le terme de troubles des conduites alimentaires (CIM10, DSM-IV-TR et évolution de la terminologie dans le DSM-5).....	10
Tableau 3. Critères DSM-IV-TR de la boulimie (<i>Bulimia Nervosa</i>)	12
Tableau 4. Critères DSM-5 de la boulimie (<i>bulimia nervosa</i>).....	13
Tableau 5. Intitulés CIM 10 de la boulimie	14
Tableau 6. Critères de recherche du DSM-IV-TR pour l'hyperphagie boulimique (« <i>Binge Eating Disorder</i> »)	15
Tableau 7. Critères DSM-5 Accès hyperphagiques (= <i>Binge Eating Disorder</i> = hyperphagie boulimique du DSM-IV)	15
Tableau 8. Critères DSM-IV-TR du trouble des conduites alimentaires, non spécifié (TCA-NS)	17
Tableau 9. Critères DSM-5 Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés.....	17
Tableau 10. Synthèse des recommandations internationales sur les populations à risque de boulimie nerveuse ou hyperphagie boulimique.....	25
Tableau 11. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques et de la boulimie nerveuse selon Kessler <i>et al.</i> , 2013 (78).....	28
Tableau 12. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques et de l'hyperphagie boulimique selon Kessler <i>et al.</i> , 2013 (78).....	28
Tableau 13. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques chez des adolescents en cas de boulimie nerveuse selon Swanson <i>et al.</i> , 2011 (25).....	29
Tableau 14. Comorbidité vie entière des troubles psychiatriques en cas d'hyperphagie boulimique selon Swanson <i>et al.</i> , 2011 (25).	30
Tableau 15. Comorbidités actuelles de l'axe I (DSM-IV) par type de troubles des conduites alimentaires selon Ulfvebrand <i>et al.</i> , 2015 (80)	30
Tableau 16. Prévalence des comorbidités addictives dans la cohorte « <i>Screening Twin Adults</i> » d'après Root <i>et al.</i> , 2010 (71)	33
Tableau 17. Synthèse des recommandations anglaises du NICE	33
Tableau 18. Revue des recommandations internationales sur les grands principes de la prise en charge de la boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique et des moyens thérapeutiques disponibles	41
Tableau 19. Synthèse des recommandations internationales sur la prise en charge de la famille du patient.	47
Tableau 20. Synthèse des recommandations internationales sur le repérage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique	48
Tableau 21. Présentation du SCOFF et de l'ESP (la traduction française de l'ESP est à titre indicatif – elle n'a pas été validée en français)	55
Tableau 22. Synthèse des recommandations internationales sur le bilan somatique initial	59
Tableau 1. Complications spécifiques des crises de boulimie et des vomissements d'après Godart <i>et al.</i>, 2009	62
Tableau 24. Synthèse des recommandations internationales sur l'accompagnement du patient et de sa famille et le développement de l'alliance thérapeutique.....	68
Tableau 25. Synthèse des recommandations internationales sur la place de l'entretien motivationnel	69
Tableau 26. Synthèse des revues systématiques sur l'entretien motivationnel.....	70
Tableau 27. Essai randomisé contrôlé postérieur aux revues systématiques sur l'entretien motivationnel.....	72
Tableau 28. Synthèse des recommandations internationales sur l'organisation de la prise en charge	75
Tableau 29. Synthèse des recommandations internationales sur les critères d'orientation	77

Tableau 30. Recommandations internationales sur la prise en charge des troubles des conduites alimentaires chroniques	77
Tableau 31. Synthèse des recommandations internationales sur les outils d'auto-support (<i>self-help</i>)	81
Tableau 32. Synthèse des données de la littérature internationale sur les outils d'auto-support (<i>self-help</i>): revue systématique.....	86
Tableau 33. Synthèse des recommandations internationales sur les TCC	93
Tableau 34. Évaluation de l'efficacité de la TCC individuelle : revues et méta-analyses	97
Tableau 35. Évaluation des TCC de groupe dans la boulimie : revue systématique et méta-analyse	99
Tableau 36. Synthèse des recommandations internationales sur les thérapies comportementales dialectiques	102
Tableau 37. Synthèse des essais contrôlés randomisés sur la thérapie comportementale dialectique	104
Tableau 38. Synthèse des données de la littérature sur l'intérêt de la méditation de la pleine conscience dans l'hyperphagie boulimique	107
Tableau 39. Synthèse des recommandations internationales sur la place des thérapies psychanalytiques	110
Tableau 40. Données de la littérature sur l'intérêt de la psychanalyse : essai randomisé contrôlé.....	114
Tableau 41. Synthèse des recommandations internationales sur les thérapies interpersonnelles	116
Tableau 42. Méta-analyses portant sur l'efficacité de la thérapie interpersonnelle dans la boulimie	119
Tableau 43. Évaluation de l'intérêt de la thérapie interpersonnelle dans l'hyperphagie boulimique : essais randomisés contrôlés	122
Tableau 44. Synthèse des recommandations internationales sur les thérapies familiales	128
Tableau 45. Synthèse des données de la littérature sur les thérapies familiales	131
Tableau 46. Synthèse des recommandations internationales présentant les principes généraux de la prescription des traitements psychotropes dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique.....	137
Tableau 47. Synthèse des recommandations internationales sur les Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)	141
Tableau 48. Synthèse des recommandations internationales sur le topiramate.....	145
Tableau 49. Synthèse des recommandations internationales présentant les autres traitements psychotropes étudiés dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique	147
Tableau 50. Synthèse des données de la littérature sur les traitements pharmacologiques dans la boulimie : revue et méta-analyse.....	151
Tableau 51. Synthèse des données de la littérature sur les traitements pharmacologiques dans la boulimie : essais randomisés contrôlés sur le long terme.....	154
Tableau 52. Synthèse des données de la littérature sur les traitements pharmacologiques dans la l'hyperphagie boulimique : revues et méta-analyses	155
Tableau 53. Essai randomisé contrôlé sur l'utilisation de la rTMS dans la boulimie.....	161
Tableau 54. Revue de la littérature sur les autres approches non médicamenteuses dans la boulimie / l'hyperphagie boulimique	164
Tableau 55. Synthèse des recommandations internationales sur les complications somatiques de la boulimie et / ou de l'hyperphagie boulimique	169
Tableau 56. Synthèse des données de la littérature sur les complications somatiques de la boulimie et / ou de l'hyperphagie boulimique	174
Tableau 57. Recommandations internationales sur la prise en charge des complications somatiques des conduites de purge	176
Tableau 58. Recommandations internationales sur la prise en charge des complications somatiques des conduites de purge	180
Tableau 59. Synthèse des méta-analyses sur les complications osseuses des troubles des conduites alimentaires	184
Tableau 60. Recommandations internationales sur la prise en charge des complications osseuses	188
Tableau 61. Synthèse des données de la littérature sur les complications gastro-entérologiques autres que celles liées aux conduites de purge.....	190

Tableau 62. Synthèse des recommandations internationales sur les complications métaboliques et le risque cardio-vasculaire liés à la surcharge pondérale	194
Tableau 63. Synthèse des recommandations internationales évoquant la gynécologie-obstétrique chez des patients souffrant de boulimie, hyperphagie boulimique ou troubles des conduites alimentaires au sens large	205
Tableau 64. La méta-analyse de Young et al, 2013 sur DT1 et troubles des conduites alimentaires	208
Tableau 65. Revue de la littérature sur DT1 et troubles des conduites alimentaires	210
Tableau 66. Cas clinique sur DT1 et troubles des conduites alimentaires	212
Tableau 67. Recommandations de bonne pratique : synthèse des conclusions des recommandations internationales – DT	213
Tableau 68. Données de la littérature sur la place de la nutrition entérale dans le sevrage boulimique	218
Tableau 69. Synthèse des conclusions des recommandations internationales sur les complications dentaires de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique	223
Tableau 70. Indice BEWE (<i>Basic Erosive Wear Examination</i>) (369) pour la mesure du stade d'évolution des pertes de substance dentaires	231
Tableau 71. Attitude recommandée selon le score BEWE	232
Tableau 72. Classification par groupes thérapeutiques des pertes de substances étendues et orientations du schéma thérapeutique (350)	233
Tableau 2. Check-list d'évaluation afin de décider des aspects plus techniques du plan de traitement.	237
Tableau 74. Synthèse des recommandations internationales sur la surveillance clinique et biologique	239
Tableau 75. Stratégie de recherche initiale dans la base de données Medline	258
Tableau 76. Résumé des études non retenues sur les molécules psychotropes disponibles en France ayant fait l'objet d'études dans le cadre de la prise en charge de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique	303

