

VIGNETTE THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉTUDIANT

OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

MELCHIOR V (1), FUCHS S (2), SCANTAMBURLO G (3)

RÉSUMÉ : L'obésité est une maladie chronique dont la prise en charge est ardue et souvent ponctuée d'échecs. Le dépistage des troubles du comportement alimentaire, dont la prévalence est élevée chez les patients en surpoids, est indispensable afin de minimiser le risque de rechute et le phénomène «yoyo». Comme il est rare que le motif de consultation des sujets souffrant d'obésité soit d'emblée le désordre alimentaire, il est nécessaire d'évaluer ce comportement, dès les premières consultations, afin de proposer une approche thérapeutique spécifique, visant une perte de poids stable au long cours.

MOTS-CLÉS : *Obésité - Troubles du comportement alimentaire - Hyperphagie boulimique - Chirurgie bariatrique*

OBESITY AND EATING DISORDERS

SUMMARY : Obesity is a chronic disease that is difficult to manage and is often punctuated by treatment failure. Screening for eating disorders, the prevalence of which is high in overweight patients, is essential in order to minimize the risk of relapse and the «yoyo» phenomenon. As the reason for consulting obese subjects is rare to be eating disorders from the outset, it is necessary to assess this behaviour from the first consultations, in order to propose a specific therapeutic approach aimed at stable weight loss in the long term.

KEYWORDS : *Obesity - Eating disorders - Binge eating - Bariatric surgery*

INTRODUCTION

L'obésité est un problème de santé publique majeur, avec plus d'un milliard de personnes en surpoids ou obèses dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. La hausse de l'indice de masse corporelle est un facteur de risque majeur pour un certain nombre de maladies chroniques, parmi lesquelles le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et le cancer (1). L'obésité est une maladie complexe (2) qui représente un véritable phénomène de société et dont la prise en charge est souvent ardue et se doit d'être multidisciplinaire (3). Cette vignette clinique a pour objectif d'attirer l'attention sur l'importance du dépistage des troubles du comportement alimentaire chez le patient souffrant d'obésité. Elle passe brièvement en revue les contre-indications psychiatriques à la chirurgie de l'obésité, puis identifie les différents troubles alimentaires impliqués dans cette pathologie chronique et, notamment, le phénomène de restriction cognitive. L'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire et les différentes approches psychothérapeutiques sont ensuite abordés. L'approche somatique d'un patient obèse a déjà été envisagée dans une autre vignette à visée diagnostique (4).

VIGNETTE CLINIQUE

Une patiente de 23 ans, suivie régulièrement pour un épisode dépressif caractérisé, se présente en consultation de psychiatrie à la demande d'une équipe de chirurgie bariatrique afin d'exclure toute contre-indication à une chirurgie de l'obésité. Un bypass gastrique est, en effet, envisagé chez cette jeune femme pesant 102 kg pour 1,56 m, soit un indice de masse corporelle de 42 kg/m².

L'anamnèse alimentaire détaillée met en évidence l'existence d'un trouble du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique avec :

- accès de frénésie alimentaire, avec absorption de grandes quantités de nourriture, jusqu'à l'écoeurement;*
- sentiment de perte de contrôle au cours de la crise;*
- sentiment de honte et de culpabilité après la crise.*

Ces crises surviennent plusieurs fois par semaine depuis environ 6 mois. Il n'y a pas de comportement purgatif associé.

QUESTIONS POSÉES

- Quelles sont les contre-indications psychiatriques à la chirurgie de l'obésité ?
- Quelle relation y a-t-il entre obésité et troubles du comportement alimentaire ?
- Comment prendre en charge un patient souffrant d'obésité présentant des troubles du comportement alimentaire ?

(1) Hôpital de Jour La Clé, Liège, Belgique.
(2) Service de Psychiatrie, CHC MontLégia, Belgique.
(3) Unité de Psychoneuroendocrinologie, Liège Université, Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

RÉPONSES PROPOSÉES

1. QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS PSYCHIATRIQUES À LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ?

