

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage et éléments généraux de prise en charge

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

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

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. ➔ Par convention, dans ce document, les recommandations non gradées ont le grade d'accord d'experts.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable 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 – juin 2019

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Messages clés	6
Préambule	7
Recommandations	9
1. Objectifs et principes généraux de la prise en charge.....	9
2. Repérage	11
2.1 Population cible	11
2.2 Situations à risque	11
2.3 Méthode de repérage recommandée.....	12
2.4 Professionnels cibles pour le repérage	13
3. Évaluation initiale, initiation des soins	14
3.1 Évaluation initiale : modalités et contenu	14
3.2 Initiation des soins	18
4. Organisation du plan de soins.....	19
4.1 Rôle du praticien de premier recours	19
4.2 Organisation de la prise en charge, critères d'orientation	19
4.3 Durée de la prise en charge	20
5. Approches psychothérapeutiques et traitements psychotropes	21
5.1 Outils d'autosupport (self-help)	21
5.2 Psychothérapies	21
5.3 Traitements psychotropes	23
5.4 Approches complémentaires.....	24
6. Complications somatiques et nutritionnelles et prise en charge.....	26
6.1 Complications des conduites de purge	26
6.2 Complications de la malnutrition	27
6.3 Complications gynéco-obstétricales : impact sur la fertilité, la grossesse et le <i>post-partum</i>	28
6.4 Cas particulier des patients souffrant de diabète de type 1.....	29
6.5 Sevrage boulimique : place de la nutrition entérale.....	30
6.6 Implication du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des patients atteints de boulimie et d'hyperphagie boulimique	30
6.7 Surveillance clinique et biologique au cours du suivi.....	35
7. Prise en charge par les diététiciens	36
8. Prise en charge sociale	36
9. Refus de soins, freins aux soins, facteurs de résistance aux traitements : comment parler des troubles ?.....	37
9.1 Recommandations destinées aux personnes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique	37
9.2 Recommandations destinées aux familles et à l'entourage.....	37

9.3	Recommandations destinées aux professionnels.....	37
10.	Conduite à tenir aux urgences.....	38
11.	Recommandations aux pouvoirs publics	38
11.1	Formation.....	38
11.2	Organisation des soins.....	39
11.3	Évaluation, recherche.....	39
	Annexe 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	41
	Annexe 2. Fiche outil « Repérage ».....	46
	Annexe 3. Fiche outil « Comment en parler ? »	49
	Annexe 4. Fiche outil « Évaluation initiale et initiation des soins ».....	52
	Annexe 5. Fiche outil « Complications somatiques et prise en charge »	57
	Annexe 6. Fiche outil « Prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée ».....	63
	Annexe 7. Fiche outil « Aspects gynécologiques et obstétricaux »	67
	Annexe 8. Fiche outil « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »	70
	Annexe 9. Fiche outil « Urgences et troubles du comportement alimentaire »	76
	Annexe 10. Numéros et sites ressources.....	81
	Participants.....	82
	Remerciements.....	84
	Fiche descriptive.....	85

Abréviations et acronymes

AFDAS-TCA..... Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire

BEWE *Basic Erosive Wear Examination*

CNPP-CNQSP... Conseil national professionnel de psychiatrie - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DSM Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) publié par la Société américaine de psychiatrie (APA)

FFAB Fédération française anorexie boulimie (ex-AFDAS-TCA)

FNA-TCA Fédération nationale des associations d'aide aux troubles du comportement alimentaire

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

TCANS..... Troubles des conduites alimentaires non spécifiés autrement

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 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 associés 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.

Préambule

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

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

Patients concernés

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

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, gastro-entérologues, 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.

Définitions et délimitation des recommandations

Cette recommandation concerne la boulimie et l'hyperphagie boulimique et les formes partielles de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique.

- 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. 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.

La caractérisation précise du DSM-5 a été très peu 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 de garder la dénomination de troubles des conduites alimentaires et d'hyperphagie boulimique. Pour 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 les « 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 »), nous avons utilisé le terme générique de « formes partielles de boulimie ou d'hyperphagie boulimique ».

L'anorexie mentale avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs 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.

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.

Recommandations

1. Objectifs et principes généraux de la prise en charge

La prise en charge vise à :

- traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions psychiques associées, les comorbidités psychiatriques et les aspects sociaux liés aux troubles ;
- restaurer un comportement alimentaire équilibré et adapté ;
- prendre en charge les complications somatiques ;
- 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 au patient, à son âge et à l'intensité de ses troubles.

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

L'approche thérapeutique des troubles des conduites alimentaires doit être pluridisciplinaire, incluant 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 soins au long cours compte tenu de la chronicité des troubles.

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.