Références

1. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
2. Organisation mondiale de la santé. CIM 10- Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportements : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève: OMS; 1993.
3. American Psychiatric Association, Guelfi JD. Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques. Paris: Masson; 2010.
4. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2015.
<https://docs.google.com/file/d/0BwD-YtZFWfxMbWs2UC1WdWJzZTQ/edit?pli=1>
5. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27(6):426-30.
6. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry* 2015;15:45.
7. Woodside DB, Garner DM, Rockert W, Garfinkel PE. Eating disorders in males insights form a clinical and psychometric compararison with female patients. Dans: Anderson AE, ed. Males with eating disorders. New-York; London: Brunner-Routledge; 1990. p. 100-15.
8. Jones DC, Crawford JK. Adolescent boys and body image: weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *J Youth Adolesc* 2005;34:629-36.
9. Carlat DJ, Camargo CA., Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1127-32.
10. Chambry J. Anoréxie du garçon, une clinique spécifique ? . *Eur Psychiatr* 2015;30(Suppl 8):97.
11. Bueno B, Krug I, Bulik CM, Jimenez-Murcia S, Granero R, Thornton L, *et al.* Late onset eating disorders in Spain: clinical characteristics and therapeutic implications. *J Clin Psychol* 2014;70(1):1-17.
12. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(6):543-8.
13. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):340-5.
14. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):383-96.
15. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(4):389-94.
16. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
17. Mustelin L, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *Int J Eat Disord* 2015;48(8):1106-12.
18. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1990;147(4):401-8.
19. Davis C. The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectr* 2015;20(6):522-9.
20. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):406-14.
21. Field AE, Sonneville KR, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Laird NM, *et al.* Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics* 2012;130(2):e289-95.
22. Ledoux S, Choquet M. Les 11-20 ans et leur santé. 1. Les troubles des conduites alimentaires. Résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le Sud-Haute-Marne. Paris: La Documentation Française; 1991.
23. Jeammet P, Flament MF. La boulimie : réalités et perspectives. Paris: Masson; 2000.
24. Chisuwa N, O'Dea JA. Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite* 2010;54(1):5-15.
25. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
26. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014;47(6):610-9.
27. Cornaz S, Santos-Eggimann B, Spagnoli J. Système Sentinella : adiposité et troubles du

comportement alimentaire chez les 2 à 20 ans. *Raison Santé* 2010;169.

28. Basdevant A, Pouillon M, Lahlou N, Le Barzic M, Brillant M, Guy-Grand B. Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord* 1995;18(4):309-15.

29. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2016;18(3).

30. Algars M, Huang L, Von Holle AF, Peat CM, Thornton LM, Lichtenstein P, *et al.* Binge eating and menstrual dysfunction. *J Psychosom Res* 2014;76(1):19-22.

31. Flament MF. Épidémiologie des troubles des conduits alimentaires. Dans: Rouillon F, Lépine JP, Terra JL, ed. *Epidémiologie Psychiatrique*. Paris: Ellipse ; 1995. p. 211-30.

32. Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull* 2009;135(3):407-33.

33. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, *et al.* Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2009;39(5):823-31.

34. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Hofler M, Lieb R, *et al.* Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(8):903-18.

35. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *J Psychiatr Res* 2015;65:16-22.

36. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006;39(7):565-9.

37. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2006;189:562-3.

38. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005;186:132-5.

39. Podfigurna-Stopa A, Czyzyk A, Katulski K, Smolarczyk R, Grymowicz M, Maciejewska-Jeske M, *et al.* Eating disorders in older women. *Maturitas* 2015;82(2):146-52.

40. Hudson JL, Lalonde JK, Berry JM, Pindyck LJ, Bulik CM, Crow SJ, *et al.* Binge-eating disorder as a distinct

familial phenotype in obese individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):313-9.

41. Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1331-41.

42. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573-8.

43. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(11):704-7.

44. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahirani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):245-50.

45. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, *et al.* Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):732-40.

46. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahirani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S67-71.

47. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, *et al.* Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res* 2014;220(1-2):500-6.

48. Wade TD, Bergin JL, Martin NG, Gillespie NA, Fairburn CG. A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(7):510-7.

49. Guelfi JD, Rouillon F. *Etiopathologie*. Dans: Manuel de Psychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 2017.

50. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. London: NICE; 2017.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

51. Hämmerli K, Wyssen A, Dremmel D, Milos G, Isenschmid B, Trier S, *et al.* Recommandations relatives au diagnostic et au traitement des troubles alimentaires: un commentaire. *Forum Med Suisse* 2013;13(43):868-72.

52. Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, Ministry of Health and Consumer Affairs. Clinical practice guideline for eating disorders. Clinical practice guidelines in the NHS. Barcelona: Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research; 2009.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Eat_Disorders_compl_en.pdf

53. American Psychiatric Association, Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, *et al.* Practice

guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. Arlington: APA; 2010.

http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf

54. Hubin-Gayte M. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *Information Psychiatrique* 2008;84(8):725-31.

55. Gale CJ, Cluett ER, Laver-Bradbury C. A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Issues Comprehensive Pediatr Nurs* 2013;36(1-2):48-69.

56. Godfrey K, Rhodes P, Hunt C. The relationship between family mealtime interactions and eating disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Aust N Z J Fam Ther* 2013;34(1):54-74.

57. Jeannot M. Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Perspect Psy* 2007;46(4):354-61.

58. Kondo DG, Sokol MS. Eating disorders in primary care. A guide to identification and treatment. *Postgrad Med* 2006;119(3):59-65.

59. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia and binge eating disorder: Systematic review and metanalysis. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2006;28(3):265-75.

60. Oluyori T. A systematic review of qualitative studies on shame, guilt and eating disorders. *Couns Psychol Rev* 2013;28(4):47-59.

61. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet P, *et al.* Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord* 2007;97(1-3):37-49.

62. Valls M, Callahan S, Rousseau A, Chabrol H. Troubles du comportement alimentaire et symptomatologie dépressive : étude épidémiologique chez les jeunes hommes. *Encéphale* 2014;40(3):223-30.

63. Alvarez Ruiz EM, Gutierrez-Rojas L. Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2015;8(4):232-41.

64. Araujo DM, Santos GF, Nardi AE. Binge eating disorder and depression: a systematic review. *World J Biol Psychiatry* 2010;11(2 Pt 2):199-207.

65. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord* 2002;32(3):253-70.

66. Rosenbaum DL, White KS. The Role of Anxiety in Binge Eating Behavior: A Critical Examination of Theory and Empirical Literature. *Health Psychol Res* 2013;1(2):e19.

67. Martinussen M, Friborg O, Schmierer P, Kaiser S, Overgard KT, Neunhoffer AL, *et al.* The comorbidity of

personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2017;22(2):201-9.

68. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(4):409-21.

69. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6):769-82.

70. Levin RL, Rawana JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2016;50:22-36.

71. Root TL, Pisetsky EM, Thornton L, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychol Med* 2010;40(1):105-15.

72. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *Encéphale* 2008;34(5):452-8.

73. Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, *et al.* Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(1):15-9.

74. Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(3):527-43, viii-ix.

75. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000;5(2):52-61.

76. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154(3):313-21.

77. Vrabel KR, Ro O, Martinsen EW, Hoffart A, Rosenvinge JH. Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010;43(1):22-8.

78. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, *et al.* The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013;73(9):904-14.