Un des objectifs de l'évaluation psychiatrique est de repérer les patients chez qui il existe une contre-indication psychiatrique absolue à la chirurgie de l'obésité (5). Souvent, il convient surtout d'identifier et de prendre en compte précocement les troubles psychiatriques et psychopathologiques pouvant constituer des contre-indications temporaires, car ils peuvent être des facteurs de risque de moins bonne évolution post-opératoire s'ils ne sont pas pris en charge préalablement (6).

Les contre-indications à la chirurgie bariatrique incluent :

- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites;
- les troubles cognitifs ou mentaux sévères;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé.

Ces contre-indications peuvent être considérées comme relatives ou temporaires, sous réserve qu'elles aient pu être améliorées de manière prolongée grâce à une prise en charge appropriée.

Dans de rares cas, l'évaluation psychiatrique initiale identifie un trouble psychiatrique grave décompensé qui constitue une contre-indication absolue à la chirurgie. Dans ce cas, la plupart du temps, elle est alors l'occasion d'évaluer les motivations et les attentes du patient, la capacité de ce dernier à adhérer au suivi à long terme et au changement, avec un objectif d'information et d'éducation (7, 8).

2. QUELLE RELATION Y A-T-IL ENTRE OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents et en augmentation chez les patients souffrant d'obésité, mais ne sont, en aucun cas, systématiques ou spécifiques. Les plus souvent rencontrés sont l'hyperphagie boulimique et les compulsions de type «craving alimentaire». Le «night eating disorder» est également retrouvé. Ces troubles sont sous-estimés dans leur fréquence, leur gravité et leurs répercussions sur les possibilités thérapeutiques. Comme il est rare que le motif de consultation des sujets en surpoids soit d'emblée le désordre alimentaire, il

est indispensable d'évaluer le comportement alimentaire lors de toute prise en charge pour qu'ils bénéficient d'un suivi spécifique afin d'atteindre une perte de poids stable à long terme, faute de quoi ils risquent d'être en situation d'échec.

L'alimentation permet une mise à distance des émotions difficiles. Il y a alternance entre phases restrictives et phases de surconsommation, ainsi que réduction du plaisir lié à l'alimentation. Des comorbidités psychiatriques sont souvent associées (9-11).

HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

La différence centrale avec la boulimie est l'absence de comportement compensatoire (vomissements, laxatifs, effort physique intense...). De ce fait, c'est un trouble caractéristique du sujet en surpoids ou obèse.

Les éléments sémiologiques les plus importants (12, 13) sont :

- une prise alimentaire importante, sans faim, associée à une sensation de remplissage, c'est la notion de frénésie alimentaire;
- la perte de contrôle de l'acte alimentaire que le malade traduit par «je ne peux pas m'en empêcher», «c'est plus fort que moi»;
- un sentiment de honte ou de culpabilité.

Les critères du DSM-V de l'hyperphagie boulimique sont repris dans le **Tableau I** (14).

CRAVING ALIMENTAIRE

Les accès compulsifs se caractérisent par un comportement actif, sélectif sur un ou plusieurs aliments appréciés pouvant souvent s'accompagner d'un sentiment de culpabilité. Il s'agit souvent d'un passage à l'acte succédant à une envie irrésistible de manger, le craving des Anglo-Saxons, souvent solitaire et à l'abri des regards moralisateurs.

NIGHT EATING DISORDER

Les études européennes et américaines suggèrent une forte association entre le «night eating disorder» et l'obésité. Dû soit à des troubles du sommeil, ou au contraire, à un authentique syndrome d'alimentation nocturne, ce trouble du comportement alimentaire est caractérisé par une hyperphagie incontrôlée, soit avant l'endormissement, soit après le réveil. Les sujets affectés gardent généralement une pleine conscience de leur comportement. L'hypothèse est que les individus restreignent leur appétit et leur consommation alimentaire pendant la journée et se réveillent la nuit avec des envies irrépressibles de manger qui résistent à toute stratégie d'évitement. C'est un cercle

Tableau I. Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique selon le DSM-V.