Objectifs spécifiques et organisation des traitements

Il s'agit de :

- réduire et lorsque cela est possible arrêter les crises de boulimie et de purge ;
- pour cela mettre en place des soins multidisciplinaires associant les aspects somatiques, nutritionnels, psychologiques, psychocorporels, familiaux et si besoin un accompagnement autour de l'insertion sociale ;
- informer/éduquer sur ce qu'est une alimentation saine et 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 (par exemple les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles addictifs, ou les troubles de la personnalité etc.) interagissant avec les troubles des conduites alimentaires et nécessitant des soins.

L'étape suivante sera de mettre en œuvre les soins somatiques, nutritionnels, psychologiques, psychocorporels, familiaux et sociaux nécessaires.

Les objectifs du traitement psychologique, associant approche psychothérapique 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 soins proposé au patient doit être adapté à chaque patient en tenant compte de son avis et le cas échéant 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.

2. Repérage

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.

2.1 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 [jockeys], etc.) notamment de niveau de compétition.

2.2 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 ;

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

- pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, toute autre affection impliquant un contrôle alimentaire important (diabète de type 2 - qui peut aussi compliquer une hyperphagie boulimique - maladie cœliaque, etc.) ;
- 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 et maltraitance, etc.).

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).

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) ;

2.3 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, 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).

2.4 Professionnels cibles pour le repérage

Les professionnels les mieux placés pour repérer les troubles des conduites alimentaires sont les :

- médecins traitants ;
- médecins généralistes ;
- pédiatres ;
- médecins délivrant les certificats de non-contre-indication à la pratique sportive ;
- infirmières et médecins scolaires ou universitaires ;
- endocrinologues, diabétologues ;
- diététiciens et médecins nutritionnistes ;
- chirurgiens-dentistes ;
- médecins du travail ;
- gynécologues ;
- gastro-entérologues ;
- psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et soignants en psychiatrie ;
- professionnels intervenants dans le parcours de chirurgie bariatrique ;
- chirurgiens plasticiens.

En outre, tout acteur du système de soins est à même d'effectuer ce repérage.

Garder à l'esprit que les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale dans les années précédant le diagnostic, et ce pour des plaintes somatiques diverses, et en particulier digestives.

Les autres professionnels (éducateurs, professeurs de sport, etc.), le personnel scolaire, les parents, et tous intervenants dans le cadre du mode de garde présents au moment des repas peuvent aussi participer au repérage.

3. Évaluation initiale, initiation des soins

3.1 Évaluation initiale : modalités et contenu

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, notamment social, ainsi que les troubles associés (somatiques, psychiatriques).
- 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/ou 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, détaillés dans le tableau 1.

- 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 gastro-entérologique : 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.
- Évaluation endocrino-gynécologique : recherche de troubles du cycle menstruel; 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, créatininémie, 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 ;
- la prise en charge du TCA doit être associée à celle de l'obésité.

Tableau 1. Complications spécifiques des crises de boulimie et des vomissements d'après Godart et al., 2007 ³

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 (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
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

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.

► 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 ;
- 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, etc.) ;
- 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.

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

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 anorexie).

3.2 Initiation des soins

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 terme) 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, diminuer 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.

4. Organisation du plan de soins

4.1 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 médicale ou psychiatrique.

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.

4.2 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'adulte, 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, etc.) ou psychiatrique (état de mal boulimique, risque suicidaire, etc.) 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.

4.3 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 1 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 soins.

5. Approches psychothérapeutiques et traitements psychotropes

5.1 Outils d'autosupport (self-help)

L'autosupport 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'autosupport 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'autosupport ne peuvent pas remplacer une prise en charge par des professionnels de santé.

5.2 Psychothérapies

► 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 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 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-ci⁵.

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 :

⁵ 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.

- 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 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.

Le choix de la psychothérapie se fera en accord avec le patient, voire 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.

► Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

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).

► Thérapies comportementales dialectiques

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.

► **Thérapies interpersonnelles**

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).

► **Thérapies psychanalytiques**

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.

► **Thérapies familiales**

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.

5.3 Traitements psychotropes

► **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'autosupport, 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 pas à elle seule le traitement de ses troubles.

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, etc.).

En cas de vomissements, il faut préciser au patient qu'il doit 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 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.

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 bénéfice/risque 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 bénéfice/risque de ces traitements, notamment d'un point de vue métabolique et pondéral.

5.4 Approches complémentaires

► **Thérapies basées sur la pleine conscience (mindfulness)**

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.

► **Art-thérapie**

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.

► **Autres thérapies à médiation corporelle et psychocorporelle**

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.

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

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.

6. Complications somatiques et nutritionnelles et prise en charge

6.1 Complications des conduites de purge

► Vomissements

En cas de vomissements, 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, etc.).