79. Welch E, Jangmo A, Thornton LM, Norring C, von Hausswolff-Juhlin Y, Herman BK, *et al.* Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry* 2016;16:163.

80. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Hogdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a

large clinical database. *Psychiatry Res* 2015;230(2):294-9.

81. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug I. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *Int J Eat Disord* 2016;49(5):439-54.

82. Amianto F, Lavagnino L, Leombruni P, Gastaldi F, Daga GA, Fassino S. Hypomania across the binge eating spectrum. A study on hypomanic symptoms in full criteria and sub-threshold binge eating subjects. *J Affect Disord* 2011;133(3):580-3.

83. Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Kodama Y, van Vliet I. Using the mood disorder questionnaire and bipolar spectrum diagnostic scale to detect bipolar disorder and borderline personality disorder among eating disorder patients. *BMC Psychiatry* 2013;13:69.

84. Bornstein RF. A meta-analysis of the dependency eating disorder relationship: strength, specificity and temporal stability. *J Psychopathol Behav* 2001;23:151-62.

85. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25(7):895-916.

86. Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disord* 2005;13(1):7-21.

87. Sunday SR, Peterson CB, Andreyka K, Crow SJ, Mitchell JE, Halmi KA. Differences in DSM-III-R and DSM-IV diagnoses in eating disorder patients. *Compr Psychiatry* 2001;42(6):448-55.

88. Gazzillo F, Lingardi V, Peloso A, Giordani S, Vesco S, Zanna V, *et al.* Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Compr Psychiatry* 2013;54(6):702-12.

89. Bruce KR, Steiger H. Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *Eat Disord* 2005;13(1):93-108.

90. Campbell M. Drop-out from treatment for the eating disorders: a problem for clinicians and researchers. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(4):239-42.

91. Pham-Scottez A, Huas C, Perez-Diaz F, Nordon C, Divac S, Dardennes R, *et al.* Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment?: the role of personality factors. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(9):807-13.

92. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006;68(3):454-62.

93. Seeman MV. Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses. *World J Psychiatry* 2014;4(4):112-9.

94. Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm FA, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men:

a national study of hospitalized veterans. *Int J Eat Disord* 1999;25(4):399-404.

95. Bou Khalil R, Hachem D, Richa S. Eating disorders and schizophrenia in male patients: a review. *Eat Weight Disord* 2011;16(3):e150-6.

96. Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Runfola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C, *et al.* Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden. *JAMA Psychiatry* 2016;73(3):284-91.

97. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Comorbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994;16(1):1-34.

98. Adams TB, Araas TE. Purging and alcohol-related effects in college women. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):240-4.

99. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, *et al.* Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2004;65(7):1000-6.

100. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE, Jr., Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord* 2005;86(2-3):107-27.

101. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loas G. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. *Schizophr Res Treatment* 2014;2014:791573.

102. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2016;49(12):1045-57.

103. Cortese S, Angriman M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and obesity: moving to the next research generation. *Pediatrics* 2008;122(5):1155; author reply -6.

104. Reinblatt SP, Mahone EM, Tanofsky-Kraff M, Lee-Winn AE, Yenokyan G, Leoutsakos JM, *et al.* Pediatric loss of control eating syndrome: Association with attention-deficit/hyperactivity disorder and impulsivity. *Int J Eat Disord* 2015;48(6):580-8.

105. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa - medical complications. *J Eat Disord* 2015;3:12.

106. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Am J Med* 2016;129(1):30-7.

107. Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):225-42.

108. Micali N, Solmi F, Horton NJ, Crosby RD, Eddy KT, Calzo JP, *et al.* Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-risk behaviors and weight

outcomes in young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(8):652-9 e1.

109. Sheehan DV, Herman BK. The psychological and medical factors associated with untreated binge eating disorder. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015;17(2).

110. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(6):545-52.

111. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):724-31.

112. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124(1):6-17.

113. Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire, Fédération nationale d'association. Les troubles des conduites alimentaires : un problème de santé publique. Livre blanc des professionnels (AFDAS-TCA) et des usagers (FNA-TCA) confrontés aux troubles des conduites alimentaires. Saint Etienne: AFAB; 2013.

<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/images/livreblanc-tca.pdf>

114. Association française des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire, Fédération nationale des associations d'aide aux troubles du comportement alimentaire. Anorexie mentale et boulimie et si on arrêta le gâchis ? Coût individuel, familial, économique et social des troubles du comportement alimentaire. Colloque interdisciplinaire organisé par l'AFDAS - TCA et la FNA - TCA, le 6 février 2015, au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [En ligne] 2015.

<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/images/pdf/6fevrier2015actes2.pdf>

115. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, et al. Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(11):977-1008.

116. Dutch knowledge centre for child and adolescent psychiatry - Professionals [En ligne] 2019. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/>

117. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(40):678-85.

118. NHS Quality Improvement Scotland. Eating disorders in Scotland. Recommendations for management and treatment. Glasgow; Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2006.

119. American Psychiatric Association. Treating eating disorders. A quick reference guide. Arlington: APA; 2006.

http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/site-wide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-guide.pdf

120. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE clinical guideline 9. Manchester: NICE; 2004.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg9/resources/guidance-eating-disorders-pdf>

121. Leavell H, VClark E. Preventive medicine for the doctor in his community an epidemiologic approach New York: Mc Graw-Hill; 1958.

122. Cadwallader JS, Godart N, Chastang J, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. *Eat Weight Disord* 2016;21(3):365-81.

123. Scheff TJ. Labelling madness. London: Prentice-Hall; 1975.

124. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):412-25.

125. Calvagnac H, Alary E. Quelles sont les interactions entre les différents acteurs de santé (patients et professionnels) dans la prise en charge des patients de 12 à 25 ans atteints de troubles des conduites alimentaires en Indre et Loire ? Thèse de médecine Tours: Université de tours; 2015.

126. Boustani-Gaillard S. Quelle est la place du médecin généraliste dans le repérage et le parcours de soin des adolescents atteints de troubles des conduites alimentaires en soins secondaires en Indre et Loire ? [Médecine]. Tours: Université François-Rabelais; 2013.

127. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmulker G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):1025-30.

128. Grigioni S, Garcia FD, Déchelotte P. Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire: Eating disorders: Semiology and classification. *Méd Mal Métab* 2012;6(2):125-30.

129. Kjelsas E, Augestad LB, Flanders D. Screening of males with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2003;8(4):304-10.

130. van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* 2010;43(2):130-8.