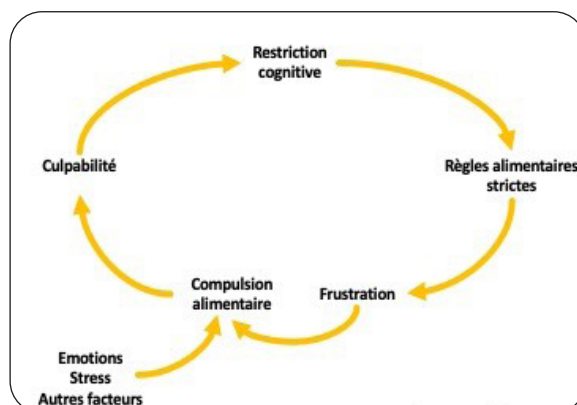
A.	Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) ("binge eating"). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes : 1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
	Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes : 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale. 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale. 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim. 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe. 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
B.	Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée.
C.	Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
D.	Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés et ne surviennent pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie.

vicieux que l'on ne pourra casser qu'en augmentant la consommation diurne. Il est parfois licite d'étudier le sommeil du sujet pour distinguer un trouble de l'alimentation lié à l'insomnie d'un trouble du sommeil lié à un problème de comportement alimentaire (15, 16).

RESTRICTION COGNITIVE ET IMPULSIVITÉ ALIMENTAIRE

L'alimentation est, normalement, gérée de façon automatique par la faim et la satiété dans le but de maintenir l'homéostasie du corps humain. L'organisme est programmé pour réagir aux périodes de famine par une plus grande propension à accumuler des réserves de graisse lorsque l'abondance de nourriture revient. L'importance démesurée accordée au poids et l'anxiété qui en découle incitent la personne à tenter d'exercer un contrôle volontaire sur son alimentation (jeûne, régimes drastiques, règles alimentaires rigides). Ce comportement engendre de la frustration et prend le pas sur les mécanismes de régulation physiologiques, ce qui génère une perte de sensibilité aux signaux de faim et de satiété et une rupture de l'équilibre naturel.

La restriction cognitive se définit comme l'intention consciente et librement déterminée de

Figure 1. Cercle vicieux de la restriction cognitive.

limiter la prise alimentaire dans le but de perdre du poids et/ou de le maintenir (17). Cela favorise les pertes de contrôle du comportement alimentaire telles que grignotages, compulsions alimentaires ou crises de boulimie. L'état d'inhibition alterne fréquemment avec ces pertes de contrôle. C'est le cercle vicieux de la restriction cognitive (Figure 1).

On distingue quatre phases différentes (17):

Phase 1 : les sensations alimentaires sont correctement perçues, mais délibérément ignorées : «Je sais que j'ai faim, mais je décide de ne pas manger».

Phase 2 : les sensations alimentaires sont encore perçues, mais sont impossibles à respecter : «Je sais que je n'ai plus faim, mais je ne peux pas m'arrêter de manger». Ce sont les émotions qui dominent le comportement alimentaire.

Phase 3 : les sensations alimentaires ne sont plus perçues : «Je ne sais plus si j'ai faim ou si j'ai assez mangé». Le contrôle mental est alors la seule manière de ne pas dériver.

Phase 4 : le comportement alimentaire est livré au seul contrôle des émotions. C'est à cette phase que surviennent les maladies comme l'anorexie, la boulimie, l'obésité. Des problèmes émotionnels peuvent déclencher une perte totale de contrôle.

3. COMMENT PRENDRE EN CHARGE UN PATIENT SOUFFRANT D'OBÉSITÉ PRÉSENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

DÉPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

L'identification des troubles du comportement alimentaire et leur prise en charge doivent être

préalables à tout traitement diététique et/ou chirurgical. C'est une étape prioritaire et indispensable dans l'évaluation du patient souffrant d'obésité. En effet, tous les régimes et autres propositions diététiques sont voués à l'échec en présence de ces troubles et, dans ces cas-là, même la chirurgie bariatrique donne des résultats moyens en termes de perte pondérale.