En cas de reflux gastro-œsophagien (RGO) et/ou vomissements fréquents, il est recommandé de prescrire des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), en tenant compte de la balance, bénéfice risque 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

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**

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.

6.2 Complications de la malnutrition

► **Complications osseuses**

Il est recommandé de 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, il est recommandé de refaire une ostéodensitométrie en cas de persistance des facteurs de risque ou d'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.

► **Complications gastro-entérologiques (autres que celles liées aux conduites de purge)**

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 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 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 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**

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), 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.

6.3 Complications gynéco-obstétricales : impact sur la fertilité, la grossesse et le *post-partum*

► **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 trouble des conduites alimentaires actuel (IMC inférieur ou supérieur à la normale, perte de poids, comportements alimentaires perturbés, préoccupation excessive autour de la silhouette, etc.) 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 - AMP), ou en début de grossesse.

► **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 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 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.

En cas de consultation pour infertilité et/ou de demande d'assistance 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 5 jours par semaine, arrêt du tabagisme) car cela permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.

6.4 Cas particulier des patients souffrant de diabète de type 1

► **Mésusage d'insuline**

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).

6.5 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.

6.6 Implication du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des patients atteints de boulimie et d'hyperphagie boulimique

► Repérage de l'état dentaire

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, à une sensibilité dentaire accrue, à des caries.

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 sensibilité thermique (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 soin 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 soins 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.

► Prévention secondaire des lésions dentaires consécutives à la boulimie et à l'hyperphagie boulimique

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 etc.) et l'hygiène bucco-dentaire.
- rappels sur les méthodes de brossage adaptées (recommander un brossage matin et soir 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, 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 une hyposialorrhée :
 - stimuler la sécrétion salivaire en utilisant des gommes à mâcher (sans sucre et avec modération) ;
 - favoriser l'hydratation en buvant 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-œsophagien).

Diagnostic

Il est recommandé de rechercher d'emblée l'existence des lésions dentaires et de 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 etc.) et les éventuelles addictions associées (tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres drogues etc.) ;
- 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 etc.).

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.

► **Évaluation du degré de gravité pour la conduite à tenir pour le chirurgien-dentiste**

Face à des lésions dentaires liées à des troubles des conduites alimentaires, une évaluation de la gravité doit être envisagée (par ex. la classification BEWE ou celle par groupes thérapeutiques) afin de guider la conduite à tenir.

En cas de pertes de substance importantes des arcades dentaire, 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.

► **Difficultés inhérentes à la prise en charge odontologique des personnes souffrant de boulimie nerveuse et d'hyperphagie boulimique**

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**

Objectifs

Evaluer 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, etc.) 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 substance perdue 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 ci-dessous).

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 psychologiques 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.
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

Check-list du plan de soins dentaires

	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 check list en 10 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, 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 ;
- 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.

6.7 Surveillance clinique et biologique au cours du suivi

Il est recommandé de réaliser régulièrement un examen clinique complet 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.

7. Prise en charge par les diététiciens

Points essentiels

- 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 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 troubles des conduites alimentaires, le soin diététique s'intègre dans une prise en charge multidisciplinaire (associant aspects psychologiques et médicaux).

8. Prise en charge sociale

- 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 scolaire, une prise en charge de type établissement soins-études 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.

9. Refus de soins, freins aux soins, facteurs de résistance aux traitements : comment parler des troubles ?

9.1 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.

9.2 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, jugement), 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.

9.3 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 soins, 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 contact avec les centres d'intérêt, les liens affectifs et l'insertion socioprofessionnelle.

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.

10. 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.

11. Recommandations aux pouvoirs publics

11.1 Formation

Développer des campagnes d'information et de formation visant à :

- la prévention primaire des TCA par le biais du renforcement de l'estime de soi, l'information sur le poids de santé, les dangers des « régimes », la gestion du stress, l'éducation contre l'incitation des médias 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 scolaire, universitaire, sportif 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 loisir, etc.) ;
- les professionnels de santé de premier 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.

11.2 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 psychiatrique, nutritionnel, somatique et social) 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 pluriprofessionnel 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 concertation 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 partagés 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.

11.3 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.

Annexe 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.

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.

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, etc.). 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.

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.).

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.

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 résulte le sentiment d'être dépassé par la maladie et le désir d'en sortir d'une manière complète et instantanée, sans étapes ni rechutes, sans effet secondaires. 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 consolider les précédentes avancées.

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 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.

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 socioprofessionnelles. 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 levier 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'intérêt, les liens amicaux, affectifs et l'insertion socioprofessionnelle.

Un diagnostic et une prise en charge précoces permettent d'éviter la chronicisation des symptômes et l'apparition de multiples complications.

La perte de l'espoir de guérir

Savoir que la guérison est possible est l'un des principaux moteurs du processus thérapeutique. Il faut donc que le patient sente et entende que son(ses) thérapeute(s) est(sont) convaincu(s) 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.