131. Treille de Grandsaigne A. Quel instrument pour repérer les troubles des conduites alimentaires en soins primaires : analyse d'une revue systématique de la littérature [Thèse de médecine]. Tour: Université François Rabelais; In press.
132. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, *et al.* Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord* 2002;32(4):466-72.
133. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9(2):273-9.
134. Garner DM. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *J Eating Disorders* 1983;2(2):15-34.
135. Milos G, Spindler A, Schnyder U. Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry* 2004;49(3):179-84.
136. Vandereycken W. Validity and reliability of the Anorectic behavior observation scale for parents. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1992;85(2):163-6.
137. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319(7223):1467-8.
138. Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med* 2003;18(1):53-6.
139. Black DR, Larkin LJ, Coster DC, Leverenz LJ, Abood DA. Physiologic screening test for eating disorders/disordered eating among female collegiate athletes. *J Athl Train* 2003;38(4):286-97.
140. Nagel DL, Black DR, Leverenz LJ, Coster DC. Evaluation of a screening test for female college athletes with eating disorders and disordered eating. *J Athl Train* 2000;35(4):431-40.
141. McNulty KY, Adams CH, Anderson JM, Affenito SG. Development and validation of a screening tool to identify eating disorders in female athletes. *J Am Diet Assoc* 2001;101(8):886-92; quiz 93-4.
142. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the french version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry* 2010;11(7):888-93.
143. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord* 2010;43(4):344-51.
144. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther* 2004;42(5):551-67.
145. Haines J, Ziyadeh NJ, Franko DL, McDonald J, Mond JM, Austin SB. Screening high school students for eating disorders: validity of brief behavioral and attitudinal measures. *J Sch Health* 2011;81(9):530-5.
146. Keski-Rahkonen A, Sihvola E, Raevuori A, Kaukoranta J, Bulik CM, Hoek HW, *et al.* Reliability of self-reported eating disorders: Optimizing population screening. *Int J Eat Disord* 2006;39(8):754-62.
147. Jacobi C, Abascal L, Taylor CB. Screening for eating disorders and high-risk behavior: caution. *Int J Eat Disord* 2004;36(3):280-95.
148. Ghadirian AM, Engelsmann F, Lechner P, Marshall M. Prevalence of psychosomatic and other medical illnesses in anorexic and bulimic patients. *Behav Neurol* 1993;6(3):123-7.
149. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;22(1):89-93.
150. Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D, Schellevis FG, Van Furth EF. Eating disorders in the general practice: a case-control study on the utilization of primary care. *Eur Eat Disord Rev* 2012;20(5):410-3.
151. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):810-8.
152. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000;15(8):577-90.
153. Yeo M, Hughes E. Eating disorders - early identification in general practice. *Aust Fam Physician* 2011;40(3):108-11.
154. Azzam Calvagnac H. Quelles sont les interactions entre les différents acteurs de santé (patients et professionnels) dans la prise en charge des patients de 12 à 25 ans atteints de troubles des conduites alimentaires en Indre et Loire Tour: Université François Rabelais; 2015.
155. Meilleur D. Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans : où en sommes-nous ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(6):419-28.
156. Knightsmith P, Treasure J, Schmidt U. Spotting and supporting eating disorders in school: recommendations from school staff. *Health Educ Res* 2013;28(6):1004-13.
157. NHS Quality Improvement Scotland. Eating disorders in Scotland. A patient's guide. Glasgow; Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2007.

158. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_enfant_adolescent.pdf
159. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte Synthèse des recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite - prise en charge chirurgicale chez ladulte - synthese des recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf)
160. Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)* 2011;48(1):98-102.
161. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement. Paris: InterEditions; 2013.
162. Dray J, Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clin Psychol Rev* 2012;32(6):558-65.
163. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
164. Brauhardt A, de Zwaan M, Hilbert A. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord* 2014;47(6):565-84.
165. Rogers CR. The characteristics of a helping relationship. Dans: Rogers CR, ed. *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston (MA): Houghton Mifflin; 1961.
166. Compagnon L, Bailer P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, *et al.* Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:148-55.
167. Freud S. Le début du traitement Dans: De la technique psychanalytique. Paris: PUF; 1970.
168. Despland JN, De Roten Y, Martinez E, Plancherel AC, Solai S. L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Médecine Hygiène* 2000;58:1877-80.
169. Cungi C. L'alliance thérapeutique. Paris: Retz; 2006.
170. Rogers C. *Client-centered therapy : Its current practice, implications and theory*. Boston: Hoghton Mifflin ; 1951.
171. Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. *Eat Disord* 2010;18(1):1-9.
172. Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders, how involved are GPs? . *Psych Med* 2006;23:96-9.
173. Médina P, Bonnigal A. Perceptions par les médecins généralistes de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires [Médecine]. Tours2013.
174. Kalami Y. Les perceptions du rôle du médecin généraliste par les patients atteints de troubles des conduites alimentaires : une étude qualitative phénoménologique [thèse] Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
175. Evans EJ, Hay PJ, Mond J, Paxton SJ, Quirk F, Rodgers B, *et al.* Barriers to help-seeking in young women with eating disorders: a qualitative exploration in a longitudinal community survey. *Eat Disord* 2011;19(3):270-85.
176. Perkins S, Winn S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *Int J Eat Disord* 2004;36(3):256-68.
177. Winn S, Perkins S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *Int J Eat Disord* 2004;36(3):269-79.
178. American Psychiatric Association, Yager J, Devlin M, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, *et al.* Guideline watch (august 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. Arlington: APA; 2012.
http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf
179. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;38:1-12.
180. Knowles L, Anokhina A, Serpell L. Motivational interventions in the eating disorders: what is the evidence? *Int J Eat Disord* 2013;46(2):97-107.
181. Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Res* 2012;200(1):1-11.
182. Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clin Psychol Rev* 2004;24(3):361-78.

183. Vella-Zarb RA, Mills JS, Westra HA, Carter JC, Keating L. A Randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating. *Int J Eat Disord* 2015;48(3):328-32.
184. Wu SS, Schoenfelder E, Hsiao RC. Cognitive behavioral therapy and motivational enhancement therapy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016;25(4):629-43.
185. Schaefer MR, Kavookjian J. The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2017;100(12):2190-9.
186. Jiang S, Wu L, Gao X. Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addict Behav* 2017;73:216-35.
187. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;7:CD007025.
188. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2009;4:CD000562.
189. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(1):94-101.
190. Thackwray DE, Smith MC, Bodfish JW, Meyers AW. A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(4):639-45.
191. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, *et al.* Binge-eating disorder in adults. A systematic review and meta-analysis *Ann Intern Med* 2016;N/A(N/A):N/A-N/A.
192. Polnay A, James VA, Hodges L, Murray GD, Munro C, Lawrie SM. Group therapy for people with bulimia nervosa: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2014;44(11):2241-54.
193. Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M, Woolson SL, Hamer RM, Bulik CM. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(3):175-84.
194. Telch CF, Agras WS, Rossiter EM, Wilfley D, Kenardy J. Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: an initial evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(5):629-35.
195. Penas-Lledo E, Agüera Z, Sanchez I, Gunnard K, Jimenez-Murcia S, Fernandez-Aranda F. Differences in cognitive behavioral therapy dropout rates between bulimia nervosa subtypes based on drive for thinness and depression. *Psychother Psychosom* 2013;82(2):125-6.
196. Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, Satir DA, Richards LK, Pratt EM, *et al.* Focused vs Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *The International journal of eating disorders* 2016;49(1):36-49.
197. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, *et al.* Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry* 2015;72(5):475-82.
198. McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135(2):138-48.
199. Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord* 2008;41(6):505-12.
200. Kroger C, Vonau M, Kliem S, Kosfelder J. Screening-instrument für die borderline-personlichkeitsstörung. Diagnostische effizienz der deutschen version des mclean screening instrument for borderline personality disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010;60(9-10):391-6.
201. Fischer S, Peterson C. Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: a pilot study. *Psychotherapy* 2015;52(1):78-92.
202. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010;41(1):106-20.
203. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):1061-5.
204. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soundy A, Adamkova M, Skjaerven LH, *et al.* A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil* 2014;36(8):628-34.
205. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav* 2014;15(2):197-204.
206. Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med* 2015;38(2):348-62.

207. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, *et al.* A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2014;171(1):109-16.
208. Leichsenring F, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother* 2007;80(Pt 2):217-28.
209. Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1986;24(6):629-43.
210. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(4):304-12.
211. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):37-46.
212. Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8(2):115-28.
213. Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, *et al.* Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997;154(4):523-31.
214. Lunn S, Poulsen S. Psychoanalytic psychotherapy for bulimia nervosa : a manualized approach. *Psychoanalytic Psychother* 2012;26(1):48-64.
215. Brusset B. Introduction générale. Dans: Brusset B, Couvreur C, ed. *La Boulimie*. Paris: PUF; 1991. p. 7-12.
216. Mac Dougall J. *Théâtres du corps*. Paris: Gallimard - Collection Connaissance de l'inconscient; 1989.
217. Igoin L. *La boulimie et son infortune*. Paris: PUF - Collection : Voix nouvelles en psychanalyse; 1979.
218. Celerier MC. *Corps et fantasme (pathologie du psychosomatique)*. Paris: Dunod; 1989.
219. Corcos M. *Le corps insoumis : psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod - Collection Psychisme; 2005.
220. Couvreur C. Sources historiques et perspectives contemporaines. Dans: Brusset B, Couvreur C, Fine A, ed. *La Boulimie*. Paris: PUF; 1991. p. 13-46.
221. Jeammet P. Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. Dans: Brusset B, Couvreur C, ed. *La Boulimie*. Paris: PUF; 1991. p. 81-104.
222. Winnicott DW. La crainte de l'effondrement. Dans: *La nouvelle revue française de psychanalyse*. Paris: Gallimard; 1974. p. 35-44.
223. Kestemberg E. *La faim et le corps*. Paris: PUF - Collection : Fil rouge; 1972.
224. Sanchez-Cardenas M. *Le comportement boulimique*. Paris: Masson - Collection Médecine et psychothérapie; 1991.
225. Venisse JL. Préface. Dans: Vincent TH, ed. *La boulimie, une indication pour se perdre*. Paris: Erès; 2008.
226. Combe C. *Comprendre et soigner la boulimie*. Paris: Dunod - Collection : Psychothérapies; 2004.
227. Ivancovsky H. Approche analytique. Dans: Flament M, Jeammet P, ed. *La boulimie : réalités et perspectives*. Paris: Masson; 2000. p. 279-82.
228. Ballandras B, Birot E, Igoin L, Lauret C, Lippe D. La place du cadre au cours de la psychothérapie psychanalytique de patientes présentant des conduites boulimiques. Dans: Flament M, Jeammet P, ed. *La boulimie : réalités et perspectives*. Paris: Masson; 2000.
229. Dodin V. *Anorexie, boulimie : en fait de conte ...* Paris: Desclée de Brouwer; 2017.
230. Vincent T. Le psychodrame. Dans: Vincent TH, ed. *La boulimie, une indication pour se perdre*. Paris: Erès - Collection Hypothèses; 2008. p. 69-82.
231. Jeammet P. Thérapeutiques psychanalytiques des troubles des conduites alimentaires. Dans: Samuel-Lajeunesse B, Foulon C, ed. *Les conduites ligamentaires*. Paris: Masson; 1994. p. 222-31.
232. Bapt N, Flament M, Remy B, Venisse JL. Traitements reçus par les patientes du réseau pendant la première année de suivi. Dans: Flament M, Jeammet P, ed. *La boulimie : réalités et perspectives*. Paris: Masson; 2000.
233. Tasca GA, Balfour L, Presniak MD, Bissada H. Outcomes of specific interpersonal problems for binge eating disorder: comparing group psychodynamic interpersonal psychotherapy and group cognitive behavioral therapy. *Int J Group Psychother* 2012;62(2):197-218.
234. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2016;173(7):680-7.
235. Hay PJ, Claudino AM. Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid* 2010;2010.
236. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, *et al.* A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(8):713-21.

237. Cook Darzens S. Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent : acquis, défis et nouvelles perspectives. *Ther Fam* 2013;34(1):39-67.
238. Jewell T, Blessitt E, Stewart C, Simic M, Eisler I. Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Fam Process* 2016;55(3):577-94.
239. le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(9):1049-56.
240. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, *et al.* A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(4):591-8.
241. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(11):886-94 e2.
242. Anderson LK, Murray SB, Ramirez AL, Rockwell R, Le Grange D, Kaye WH. The integration of family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: Philosophical and practical considerations. *Eat Disord* 2015;23(4):325-35.
243. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Comparative effectiveness review surveillance program. Rockville: AHRQ; 2011.
<http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/150/2061/atypical-antipsychotics-off-label-update-surveillance-150407.pdf>
244. World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry* 2011;12(6):400-43.
245. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 4(CD003391).
246. Arbaizar B, Gomez-Acebo I, Llorca J. Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(5):471-5.
247. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):96-102.
248. Walpoth M, Hoertnagl C, Mangweth-Matzek B, Kemmler G, Hinterholz J, Conca A, *et al.* Repetitive transcranial magnetic stimulation in bulimia nervosa: preliminary results of a single-centre, randomised, double-blind, sham-controlled trial in female outpatients. *Psychother Psychosom* 2008;77(1):57-60.
249. Gay A, Jaussent I, Sigaud T, Billard S, Attal J, Seneque M, *et al.* A lack of clinical effect of high-frequency rTMS to dorsolateral prefrontal cortex on bulimic symptoms: A randomised, double-blind trial. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24(6):474-81.
250. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Adamkova M, Skjaerven LH, Catalan-Matamoros D, *et al.* A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disabil Rehabil* 2013;35(26):2191-6.
251. McIver S, McGartland M, O'Halloran P. "Overeating is not about the food": women describe their experience of a yoga treatment program for binge eating. *Qual Health Res* 2009;19(9):1234-45.
252. McIver S, O'Halloran P, McGartland M. Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study. *Complement Ther Med* 2009;17(4):196-202.
253. Reba L, Thornton L, Tozzi F, Klump KL, Brandt H, Crawford S, *et al.* Relationships between features associated with vomiting in purging-type eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005;38(4):287-94.
254. Roerig JL, Steffen KJ, Mitchell JE, Zunker C. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs* 2010;70(12):1487-503.
255. Muller-Lissner SA. Adverse effects of laxatives: fact and fiction. *Pharmacology* 1993;47 (Suppl 1):138-45.
256. Sachs K, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord* 2016;21(1):13-8.
257. Gaudiani JL, Mehler PS. Rare medical manifestations of severe restricting and purging: "Zebras," missed diagnoses, and best practices. *Int J Eat Disord* 2016;49(3):331-44.
258. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders (update). Consultation on draft scope Stakeholder comments table. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0703/documents/eating-disorders-update-scope-consultation-comments-and-responses2>
259. Agency for Healthcare Research and Quality, Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, *et al.* Management of eating disorders. Rockville: AHRQ; 2006.
260. Elitok S, Bieringer M, Schneider W, Luft FC. Kaliopenic nephropathy revisited. *Clin Kidney J* 2016;9(4):543-6.
261. Bahia A, Mascolo M, Gaudiani JL, Mehler PS. PseudoBartter syndrome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2012;45(1):150-3.

262. Talbot BE, Lawman SH. Eating disorders should be considered in the differential diagnosis of patients presenting with acute kidney injury and electrolyte derangement. *BMJ Case Rep* 2014;2014.
263. Hermont AP, Oliveira PA, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Auad SM. Tooth erosion and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(11):e111123.
264. Denholm M, Jankowski J. Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa--a review of the literature. *Dis Esophagus* 2011;24(2):79-85.
265. Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *The Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2007;2:CD003244.
266. Wilder-Smith CH, Wilder-Smith P, Kawakami-Wong H, Voronets J, Osann K, Lussi A. Quantification of dental erosions in patients with GERD using optical coherence tomography before and after double-blind, randomized treatment with esomeprazole or placebo. *Am J Gastroenterol* 2009;104(11):2788-95.
267. Vitton V. Traitement de la constipation de l'adulte. Service de gastroenterologie, Hôpital Nord, Marseille assistance publique Hôpitaux de Marseille Université. *POST'U* 2017;29-34.
268. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. Guideline scope. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0703/resources/eating-disorders-update-final-scope2>
269. Kokot F, Hyla-Klekot L. Drug-induced abnormalities of potassium metabolism. *Pol Arch Med Wewn* 2008;118(7-8):431-4.
270. Hirsch JF, Cornet A. Données nouvelles sur la maladie des laxatifs. *Sem Hop* 1976;52(36):1991-7.
271. Barber J, McKeever TM, McDowell SE, Clayton JA, Ferner RE, Gordon RD, *et al.* A systematic review and meta-analysis of thiazide-induced hyponatraemia: time to reconsider electrolyte monitoring regimens after thiazide initiation? *Br J Clin Pharmacol* 2015;79(4):566-77.
272. Vukadinovic D, Lavall D, Vukadinovic AN, Pitt B, Wagenpfeil S, Bohm M. True rate of mineralocorticoid receptor antagonists-related hyperkalemia in placebo-controlled trials: A meta-analysis. *Am Heart J* 2017;188:99-108.
273. Densitometry TCSfC. Official positions adult and paediatric Middletown (CT): ISCD; 2015.
<https://iscd.app.box.com/v/Op-ISCD-2015-adult>
274. Seeman E, Szmukler GI, Formica C, Tsalamandris C, Mestrovic R. Osteoporosis in anorexia nervosa: the influence of peak bone density, bone loss, oral contraceptive use, and exercise. *J Bone Miner Res* 1992;7(12):1467-74.
275. Grinspoon S, Thomas E, Pitts S, Gross E, Mickley D, Miller K, *et al.* Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. *Ann Intern Med* 2000;133(10):790-4.
276. Goebel G, Schweiger U, Kruger R, Fichter MM. Predictors of bone mineral density in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999;25(2):143-50.
277. Solmi M, Veronese N, Sergi G, Luchini C, Favaro A, Santonastaso P, *et al.* The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2016;111(11):1914-22.
278. Robinson L, Aldridge V, Clark EM, Misra M, Micali N. A systematic review and meta-analysis of the association between eating disorders and bone density. *Osteoporos Int* 2016;27(6):1953-66.
279. Solmi M, Veronese N, Correll CU, Favaro A, Santonastaso P, Caregaro L, *et al.* Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2016;133(5):341-51.
280. Sato Y, Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clin J Gastroenterol* 2015;8(5):255-63.
281. Inui A, Okano H, Miyamoto M, Aoyama N, Uemoto M, Baba S, *et al.* Delayed gastric emptying in bulimic patients. *Lancet* 1995;346(8984):1240.
282. Zipfel S, Sammet I, Rapps N, Herzog W, Herpertz S, Martens U. Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. *Auton Neurosci* 2006;129(1-2):99-106.
283. Geraciotti TD, Jr., Liddle RA. Impaired cholecystokinin secretion in bulimia nervosa. *N Engl J Med* 1988;319(11):683-8.
284. Cremonini F, Camilleri M, Clark MM, Beebe TJ, Locke GR, Zinsmeister AR, *et al.* Associations among binge eating behavior patterns and gastrointestinal symptoms: a population-based study. *Int J Obes (Lond)* 2009;33(3):342-53.
285. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, Guerdjikova AI, Keck PE, Jr., McElroy SL. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2017;22(1):13-26.
286. Raevuori A, Suokas J, Haukka J, Gissler M, Linna M, Grainger M, *et al.* Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015;48(6):555-62.
287. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, *et al.* Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr* 2010;91(6):1568-73.

288. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
289. Winston AP, Jamieson CP, Madira W, Gatward NM, Palmer RL. Prevalence of thiamin deficiency in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28(4):451-4.
290. Achamrah N, Coeffier M, Rimbart A, Charles J, Folope V, Petit A, *et al.* Micronutrient Status in 153 Patients with Anorexia Nervosa. *Nutrients* 2017;9(3).
291. Aparicio E, Canals J, Perez S, Arija V. Dietary intake and nutritional risk in Mediterranean adolescents in relation to the severity of the eating disorder. *Public Health Nutr* 2015;18(8):1461-73.
292. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2016;49(3):260-75.
293. Micali N, dos-Santos-Silva I, De Stavola B, Steenweg-de Graaff J, Jaddoe V, Hofman A, *et al.* Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG* 2014;121(4):408-16.
294. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG* 2011;118(12):1491-8.
295. Cousins A, Freizinger M, Duffy ME, Gregas M, Wolfe BE. Self-report of eating disorder symptoms among women with and without infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44(3):380-8.
296. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med* 2006;68(3):487-92.
297. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry* 2007;190:255-9.
298. McCluskey SE, Lacey JH, Pearce JM. Binge-eating and polycystic ovaries. *Lancet* 1992;340(8821):723.
299. Morgan J, Scholtz S, Lacey H, Conway G. The prevalence of eating disorders in women with facial hirsutism: an epidemiological cohort study. *Int J Eat Disord* 2008;41(5):427-31.
300. Kothari R, Gafton J, Treasure J, Micali N. 2D:4D ratio in children at familial high-risk for eating disorders: The role of prenatal testosterone exposure. *Am J Hum Biol* 2014;26(2):176-82.
301. Hirschberg AL. Sex hormones, appetite and eating behaviour in women. *Maturitas* 2012;71(3):248-56.
302. Naessen S, Carlstrom K, Bystrom B, Pierre Y, Hirschberg AL. Effects of an antiandrogenic oral contraceptive on appetite and eating behavior in bulimic women. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32(5):548-54.
303. Glueck CJ, Aregawi D, Agloria M, Winiarska M, Sieve L, Wang P. Sustainability of 8% weight loss, reduction of insulin resistance, and amelioration of atherogenic-metabolic risk factors over 4 years by metformin-diet in women with polycystic ovary syndrome. *Metabolism* 2006;55(12):1582-9.
304. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery* 2013;29(5):542-9.
305. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, *et al.* Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *Eur Eat Disord Rev* 2015;23(1):19-27.
306. Watson HJ, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, *et al.* Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med* 2013;43(8):1723-34.
307. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord* 2008;41(3):277-9.
308. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, *et al.* Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med* 2007;37(8):1109-18.
309. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, *et al.* Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 2000;27(2):140-9.
310. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res* 2007;63(3):297-303.
311. Koubaa S, Hallstrom T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2008;41(5):405-10.
312. Bulik CM, Hamer RM, Crosby R, Root TL, Von Holle A, Thornton L. International journal of eating disorders: Statistical guidelines. *Int J Eat Disord* 2009;42(3):193-4.
313. Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VW, *et al.* Perinatal outcomes and gestational weight gain in

women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG* 2012;119(12):1493-502.

314. Siega-Riz AM, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Hamer R, Torgersen L, *et al.* Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2008;87(5):1346-55.

315. Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, Cockrell Skinner A, Reba-Harrelson L, Hamer RM, *et al.* Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2014;22(6):397-404.

316. Swann RA, Von Holle A, Torgersen L, Gendall K, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Attitudes toward weight gain during pregnancy: results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009;42(5):394-401.

317. Institute of Medicine, National Research Council. Implementing guidelines on weight gain and pregnancy Washington: IOM; 2013.
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/About%20the%20IOM/Pregnancy-Weight/ProvidersBro-Final.pdf>

318. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

319. Université médicale virtuelle francophone. Nutrition de la femme enceinte [support de cours] [En ligne] 2011.
http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-nutrition/nutrition_enceinte/site/html/cours.pdf

320. Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr* 2012;108(11):2093-9.

321. Torgersen L, Von Holle A, Reichborn-Kjennerud T, Berg CK, Hamer R, Sullivan P, *et al.* Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2008;41(8):722-7.

322. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211(4):392 e1-8.

323. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, *et al.* Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;17(9):1523-8.

324. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Epidemiol* 2013;6:1-13.

325. Le diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39(8 Suppl 2):S139, S338-42.

326. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, *et al.* Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr* 2010;6(3):243-52.

327. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord* 2011;131(1-3):150-7.

328. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, *et al.* Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):202-11.

329. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, *et al.* Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(9):1461-6.

330. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, *et al.* Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005;(119):1-8.

331. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(6):863-70.

332. Pinheiro AP, Raney TJ, Thornton LM, Fichter MM, Berrettini WH, Goldman D, *et al.* Sexual functioning in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010;43(2):123-9.

333. Quadflieg N, Fichter MM. The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 (Suppl 1):199-109.

334. Castellini G, Mannucci E, Mazzei C, Lo Sauro C, Faravelli C, Rotella CM, *et al.* Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *J Sex Med* 2010;7(12):3969-78.

335. Khadhiar L, McCowen KC, Blackburn GL. Obesity and its comorbid conditions. *Clin Cornerstone* 1999;2(3):17-31.

336. Young V, Eiser C, Johnson B, Brierley S, Epton T, Elliott J, *et al.* Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabet Med* 2013;30(2):189-98.

337. Scheuing N, Bartus B, Berger G, Haberland H, Icks A, Knauth B, *et al.* Clinical characteristics and outcome of 467 patients with a clinically recognized eating disorder identified among 52,215 patients with type 1 diabetes: a multicenter German/Austrian study. *Diabetes Care* 2014;37(6):1581-9.