Lors de l'anamnèse, il convient d'investiguer le lien entre les affects négatifs (contrariétés) ou positifs (bonnes nouvelles) et d'éventuelles compulsions et de rechercher les autres déclencheurs possibles. Les comportements compensatoires tels que vomissements ou utilisation de diurétiques, laxatifs, qui permettraient de poser un diagnostic de boulimie seront recherchés. On questionnera le patient sur ses traitements antérieurs et sur son objectif pondéral. Ce poids désiré, rarement réaliste, ainsi que les attentes d'un résultat rapide, sont révélateurs du décalage qui existe entre les attentes des patients et des soignants (18).

La tenue d'un carnet alimentaire (où sont notées les circonstances, qualités et quantités des prises alimentaires) peut permettre au patient de prendre conscience de l'importance d'un comportement souvent méconnu et parfois dénié. Il peut favoriser une meilleure estimation des apports caloriques. Au cours du suivi, il permet de repérer l'importance de la restriction alimentaire, l'éventuelle désorganisation des repas, les circonstances d'apparition et leur lien avec les événements affectifs (9).

PRISE EN CHARGE DU PATIENT SOUFFRANT D'OBÉSITÉ

La prise en charge du patient souffrant d'obésité est une entreprise difficile. Un traitement global de type multidisciplinaire est recommandé, associant les aspects comportementaux, psychologiques, diététiques et, éventuellement, la prise en charge des comorbidités et les impératifs dans le cadre d'une approche bariatrique. Cette prise en charge multidisciplinaire vise à la formation et à l'accompagnement du patient dans la prise de conscience de sa maladie et donc de son traitement, pour être plus performant. Elle nécessite une équipe spécifiquement formée et bien coordonnée. Mais malgré cela, une partie des patients n'arrive pas à maigrir et se retrouve rapidement en échec, ce qui peut faire envisager une solution de chirurgie bariatrique (19).

SE METTRE D'ACCORD SUR DES OBJECTIFS RÉALISTES

Les patients souffrant d'obésité veulent perdre du poids généralement rapidement. Ils préfèrent faire un régime sévère pendant une période déterminée afin de voir des résultats concrets. Ils supposent qu'après la fin du régime, ils pourront manger à nouveau comme avant, sans reprendre de poids. Or, la perte de poids ne peut pas être rapide (1-3 kg par mois au maximum), car imposer un régime restrictif est le meilleur moyen d'entraîner des troubles du comportement alimentaire. Les compulsions et les grignotages sont souvent une réponse à une frustration, à des restrictions et à des régimes trop sévères. Les jeûnes prolongés lors de régimes restrictifs entraînent beaucoup d'hypoglycémies et donc des crises d'hyperphagie. Il n'est pas exclu que des hormones de la faim, telle que la ghréline, corroborent ces hypothèses. Quand le patient envisage une modification de son comportement, il doit s'imaginer que ce sera pour le long terme (18).

APPROCHE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels doivent tenir compte de l'existence de troubles du comportement alimentaires et font partie intégrante de leur prise en charge. Il ne faut pas oublier que certains conseils diététiques génèrent des troubles du comportement alimentaire. Une première étape est d'aménager des compulsions alimentaires en prises de collations (9).

Il est important de ne pas prescrire de régimes restrictifs; il s'agit plutôt d'aider le patient à structurer progressivement son alimentation. Les personnes qui veulent perdre du poids ont tendance à faire de la «restriction cognitive», c'est-à-dire qu'elles ont de multiples croyances sur ce qu'il est bon de faire ou de manger pour perdre du poids ou ne pas en prendre. Ces croyances poussent la personne à se fier préférentiellement à des règles externes plutôt qu'à ses sensations internes pour gérer son alimentation. La personne en surpoids qui fait de la restriction cognitive devra apprendre à manger de tout, mais pas tout le temps, et à se fier à ses sensations de faim et de satiété. On fixe des intervalles réguliers entre les repas et les collations pour que le temps entre les repas ne soit pas trop important. Les moments où l'on mange ne devraient être consacrés qu'à cette activité. Il est recommandé de manger assis, lentement, en se concentrant sur ses sensations, sans rien faire d'autre. On évite de finir les restes, on apprend à jeter si garder est impossible. En fonction des déclencheurs identifiés, le patient

doit trouver des «stratégies» qui l'aident à repousser ou éviter les grignotages et les crises alimentaires (18).

APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

L'hyperphagie boulimique est traitée avec succès par la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie interpersonnelle. Par contre, ces thérapies n'ont que peu ou pas d'effet sur le poids. Ce n'est, du reste, pas leur objectif premier, qui est l'amélioration du comportement alimentaire. Or, il ne faut pas perdre de vue que ces patients veulent essentiellement un traitement pour perdre du poids. C'est pourquoi une approche combinée, cognitivo-comportementale, nutritionnelle, avec pratique d'exercice physique, est nécessaire (20, 21). L'objectif est de traiter l'attitude globale vis-à-vis de la nourriture. L'auto-monitoring des comportements alimentaires est proposé par le biais du carnet alimentaire : le patient doit noter scrupuleusement ce qu'il consomme (nourriture et boissons), le lieu, la manière dont se déroulent l'épisode et les comportements de contrôle du poids. Dans le cas de crises de boulimie, il est demandé au patient de noter les émotions et les pensées survenues avant, pendant et après. Des techniques de contrôle du comportement alimentaire sont proposées afin de le régulariser, comme la mise en place d'un plan alimentaire journalier composé de trois repas principaux et de trois collations. Ce type de programme permet de réduire l'alternance d'épisodes de restriction et de suralimentation. La restructuration cognitive est introduite, centrée sur l'identification des pensées automatiques dysfonctionnelles et des distorsions cognitives concernant l'alimentation, la régulation pondérale et les conséquences sociales et personnelles d'une éventuelle prise de poids (13).

La thérapie interpersonnelle, thérapie brève basée sur la théorie de l'attachement, et les thérapies analytiques ou d'inspiration analytique peuvent également être proposées. Au cours de ces dernières décennies, un grand nombre d'ouvrages ont été publiés, s'inspirant notamment des thérapies cognitivo-comportementales. Des programmes d'auto-traitement sont également apparus sur internet. Il n'est aucunement question de remplacer la composante humaine de la thérapie, mais d'enrichir la palette de soins disponibles pour les personnes qui sont en attente de prise en charge.

PHARMACOLOGIE

Au niveau pharmacologique, différents médicaments ont montré une certaine efficacité

dans la prise en charge des patients présentant des compulsions alimentaires. Les antidépresseurs de type SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), comme la fluoxétine, peuvent aider à réduire la fréquence des crises sur un court terme. La Food and Drug Administration autorise également l'emploi de la lisdexamfétamine pour remédier au syndrome d'hyperphagie incontrôlée («binge eating disorder»). Mais les traitements médicamenteux sont moins efficaces que les psychothérapies et peuvent provoquer des manifestations indésirables non négligeables. Ils sont proposés en combinaison ou pour les personnes réfractaires à la psychothérapie (11, 22).

CONCLUSIONS

En ce qui concerne notre patiente, la consultation pré-chirurgicale aura permis de dépister la problématique d'hyperphagie boulimique, dans un contexte de symptomatologie anxio-dépressive. Une chirurgie de l'obésité est contre-indiquée dans un premier temps. La restriction alimentaire associée au geste chirurgical ne fera qu'accentuer le phénomène de restriction cognitive et, donc, les crises compulsives, avec une perte de poids moindre. Il convient donc de prendre d'abord en charge cette problématique de trouble du comportement alimentaire qui permettra de stabiliser le poids, voire d'initier une perte pondérale.