Le fardeau financier

Le coût des soins (psychologiques, diététiques, dentaires, notamment) empêche de nombreux patients d'accéder aux soins nécessaires.

L'isolement social

C'est un facteur qui aggrave tous les éléments sus-cités.

Les dérives thérapeutiques

Les personnes souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique sont particulièrement confrontées aux situations de 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 à 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 bénéfice/risque).

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 recherchée 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.

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 décriant 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.

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, etc.) qui peut fragiliser la personne.

Conclusion

De nombreux éléments décrits ci-dessus (honte, moquerie, les reproches de se laisser aller, de n'avoir pas assez de volonté, etc.) 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 façon d'aborder les personnes qui en souffrent, à l'écoute des patients et de leurs objectifs et difficultés, et ce sans jugement.

Il paraît également nécessaire que le parcours de soins soit identifié clairement par tous ses acteurs.

Annexe 2. 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 3.

Fiche outil « Comment en parler ? »



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 4. Fiche outil « Évaluation initiale et initiation 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-medical-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-pediatres-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 5. 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 cardiovasculaire 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 bénéfique/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 6. Fiche outil « Prise en charge pluriprofessionnelle 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-soutien 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 7. 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 8. Fiche outil « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »



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.).

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

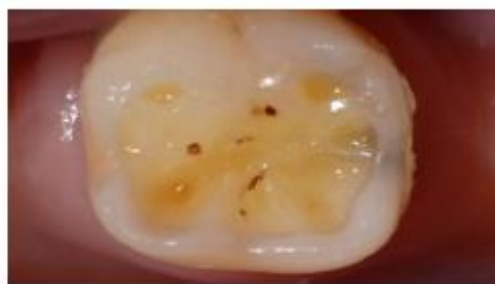


Figure 6. Érosion sur la face occlusale d'une molaire mandibulaire associée à des phénomènes de reflux acides



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 • amélaire (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	Contactez et échangez 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 9. 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-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

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 10. Numéros et sites ressources

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 2018

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.anorexieboulimie-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

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers 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 psychiatrie
Collège des infirmiers*	Conseil national professionnel de rhumatologie
Collège des masseurs-kinésithérapeutes	Conseil national professionnel de santé publique
Collège de la médecine générale*	Conseil national professionnel de stomatologie, chirurgie orale et maxillo-faciale
Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)	Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques (CNPEDMM)
Conseil national professionnel de cardiologie	Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie (CNPHEGE)*
Conseil national professionnel de chirurgie plastique	Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation
Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique (CNPGO)*	Fédération française d'addictologie*
Conseil national professionnel de médecine du sport (CNP MS)	Fédération nationale d'associations liées aux troubles des conduites alimentaires (FNA-TCA)*
Conseil national professionnel de médecine du travail (CNPMT)	Ordre des pharmaciens
Conseil national professionnel de médecine d'urgence*	Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA)*
Conseil national professionnel de médecine légale et expertise médicale	Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM)
Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation	
Conseil national professionnel de nutrition	
Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)	
Conseil national professionnel de pneumologie	

(*) 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, odontologiste, Paris

Mme Annick Bothorel, infirmière, Chartres

Dr Philippe Cornet, généraliste, Paris

Dr Jean-Sébastien Cadwallader, généraliste, Aubervilliers

Pr Renaud de Tournemire, pédiatre, Poissy

Dr Fabienne Cahn Sellem, pédiatre, Puteaux

Pr Ludovic Gicquel, pédopsychiatre, Poitiers

Mme Mathilde Chevalier-Pruvo, représentante d'usagers, Orléans

Pr Michael Grynberg, gynécologue-obstétricien, Bondy

Pr Sébastien Guillaume, psychiatre, Montpellier

Dr Mouna Hanachi, nutritionniste, Garches
Dr Caroline Huas, médecin généraliste, Orly
M. Guérolé 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 Virgine Peidreza, 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 Pr 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. 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, gastro-entérologues, 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, représentante d'usagers, Orléans Pr Pierre Colon, odontologiste, Paris Pr Ludovic Gicquel, pédopsychiatre, Poitiers M. Nicolas Sahuc, diététicien, Paris Dr Mohammed Taleb, psychiatre, Évreux Dr Louis Tandonnet, pédopsychiatre, Agen Dr Mathias Wargon, urgentiste, Saint-Denis Dr Caroline Huas, généraliste, Saint-Denis Mme Anne-Sophie Joly, représentante 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 (présidente : Pr Nathalie Godart, pédopsychiatre, Paris), 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 en 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	Argumentaire scientifique « 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 », « Complications somatiques et prise en charge », « Prise en charge pluriprofessionnelle 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