338. Neumark-Sztainer D, Patterson J, Mellin A, Ackard DM, Utter J, Story M, *et al.* Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes. *Diabetes Care* 2002;25(8):1289-96.
339. Wisting L, Froisland DH, Skrivarhaug T, Dahl-Jorgensen K, Ro O. Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment: a nationwide population-based study. *Diabetes Care* 2013;36(11):3382-7.
340. Goebel-Fabbri AE. Diabetes and eating disorders. *J Diabetes Sci Technol* 2008;2(3):530-2.
341. Guardia D, Bardin M, Rolland B, Issartel M, Vambergue A, Cottencin O. Mesusage d'insuline chez une adolescente souffrant de boulimie. *Presse Med* 2012;41(10):1037-9.
342. Rigaud D, Brayer V, Biton-Jelic V, Pais V, Pennacchio H, Brun JM. Interêt de la nutrition entérale par sonde nasogastrique dans la boulimie. Etude contrôlée avec suivi de 3 mois. *Presse Med* 2007;36(10 Pt 1):1354-63.
343. Rigaud DJ, Brayer V, Roblot A, Brindisi MC, Verges B. Efficacy of tube feeding in binge-eating/vomiting patients: a 2-month randomized trial with 1-year follow-up. *J Parenter Enteral Nutr* 2011;35(3):356-64.
344. Rigaud D. Les troubles du comportement alimentaire dans tous leurs états. *Prat Nutr* 2013;(33):9-38.
345. Rigaud D, Pennacchio H, Roblot A, Jacquet M, Tallonneau I, Verges B. Efficacité de la nutrition entérale à domicile chez 60 malades ayant une anorexie mentale. *Presse Med* 2009;38(12):1739-45.
346. Schlueter N, Tveit AB. Prevalence of erosive tooth wear in risk groups. *Monogr Oral Sci* 2014;25:74-98.
347. Hellstrom I. Oral complications in anorexia nervosa. *Scand J Dent Res* 1977;85(1):71-86.
348. Milosevic A, Slade PD. The orodental status of anorexics and bulimics. *Br Dent J* 1989;167(2):66-70.
349. Robb ND, Smith BG, Geidrys-Leeper E. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. *Br Dent J* 1995;178(5):171-5.
350. Lasfargues JJ, Colon P. Odontologie conservatrice restauratrice. Tome 1. Une approche médicale globale Paris: CdP; 210.
351. Shellis RP, Addy M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. *Monogr Oral Sci* 2014;25:32-45.
352. Lussi A, Carvalho TS. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci* 2014;25:1-15.
353. Lussi A, Carvalho TS. Analyses of the Erosive Effect of Dietary Substances and Medications on Deciduous Teeth. *PLoS One* 2015;10(12):e0143957.
354. Järvinen VK, Rytomaa, II, Heinonen OP. Risk factors in dental erosion. *J Dent Res* 1991;70(6):942-7.
355. Ohmure H, Oikawa K, Kanematsu K, Saito Y, Yamamoto T, Nagahama H, *et al.* Influence of experimental esophageal acidification on sleep bruxism: a randomized trial. *J Dent Res* 2011;90(5):665-71.
356. Ohmure H, Kanematsu-Hashimoto K, Nagayama K, Taguchi H, Ido A, Tominaga K, *et al.* Evaluation of a proton pump inhibitor for sleep bruxism: a randomized clinical trial. *J Dent Res* 2016;95(13):1479-86.
357. Yoshikawa H, Furuta K, Ueno M, Egawa M, Yoshino A, Kondo S, *et al.* Oral symptoms including dental erosion in gastroesophageal reflux disease are associated with decreased salivary flow volume and swallowing function. *J Gastroenterol* 2012;47(4):412-20.
358. Moazzez R, Bartlett D, Anggiansah A. Dental erosion, gastro-oesophageal reflux disease and saliva: how are they related? *J Dent* 2004;32(6):489-94.
359. Correa MC, Lerco MM, Cunha Mde L, Henry MA. Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. *Arq Gastroenterol* 2012;49(3):214-8.
360. Colon P, Lussi A. Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions. *Br Dent J* 2014;216(8):463-8.
361. Pallier A, Range H, Colon P, Mora F. L'impact de la nutrition sur l'état parodontal. *Information Dentaire* 2016;32:2-8.
362. Amaechi BT, Higham SM. Dental erosion: possible approaches to prevention and control. *J Dent* 2005;33(3):243-52.
363. Pallier A, Semennikova K, Colon P. Troubles du comportement alimentaire. prise en charge d'une patiente : diagnostic, étiologies et thérapeutiques. *Information Dentaire* 2014;96:38-43.
364. Semennikova K, Pallier A, Colon P. Erosions d'origine extrinsèque, diagnostic étiologique et options thérapeutiques. *Information Dentaire* 2014;96:48-54.
365. Ganss C, Klimek J, Schlueter N. Erosion/abrasion-preventing potential of NaF and F/Sn/chitosan toothpastes in dentine and impact of the organic matrix. *Caries Res* 2014;48(2):163-9.
366. Ganss C, Lussi A, Grunau O, Klimek J, Schlueter N. Conventional and anti-erosion fluoride toothpastes: effect on enamel erosion and erosion-abrasion. *Caries Res* 2011;45(6):581-9.

367. Huysmans MC, Young A, Ganss C. The role of fluoride in erosion therapy. *Monogr Oral Sci* 2014;25:230-43.
368. Buzalaf MA, Magalhaes AC, Wiegand A. Alternatives to fluoride in the prevention and treatment of dental erosion. *Monogr Oral Sci* 2014;25:244-52.
369. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig* 2008;12 (Suppl 1):S65-8.
370. Peutzfeldt A, Jaeggi T, Lussi A. Restorative therapy of erosive lesions. *Monogr Oral Sci* 2014;25:253-61.
371. Carvalho TS, Colon P, Ganss C, Huysmans MC, Lussi A, Schlueter N, *et al.* Consensus report of the European Federation of Conservative Dentistry: erosive tooth wear--diagnosis and management. *Clin Oral Investig* 2015;19(7):1557-61.
372. Meyer BD, Lee JY. The confluence of sugar, dental caries, and health policy. *J Dent Res* 2015;94(10):1338-40.
373. Association des diététiciens de langue française, Haute Autorité de Santé. Consultation diététique réalisée par un diététicien Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Saint Denis La Plaine: HAS; 2008.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/consultation_dietetique_-_critere_de_qualite_-_final_pdf.pdf
374. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(3):552.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Collectif national des associations d'obèses (CNAO)*	Conseil national professionnel de pneumologie
Collège des infirmiers*	Conseil national professionnel de psychiatrie
Collège des masseurs-kinésithérapeutes	Conseil national professionnel de rhumatologie
Collège de médecine générale*	Conseil national professionnel de santé publique
Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)	Conseil national professionnel de stomatologie, chirurgie orale et maxillo-faciale
Conseil national professionnel de cardiologie	Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques (CNPEDMM)
Conseil national professionnel de chirurgie plastique	Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie (CNPHEG)*
Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique (CNPGO)*	Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation
Conseil national professionnel de médecine du sport (CNP MS)	Fédération française d'addictologie*
Conseil national professionnel de médecine du travail (CNPMT)	Fédération nationale d'associations liées aux troubles des conduites alimentaires (FNA-TCA)*
Conseil national professionnel de médecine d'urgence*	Ordre des pharmaciens
Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale	Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)*
Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation	Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM)
Conseil national professionnel de nutrition	
Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)	

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Nathalie Godart, pédopsychiatre, Paris – Présidente du groupe de travail

Mme Annabel Pleplé, chercheur en psychologie, étudiante en médecine, Paris – chargée de projet

Dr Vanessa Boehm, nutritionniste, Clichy – chargée de projet

Mme Maude Sénèque, attachée de recherche clinique, Montpellier – chargée de projet

Mme Estelle Lavie, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr Corinne Blanchet, endocrinologue, Paris