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents chez le patient en surpoids. Les plus souvent rencontrés sont l'hyperphagie boulimique, les grignotages, les compulsions ainsi que la restriction cognitive. Ils doivent être recherchés systématiquement et, notamment, lorsque le patient consulte afin de bénéficier d'une chirurgie bariatrique. L'obésité en tant que maladie chronique présente toutes les difficultés typiques de la prise en charge sur le long terme, notamment la reconnaissance et l'acceptation de l'état de maladie de la part du patient et sa motivation au traitement. Les complications sont multiples, somatiques, psychologiques ou psychiatriques. Il y a également des répercussions sociales, avec un taux plus élevé de chômage ou d'invalidité chez les personnes souffrant d'obésité (23). Une prise en charge multidisciplinaire, psychiatrique et médicale, est indispensable (24). Elle doit être centrée sur le malade et prendre en compte ses problèmes médicaux, relationnels et psychologiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2020) Obésité et surpoids. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Dernière consultation le 14/01/2021.
2. Paquot N, De Flines J, Rorive M. L'obésité : un modèle d'interactions complexes entre génétique et environnement. *Rev Med Liege* 2012;**67**:332-6.
3. Rorive M, De Flines J, Paquot N, et al. Actualités thérapeutiques dans le domaine de l'obésité. *Rev Med Liege* 2007;**62**:329-34.
4. De Flines J, Rorive M, Esser N, et al. Mise au point d'un patient consultant pour obésité. *Rev Med Liege* 2013;**68**:148-53.
5. Haute Autorité de Santé [HAS]. (2009) Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte. Dernière consultation le 14/01/2021.
6. Mayers I, Charland-Verville V, De Roover A, et al. Le bilan psychologique pré-gastroplastie au CHU de Liège inspiré du BIPASS. *Rev Med Liege* 2020;**75**:738-41.
7. Maréchal V. Place de la consultation psychiatrique dans la chirurgie de l'obésité. *Ann Med Psychol* 2005;**163**:6114.
8. Gohier B, Richard-Devantoy S, Denès D, et al. Le psychiatre et la chirurgie bariatrique. *Ann Med Psychol* 2010;**168**:2203.
9. Basdevant A. *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Paris:Médecine Sciences Publications;2011.
10. Schag K, Schönleber J, Teufel M, et al. Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder - a systematic review: Food-related impulsivity. *Obes Rev* 2013;**14**:477-95.
11. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities: Disordered eating and obesity. *Ann NY Acad Sci* 2018;**1411**:96-105.
12. Sémiologie des troubles du comportement alimentaire de l'adulte. *Cah Nutr Diet* 2001;**36**:2857-62.
13. Shankland R. *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris:Dunod;2009.
14. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, et al. *Mini DSM-5®: critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson SAS;2016.
15. Berg KM, Vialettes B. *Troubles du comportement alimentaire*. Bruxelles:De Boeck & Larcier;2005.
16. Cleator J, Abbott J, Judd P, et al. Night eating syndrome: implications for severe obesity. *Nutr Diabetes* 2012;**2**:e44-e54.
17. Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids [GROS]. (2016) Les régimes amaigrissants sont des troubles du comportement alimentaire. Disponible sur: <https://www.gros.org/les-regimes-amaigrissants-sont-des-troubles-du-comportement-alimentaire>. Dernière consultation le 14/01/2021.
18. Carrard, I., Haenni, M., Reiner, M., Golay, A. Obésité et troubles du comportement alimentaire : comment faire ? *Rev Med Suisse* 2005;**1**:30275.
19. Giusti V. Le parcours thérapeutique du patient obèse. *Rev Med Suisse* 2006;**59**:31206.
20. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;**59**:713-21.
21. Fossati M, Amatti D, Painot C, et al. Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2004;**9**:134-8.
22. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consul Clin Psychol* 2019;**87**:91105.
23. Le Strat Y, Melchior M, Gorwood P, et al. The role of comorbidity in the association of obesity with unemployment and disability. *Ann Epidemiol* 2020;**45**:61-8.
24. Scantamburlo G, Vierset V, Bonnet P, et al. Logbook numérique : un carnet de bord réflexif comme outil d'apprentissage en contexte de stage. *Rev Med Liege* 2016;**71**:210-5.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Pr G. Scantamburlo, Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.
Email : gabrielle.scantamburlo@uliege.be