Pr Pierre Colon, odontologue, Paris

Mme Annick Bothorel, infirmière, Chartres

Dr Philippe Cornet, généraliste, Paris

Dr Jean-Sébastien Cadwallader, généraliste, Aubervilliers

Pr Renaud de Tournemire, pédiatre, Poissy

Pr Ludovic Gicquel, pédopsychiatre, Poitiers

Dr Fabienne Cahn Sellem, pédiatre, Puteaux

Pr Michael Grynberg, gynécologue-obstétricien, Bondy

Mme Mathilde Chevalier-Pruvo, représentante d'utilisateurs, Orléans

Pr Sébastien Guillaume, psychiatre, Montpellier

Dr Mouna Hanachi, nutritionniste, Garches

Dr Caroline Huas, médecin généraliste, Orly
M. Guénolé Huon de Penanster, psychologue, Lyon
Mme Anne-Sophie Joly, représentante d'usagers, Puteaux
Mme Carole Pourvendier, infirmière, Aulnay-sous-Bois
Dr Sylvie Rouer-Saporta, psychiatre, Paris

M. Nicolas Sahuc, diététicien, Paris
Dr Mohammed Taleb, psychiatre, Evreux
Dr Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Agen
Dr Mathias Wargon, urgentiste, Saint-Denis

► Groupe de lecture

Dr Marie-Pierre Archambeaud, généraliste, Paris
Mme Brigitte Ballandras, psychologue, Présidente de l'association affects et aliments, Paris
Dr Quentin Barrois, psychiatre, Dijon
Dr Stéphane Billard, psychiatre, Quimper
Pr Bernard Boudailliez, pédiatre, Amiens,
Pr Karine Briot, rhumatologue, Paris
Dr Géraldine Buisson, psychiatre, Limoges
Mme Christine Chiquet, représentante d'usagers, Paris
Dr Arnaud Cocaul, nutritionniste, Paris
Mme Cécile Cottus, diététicienne, Paris
Dr Sophie Criquillion, psychiatre, Paris
Dr Cristina Dascalescu, hématologue, Varennes-Jarcy
Dr Catherine Deguines, psychiatre, Saint-Denis
Dr Brahim Djebbloum, généraliste, Neufmoutiers-en-Brie
Dr Vincent Dodin, psychiatre, Lille
Dr Emeline Eyzop, psychiatre-addictologue, Nantes
Dr Catherine Fayollet, psychiatre, Le Mesnil-Saint-Denis
Dr Jean-Jacques Filsnoel, psychiatre, Brunoy
Dr Martine Flament, pédopsychiatre, Paris
Dr Frédérique Gastaud, pédiatre, Nice
Dr Nesrine Gaha, psychiatre, Villejuif
Dr Lucie Gailledrat, psychiatre-addictologue, Nantes
Pr Philip Gorwood, addictologue, Paris
Pr Marie Grall-Bronnec, psychiatre-addictologue, Nantes
Dr Étienne Himmelfarb, psychiatre, Aire-sur-l'Adour
Dr Sylvain Iceta, psychiatre, Lyon

Dr Véronique Laccourreye, psychiatre, Sablé-sur-Sarthe
Dr Sylvain Lambert, psychiatre-addictologue, Nantes
Dr Richard Lauvin, médecine interne, Rennes
Dr Stéphanie Legras, pédopsychiatre, Montpellier
Pr Christian Mille, pédopsychiatre, Amiens
Pr Jean-Michel Oppert, nutritionniste, Paris
Mme Virgnie Peidra, diététicienne, Tassin-la-Demi-Lune
Dr Marianne Petit-Khouader, généraliste, Ivry
Mme Laura Phirmis, responsable information diabète, Paris
Dr Georges Picherot, pédiatre, Nantes
Dr Marie-Aude Piot, pédopsychiatre, Paris
Dr Brigitte Remy, psychiatre, Paris
Mme Céline Richonnet, diététicienne, Paris
Dr Myriam Riegert, psychiatre, Strasbourg
Dr Damien Ringuenet, addictologue, Villejuif
Dr Bruno Rocher, psychiatre-addictologue, Nantes
Dr Brigitte Rochereau, nutritionniste, Antony
Mme Morgane Rousselet, attachée de recherche clinique, Nantes
Dr Isabelle Roy, psychiatre, Paris
Dr Claudine Sansonetti-Perrin, pédopsychiatre, La Tronche
Dr Pablo Votadoro, pédopsychiatre, Paris
Dr Jacques Wemaere, dentiste, Bordeaux
Dr Elie Winter, psychiatre, Paris
Pr Philippe Zerr, généraliste, Levallois-Perret

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus ainsi que le Professeur Jean-Luc Vénisse.

Fiche descriptive

	Boulimie et hyperphagie boulimique Repérage et éléments généraux de prise en charge
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectifs	Cette recommandation de bonne pratique (RBP) a pour objectif de compléter la RBP « Anorexie mentale, prise en charge » parue en 2010, réalisée par la HAS en partenariat avec l'AFDAS-TCA (1). Le but est de proposer aux professionnels des RBP sur l'ensemble des troubles des conduites alimentaires (TCA) afin de définir des orientations pour améliorer leur repérage, leur diagnostic et l'organisation de leur prise en charge.
Patients ou usagers concernés	Adolescents et adultes.
Professionnels concernés	Médecins généralistes, pédiatres, psychiatres de l'enfant et de l'adulte, diététiciens, chirurgiens-dentistes et orthodontistes, gynécologues, médecins et infirmiers scolaires (et le milieu scolaire en général), psychologues, endocrinologues, nutritionnistes, urgentistes, réanimateurs, médecins du sport, médecins du travail, gastroentérologues, sages-femmes, kinésithérapeutes.
Demandeur	Ce thème a fait l'objet d'une demande conjointe d'inscription au programme de la Haute Autorité de Santé (HAS) par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) d'une part et la Fédération nationale des associations d'aide aux troubles du comportement alimentaire (FNA-TCA), d'autre part.
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles, en partenariat avec la Fédération française anorexie boulimie (FFAB).
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Mme Estelle Lavie, M Alexandre Pitard, chefs de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) ; Pr Nathalie Godart, pédopsychiatre, Paris pour la FFAB. Secrétariat : Mme Laetitia Cavalière, Mme Jessica Layouni.
Recherche documentaire	De janvier 2006 à mars 2017 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique). Réalisée par Mme Marie Georget, avec l'aide de Mme Maud Lefevre (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).

	Boulimie et hyperphagie boulimique Repérage et éléments généraux de prise en charge
Auteurs de l'argumentaire	Mme Annabel Pleplé, chercheur en psychologie, étudiante en médecine, Paris. Dr Vanessa Boehm, nutritionniste, Clichy. Mme Maude Sénèque, attachée de recherche clinique, Montpellier. Dr Jean-Sébastien Cadwallader, généraliste, Aubervilliers. Mme Mathilde Chevalier-Pruvo, représentant d'usagers, Orléans. Pr Pierre Colon, odontologue, Paris. Pr Ludovic Gicquel, pédopsychiatre, Poitiers. M Nicolas Sahuc, diététicien, Paris. Dr Mohammed Taleb, psychiatre, Evreux. Dr Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Agen. Dr Mathias Wargon, urgentiste, Bry-sur-Marne. Dr Caroline Huas, généraliste, Saint-Denis. Mme Anne-Sophie Joly, représentant d'usagers, Puteaux. Pr Michael Grynberg, gynécologue obstétricien, Bondy. Pr Sébastien Guillaume, psychiatre, Montpellier. Dr Mouna Hanachi, nutritionniste, Garches.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Nathalie Godart, pédopsychiatre, Paris – Présidente du groupe de travail), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur le site DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS juin 2019.
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiches outils, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	RPC « Boulimie et hyperphagie boulimique – Repérage et éléments généraux de prise en charge » (HAS 2019). Fiches-outils : « Repérage », « Comment en parler ? », « Évaluation initiale et initiation des soins », « Complication somatiques et prise en charge », « Prise en charge pluri-professionnelle coordonnée », « Aspects gynécologiques et obstétricaux », « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste », « Urgences et troubles du comportement alimentaire ». (HAS 2019).

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr