

Quelle (s) psychothérapie(s), et pour qui, quand une personne est affectée par un TCA ?

Pre Nathalie Godart
nathalie.godart@fsef.net

Aucun...

Facteurs impactant la revue de la littérature : biais de selection



1) Objectif
Thérapies



2) Profession et orientation théorique :

psychiatre pour adolescents
et jeune adultes

Intégrative...et



3) Méthode :

-Période prise en compte : 2024/26

-Méthodologie :

Recos et (synthèses
métaanalyse/review) et Focus articles
Français



1. C'est quoi un TCA ?
2. En conséquence quels traitements?
3. Quelles thérapies ?
4. Vers un traitement personnalisé

1. C'est quoi un TCA?
 1. Définition
 2. Clinique
 3. Etiopathogénie
2. En conséquence quels traitements?
3. Quelles thérapies ?
4. Vers un traitement personnalisé

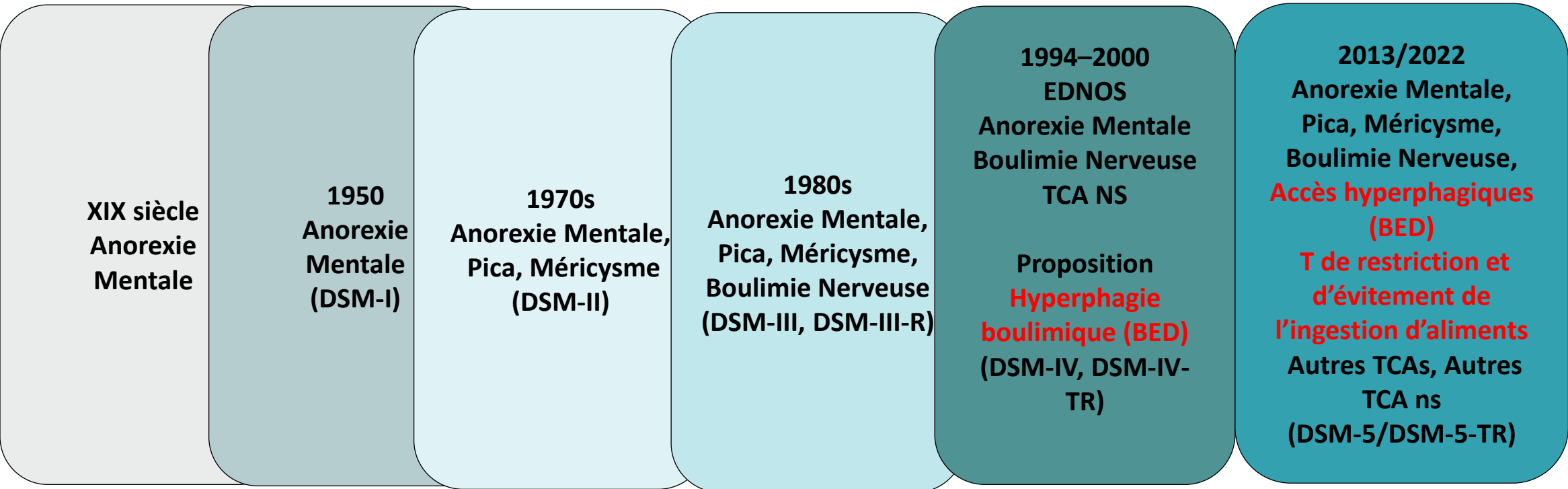
The Incidence and Prevalence of Eating Disorders Between 1975 and 2024: A Commentary on Lee and Chi (2025)

Hans W. Hoek^{1,2,3}

¹University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, the Netherlands | ²Columbia University, Mailman School of Public Health, New York, New York, USA | ³Parnassia Psychiatric Institute, The Hague, the Netherlands

Correspondence: Hans W. Hoek (w.hoek@parnassia.nl)

Evolution de la fréquence des TCA et/ou des diagnostics de TCA... et des traductions



[NDT-108912-historical-evolution-of-the-concept-of-anorexia-nervosa-and-](https://doi.org/10.2147/NDT.S108912) Dell Osso et al . 2016 Jul 7;12:1651–1660.

doi: [10.2147/NDT.S108912](https://doi.org/10.2147/NDT.S108912)

Une épidémie de troubles de restriction et d'évitement de l'ingestion d'aliments (ARFID)?

European Eating Disorders Review

WILEY

COMMENTARY

A Commentary on the Increasing ARFID Referrals to a Tertiary Child and Adolescent NHS Specialist Feeding and Eating Disorder Service in the UK

Danielle Lambert¹ | Emma Willmott^{2,3} | Jo Cryer³

¹Great Ormond Street Hospital NHS Foundation Trust, London, UK | ²South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK | ³Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

+37% demandes de prise en charge depuis 2019 dans un centre tertiaire spécialisé dans les TCA au Royaume-Uni.

Discussion:

Explications multifactorielle possibles pour cette augmentation :

- meilleure reconnaissance d'un diagnostic récent ?
- effet de la pandémie ?
- survie accrue des nourrissons et enfants prématurés (soutien pour l'alimentation dès la petite enfance) ?
- davantage d'informations sur l'ARFID via les réseaux sociaux et les associations ?

Nous avons besoin pour cette population d'interventions plus spécifiques.

ARFID, évolution et TSA :

- 16.27% TSA en cas d'ARFID
- En cas de TSA 11.41% ARFID
- Evolution à 2 ans :

- Persistance du diagnostic
- 3% vers anorexie mentale

International Journal of Eating Disorders

WILEY
International Journal of
EATING DISORDERS

REVIEW OPEN ACCESS

The Co-Occurrence of Autism and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Prevalence-Based Meta-Analysis

Michelle Sader^{1,2} | Annabel Weston³ | Kyle Buchan^{2,3} | Jess Kerr-Gaffney^{2,4} | Karri Gillespie-Smith^{2,3} | Helen Sharpe^{2,3} | Fiona Duffy^{2,3,5}

¹School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK | ²The Eating Disorders and Autism Collaborative (EDAC), University of Edinburgh, Edinburgh, UK | ³School of Health in Social Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK | ⁴Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK | ⁵NHS Lothian Child and Adolescent Mental Health Services, Edinburgh, UK

Correspondence: Michelle Sader (michelle.sader3@abdn.ac.uk)

Received: 27 September 2024 | Revised: 21 December 2024 | Accepted: 22 December 2024

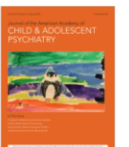
NEW RESEARCH · Volume 64, Issue 2, P262-275, February 2025

Download Full Issue

Prospective 2-Year Course and Predictors of Outcome in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

P. Evelyn Kambanis, PhD^{a,b} · Nassim Tabri, PhD^c · Iman McPherson, BS^a · ... · Nadia Micali, MD, PhD^{f,g} · Elizabeth A. Lawson, MD, MMSc^{a,b} · Jennifer J. Thomas, PhD^{a,b} ... Show more

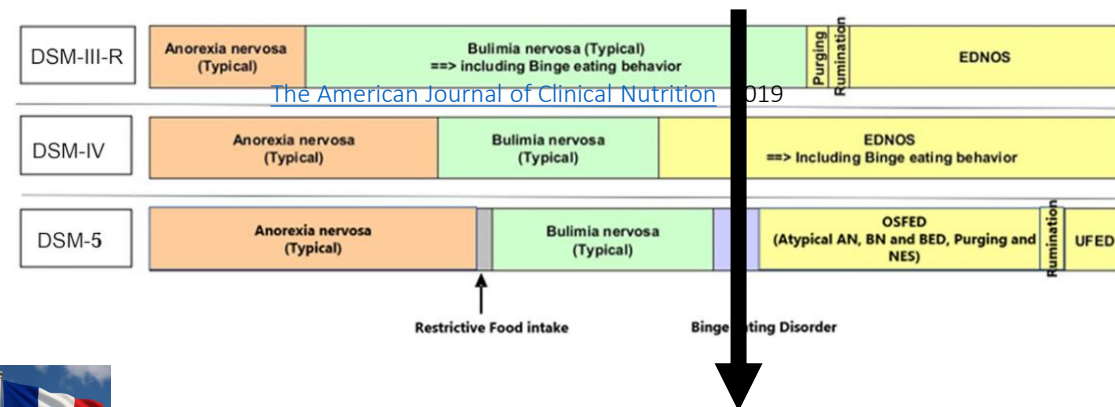
Affiliations & Notes Article Info Linked Articles (1)



Selon la classification une même personne ne reçoit pas le même diagnostic

Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review

Marie Galmiche,^{1,2,3} Pierre Déchelotte,^{2,3} Grégory Lambert,¹ and Marie Pierre Tavolacci^{2,4}



concordance interprofessionnelle variable selon :

- Type de TCA
- Variation des classifications
- Turnover des praticiens.
- Discipline médicale

Received: 8 September 2023 | Revised: 20 November 2023 | Accepted: 27 November 2023
 DOI: 10.1002/eat.24114

BRIEF REPORT International Journal of **EATING DISORDERS** WILEY

The value of a multidisciplinary consensus meeting in achieving agreement on eating disorders diagnosis at a specialized referral center

Jean Philippe Charrat PhD¹ | Catherine Massoubre MD, PhD^{1,2,3} | Aurelia Gay MD, PhD^{1,2} | Baptiste Ravey MD^{1,2,3} | Natacha Germain MD, PhD^{1,3,4} | Bogdan Galusca MD, PhD^{1,3,4}

- **Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments**
- Troubles psychiatriques
- Symptôme clé :
 - perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire
 - entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social



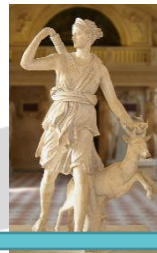
- Le pica,
- Le mérycisme,
- Le trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement, 2012
- L'anorexie mentale, depuis 19ième siècle
- La boulimie nerveuse, 1979
- Hyperphagie boulimique (accès hyperphagiques) 1994 -2012.





TCA : Diagnostics et devenir

Restriction	Excès	
<p>Anorexie mentale (XIXs)</p> <p>+ Perte de poids et/ou poids bas +/- Crise de boulimie Ou autres stries de contrôle de poids (Vomissements/laxatifs/diurétiques/ exercice physique excessif...)</p> <p>Début 14-18 ans 2/3 avant 22*</p>	<p>Boulimie Nerveuse (1979)</p> <p>+ crises de boulimie +/- Restriction ou +/- autres stratégies de contrôle de poids (Vomissements/laxatifs/diurétiques/ exercice physique excessif...) + 1 par sem 3 mois</p> <p>Début 18 ans 2/3 avant 22*</p>	<p>Hyperphagie boulimique (2012)</p> <p>+ crises de boulimie (Crises d'hyperphagie boulimique) douleur avec 3 des éléments Manger beaucoup plus rapidement que la normale.</p> <ol style="list-style-type: none"> Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé. <p>+ souffrance +/- Prise de poids importante</p> <p>Début 21 ans 2/3 avant 25*</p>
<p>Trouble de la perception de l' image du corps influençant l'estime de soi</p>		
<p>Trouble de restriction ou évitement de l'ingestion (2012) d'aliments Feeding disorders avoiding restrictive food intake disorder (ARFID)</p>	<p><small>Review > Mol Psychiatry. 2022 Jan;27(1):281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2.</small></p> <p>Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies</p> <p><small>Marco Solmi #1 2 3, Joaquim Radua #3 4 5, Miriam Olivola 3, Enrico Croce 6, Livia Soardo 7, Gonzalo Salazar de Pablo 3 8 9, Jae Il Shin 10, James B Kirkbride 11, Peter Jones 12 13, Jae Han Kim 14, Jong Yeob Kim 14, André F Carvalho 15, Mary V Seeman 16, Christoph U Correll 17 18 19 20, Paolo Fusar-Poli 21 22 23 24</small></p>	



(World Psychiatry 2024;23:124-138)




Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis

Marco Solmi¹⁻⁵, Francesco Monaco^{6,7}, Mikkel Højlund⁸, Alessio M. Monteleone⁹, Mike Trott^{10,11}, Joseph Firth¹², Marco Carfagno⁹, Melissa Eaton^{13,14}, Marco De Toffoli¹⁵, Mariantonietta Vergine¹⁵, Paolo Meneguzzo¹⁶, Enrico Collantoni¹⁶, Davide Gallicchio¹⁷, Brendon Stubbs¹⁸⁻²⁰, Anna Girardi¹⁶, Paolo Busetto²¹, Angela Favaro¹⁶, André F. Carvalho²², Hans-Christoph Steinhausen²³⁻²⁶, Christoph U. Correll^{5,27-29}

une institution de référence pour la santé des adolescent.e.s et des jeunes adultes

1. Vous avez dit TCA ?
- 2. C'est quoi un TCA en clinique ?**
3. En conséquence quels traitements?
4. Quelles thérapies ?
5. Vers un traitement personnalisé

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

<p>TCA type AM ARFID 1% des jeunes femmes Sex-ratio H/F 1/10</p>  <div data-bbox="517 832 894 1200"> <p>Complications de la dénut/malnut</p> <p>Complications psychiatriques</p> <p>Désinsertion sociale</p> </div>	<p>TCA type Boulimie Nerveuse 2% jeunes Femmes Sex Ratio H/F 1/7 à 1/10</p>  <div data-bbox="1067 832 1444 1212"> <p>Complications vomissements et malnutrition</p> <p>Complications psychiatriques</p> <p>Désinsertion sociale</p> </div>	<p>TCA type Hyperphagie boulimique 3% population Sex Ratio HF ½ à 1/6</p>  <div data-bbox="1674 848 2051 1189"> <p>Complications du surpoids</p> <p>Complications psychiatriques</p> <p>Désinsertion sociale</p> </div>
--	---	--

:20% des femmes et 15% des hommes (Galmiche 2019) . TCA-NS 2 à 4 fois plus fréquents



Clinique avérée de AM

Age, durée évolution, intensité symptômes

Un sujet : génétique et social

Personnalité,
Rigidité,
perfectionnisme

Comorbidité
psychiatriques
(toc, anx, dep,
addictions)

Risque suicidaire

Histoire de
violence abus

Antécédents
familiaux

Diminution appétits
alimentaires



Symptômes
dénutrition

Symptômes
alimentaires : tri,
rituels,
collection, obsessions
Keyes 1950

Complications somatiques
De dénutrition : tous organes
Dont cœur (kaliémie) cerveau..
Chronique croissance, ostéoporose,
fertilité, dents

Rigidité Symptômes de
Anxiété dépression OC
Mattar 2010 2011 2012

TS

Conduites associés variables:
Hyperactivité,
vomissements,
potomanie, mériscysme,
trichotillomanie

Adaptation sociale
Relations familiales

Clinique avérée de BN

Age, durée évolution, intensité symptômes

Un sujet : génétique et social

Crises de Boulimie
Fréquence variable

Personnalité,
état limite, impulsivité

Stratégies de contrôle de poids
(vomissement, activité physique, laxatifs, diurétiques...)

Comorbidité psychiatriques:
dépression,
addictions

Etat clinique global

Complications somatiques
Des vomissements (parotides, **Hypokaliémie**, cardiaques, dents, reins) **TS**

Impulsivité
Auto-agressivité
TS

Histoire de violence abus

Symptômes anxieux et dépressifs)

Antécédents familiaux

Adaptation sociale
Relations familiales

Conduites associés variables:
potomanie, méricysme,
Vols, conduites sexuelles à risque
trichotillomanie

Clinique avérée de HB

Age, durée évolution, intensité symptômes

Un sujet : génétique et social

Crises de Boulimie
Fréquence variable

Personnalité,
état limite, impulsivité

Comorbidité
psychiatriques:
dépression,
addictions

Histoire de
violence abus

Antécédents
familiaux

Etat
clinique
global

Complications somatiques
Du surpoids

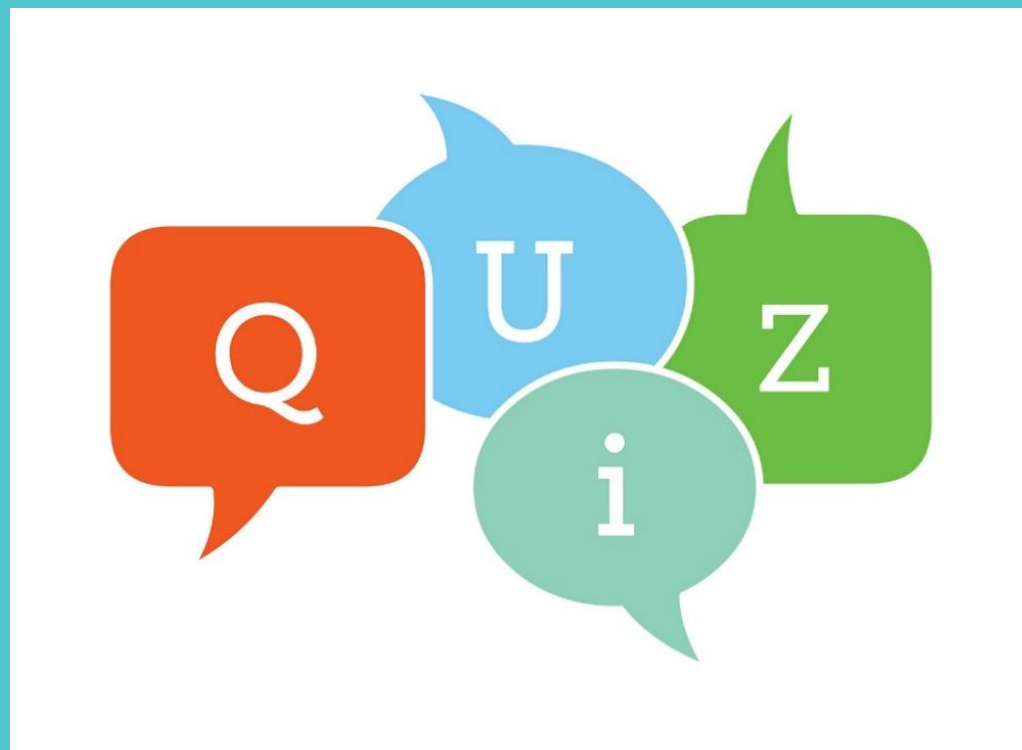
Symptomes
anxieux et
dépressifs)

Adaptation sociale
Relations familiales

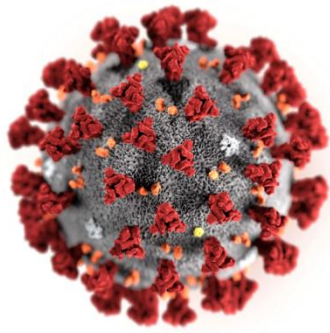
Conduites associés variables:
potomanie, mériscysme,

MODÈLES ÉTIOPATOLOGIQUES





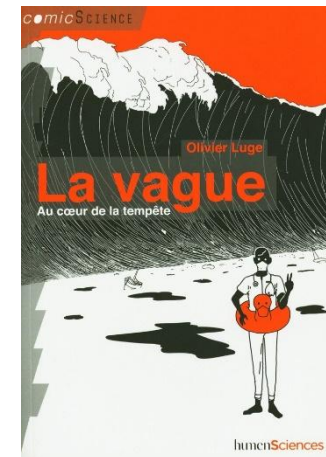
En cas de stress comment mangez-vous ?



La Pandémie de COVID : stress majeur

Augmentation troubles psychiatriques / jeunes

- Anxiété dépression
- TCA
 - Aggravation des situations de TCA existantes
 - Incidence en hausse
 - Saturation des filières de soins





Une épidémie de TCA ? Depuis le COVID plus de TCA ?

META-ANALYSIS

Check for updates

A Systematic Review and Meta-Analysis: Child and Adolescent Healthcare Utilization for Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic

Sheri Madigan, PhD, RPsych, Tracy Vaillancourt, PhD, Gina Dimitropoulos, PhD, Shainur Premji, PhD, Selena M. Kahlert, BSc, Katie Zumwalt, MD, MPH, MSc, Daphne J. Korczak, MD, MSc, Kristin M. von Ranson, PhD, Paolo Pador, BSc (hons), Heather Ganshorn, MLIS, Ross D. Neville, PhD

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2025;64(2):158-171.

Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2023) 28:19
<https://doi.org/10.1007/s40519-023-01547-2>

REVIEW

Check for updates

COVID-19-related changes in eating disorder pathology, emotional and binge eating and need for care: a systematic review with frequentist and Bayesian meta-analyses

Amine Güzel¹ · Naz Lâl Mutlu¹ · Marc Molendijk^{1,2}

BMC Medicine

<https://doi.org/10.1186/s12916-025-04558-1>

Article in Press

Nationwide trends in pediatric hospitalizations for eating disorders in France between 2013 and 2022: a retrospective study using the national health insurance database

Evidence based /Literature :

-52 études > 148 000 enfants et adolescents soignés > 300 services dans 15 pays

-Augmentation du recours aux soins pour TCA pendant la pandémie en particulier pour les filles et adolescents

-augmentation des urgencies, des hospitalisations et des suivis ambulatoires

-en particulier des hospitalizations pour AM et de la sévérité de AM

Augmentation des hospitalisations en post COVID

Chauvet-Gelinier, J.-C., Roussot, A., Vergès, B., Petit, J.-M., Jollant, F., & Quantin, C. (2022). Hospitalizations for Anorexia Nervosa during the COVID-19 Pandemic in France: A Nationwide Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(16), 4787. <https://doi.org/10.3390/jcm11164787>

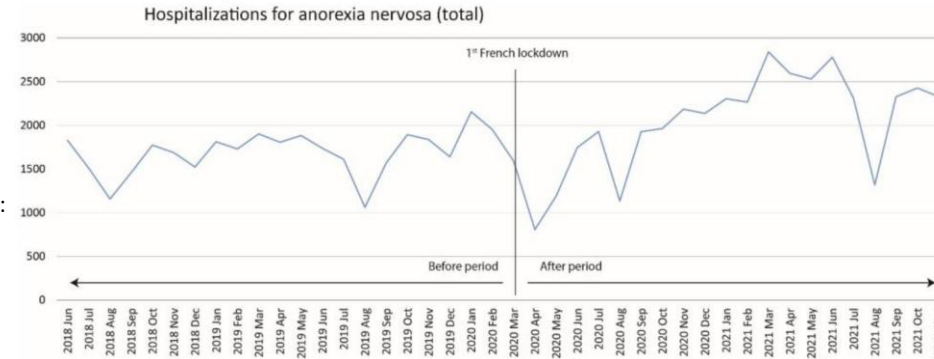


Figure 2 : Nombre d'hospitalisation par mois en France de patients présentant une anorexie mentale entre juin 2018 et novembre 2021

Hospitalisations en pédiatrie : ont doublé entre 2013 et 2022

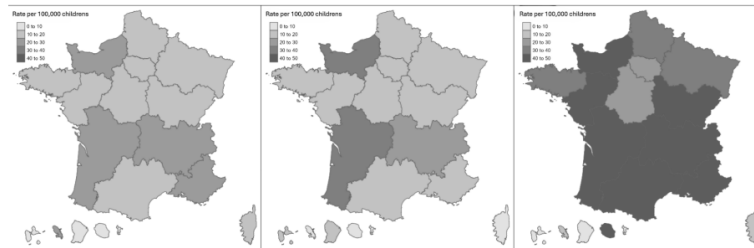
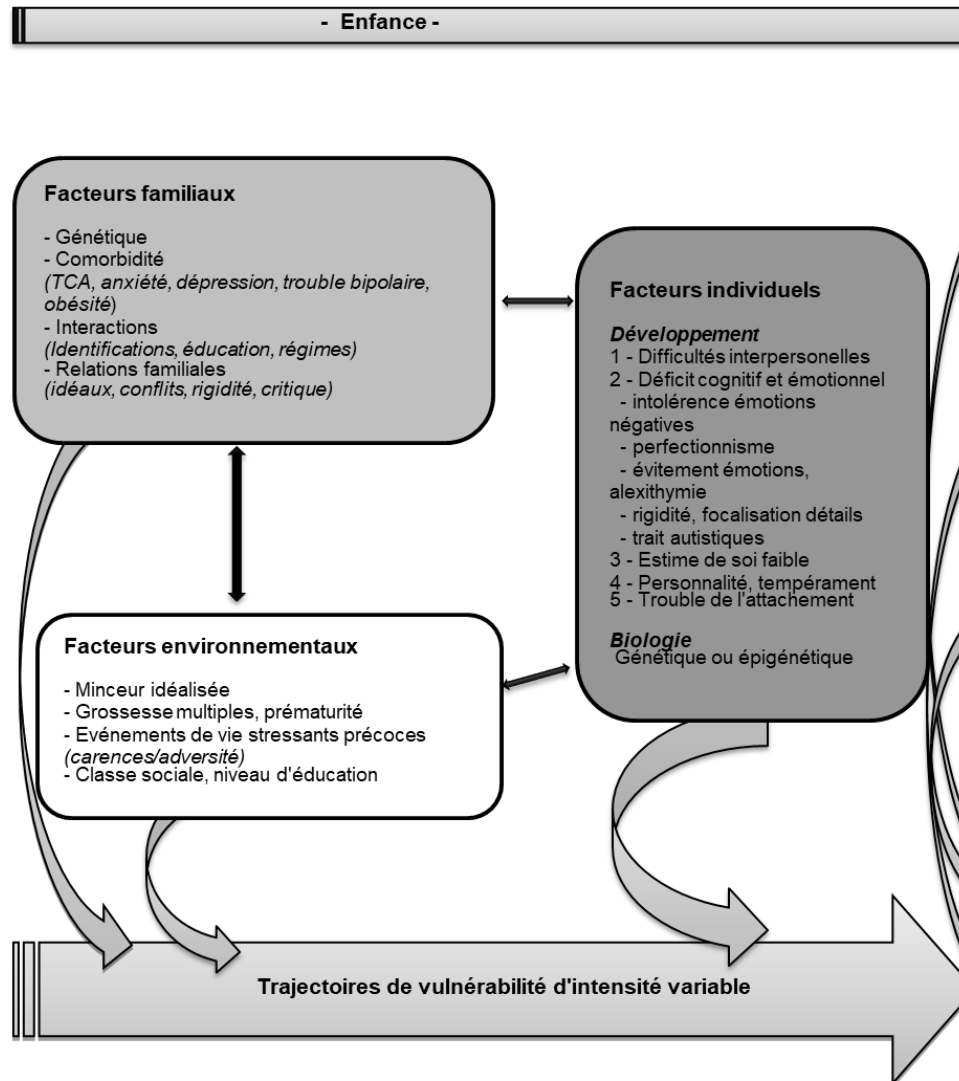


Fig. 2: Standardized rates of the total regional population aged 5--19 for 2013, 2017 and 2022.

Logeais E, Troussier F, Lamer A, Hendrickx M, Levallant M, Khendek L. Nationwide trends in pediatric hospitalizations for eating disorders in France between 2013 and 2022: a retrospective study using the national health insurance database. *BMC Med.* 2025 Dec 5. doi: 10.1186/s12916-025-04558-1. Epub ahead of print. PMID: 41351002.

Diagnosis

Typical and atypical anorexia nervosa	1325 (63.2)	2608 (61.1)	$p < 0.01$
Typical and atypical bulimia nervosa	322 (15.4)	516 (11.1)	$p < 0.01$
Binge eating associated with other psychological disturbances	281 (13.4)	459 (10.2)	$p < 0.01$
Other nonorganic eating disorders	287 (13.7)	971 (21.6)	$p < 0.01$



1. Vous avez dit TCA ?
2. C'est quoi un TCA ?
- 3. En conséquence quels traitements, quelles thérapies ?**
 1. Principe
 2. Recos HAS
 3. Actualités
4. Vers un traitement personnalisé

Soins nutritionnels



Enfant

Adulte

Etat clinique global

Soins Psychiatriques

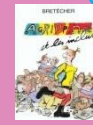
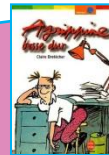
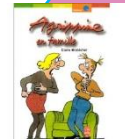


- C'est aujourd'hui la 250e séance et j'ai le plaisir de vous offrir une surprise : 2 tasses de café expresso et 6,5 bars de sucre pendant 6 mois.

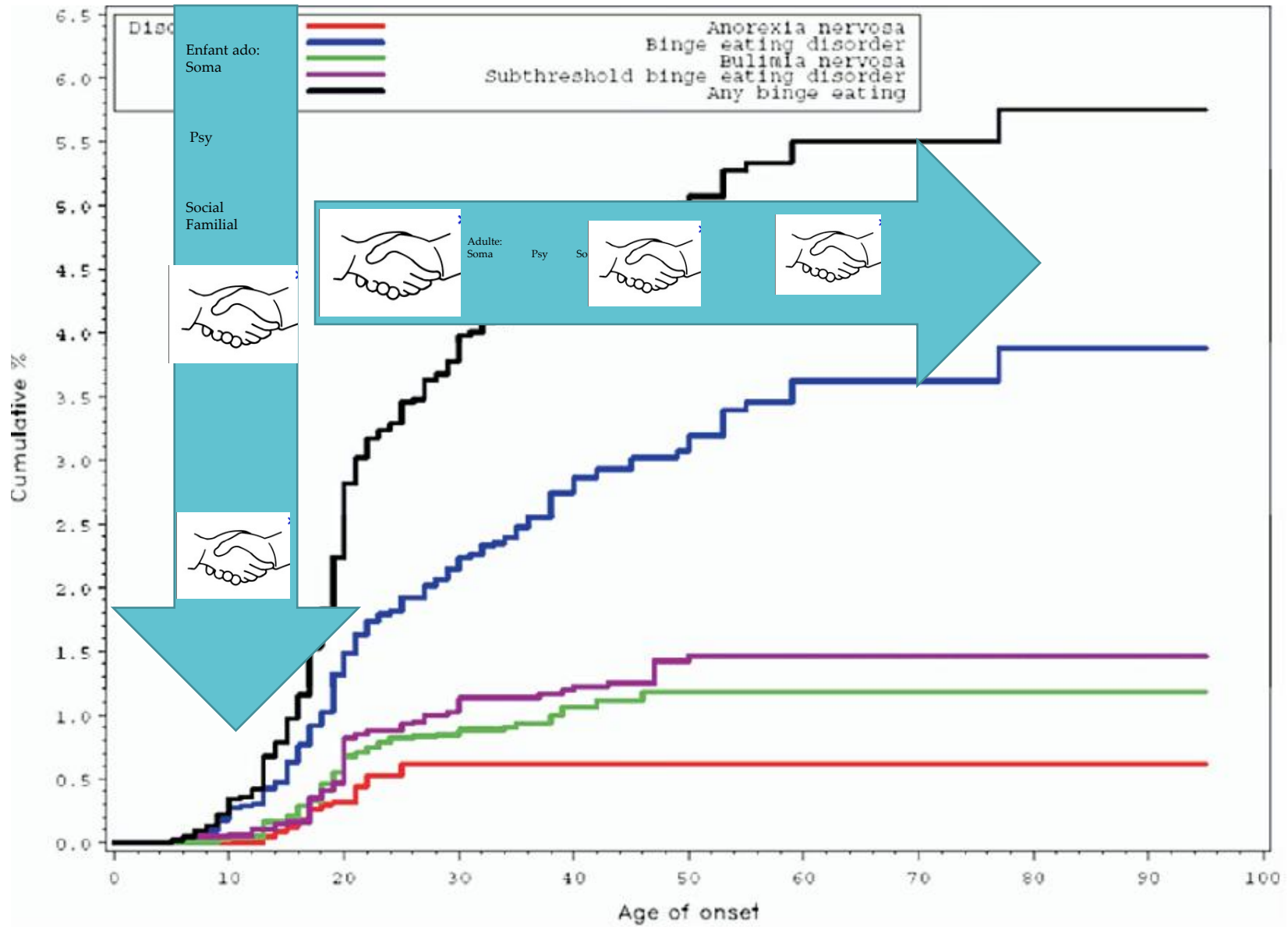
Soins somatiques



Aspects familiaux et sociaux







1. Vous avez dit TCA ?
2. C'est quoi un TCA ?
- 3. En conséquence quels traitements, quelles thérapies ?**
 1. Principes
 2. Recos HAS
 3. Actualités
4. Vers un traitement personnalisé

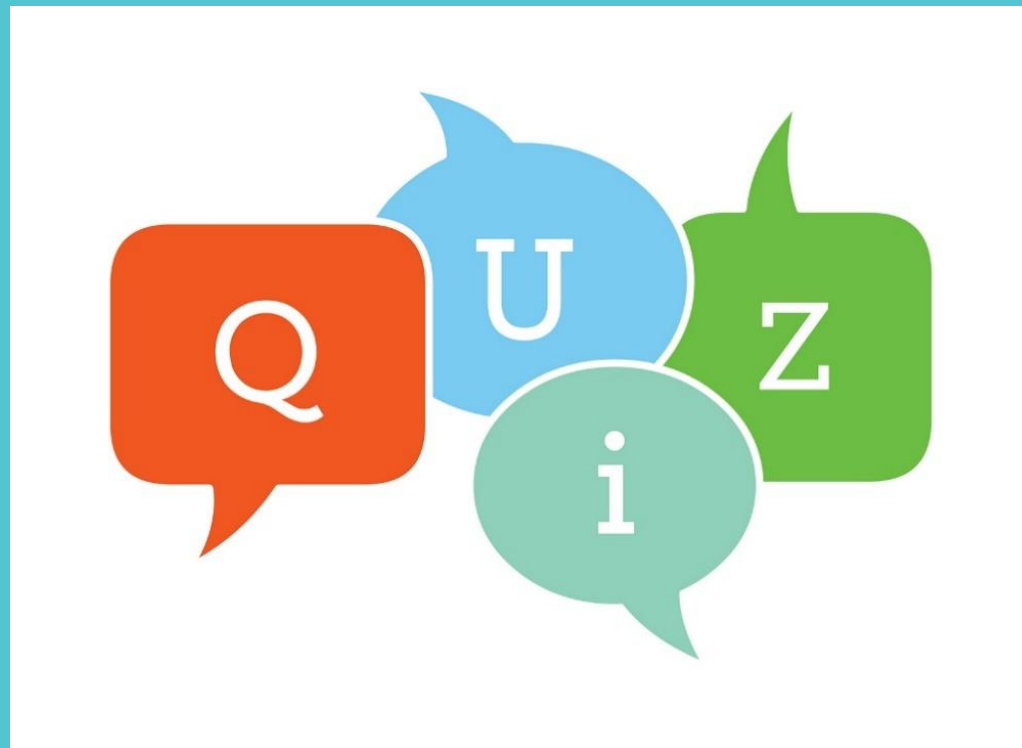
-Prise en soins holistique :

- pluridisciplinaire –somatique, nutritionnelle, psychique, sociale, coordonnée, continue: trouble d'évolution chronique (long mais on peu en guérir)
- adaptée stade évolutif (Staging) et au moment
- adaptée à l'âge
- à la position des personnes concernées /parents
- Selon les ressources locales

-Traitement des comorbidités selon les recos des troubles concernées y compris la question des traumatismes (NICE Guidelines TCA)

-dans cette prise en charge globale sont incluses les psychothérapies

1. Vous avez dit TCA ?
2. C'est quoi un TCA ?
- 3. En conséquence quels traitements, quelles thérapies ?**
 1. Principes
 2. Recos HAS
 3. Actualités
4. Vers un traitement personnalisé



Combien de recos TCA en France?



Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



Avec la participation de



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

ARGUMENTAIRE

Juin 2010



Anorexie mentale : prise en charge

3 - Critères d'hospitalisation à temps plein

Juin 2010

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnesticques	<ul style="list-style-type: none"> Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine Refus de manger¹ : apathie totale Refus de boire Lipolytiques ou malaises d'allure orthostatique Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans Ralentissement idiosyncrasique et verbal, confusion Syndrôme oculaire Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée Tachycardie Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg Hypothermie < 35,5°C Hypertémie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/l Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuls non prédictifs chez l'enfant et l'adolescent) Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) Cytopenie (< 4 x 10⁹) Leucocytose (> 10 000/mm³) Thrombopénie (< 60 000/mm³)
Chez l'adulte	
Anamnesticques	<ul style="list-style-type: none"> Importance et vitesse de l'amalgamement : perte de 20 % du poids en 3 mois Malaises étouffés ou pertes de connaissance Vomissements incoercibles Échec de la réadaptation ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Signes cliniques de déshydratation IMC < 14 kg/m² Amplitude importante avec hypotension artérielle Hypothermie < 35 °C Hypotension artérielle < 90/60 mmHg Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> bradycardie sinusale FC < 40/min tachycardie de repos > 80/min si IMC < 13 kg/m²



Anorexie mentale : prise en charge

1. Repérage

Juin 2010

Messages clés

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels et facteurs d'environnement. Elle se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès et complications somatiques et psychiques nombreuses.
- Le repérage de l'anorexie mentale doit être précoce et ciblé.

REPERAGE PRECOCE ET CIBLE

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoce est de :
 - prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
 - permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.
- Ce repérage doit être ciblé :
 - sur les populations à risque : adolescents, jeunes femmes, mannaquins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes tels que le diabète de type 1, l'hypocholestérolémie familiale, etc. ;
 - lors de la présence de signa(s) d'appel (cf. tableau infra).

MODALITÉS DU REPERAGE CIBLÉ

Questions à poser :

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelq'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DT-TCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 - Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 - Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 - Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 - Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 - Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Document d'information

L'anorexie mentale, et si ça me concernait ?

Juin 2010



Anorexie mentale : prise en charge

2. Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge

Juin 2010

Différents niveaux de soins

- Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intenses et/ou un hospitalisation.
- Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique.
- Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différents étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :
 - les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
 - l'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'emvi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins.

MULTIDISCIPLINARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Intervenants

- Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique¹.
- Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :
 - un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
 - un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences.

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Document d'information destiné aux familles et aux patients

Anorexie mentale : prise en charge

Juin 2010



ation de référence
nté des adolescent.e-s
nes adultes

Quelles formes 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 est fait en fonction du patient, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie.

Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont :

- les thérapies de soutien ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) ;
- les thérapies systémiques et stratégiques.

Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents (grade B). Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge. Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. peuvent être proposées en association.

Moments particuliers de la prise en charge

Lorsque la dénutrition est trop sévère, mettant en jeu le pronostic vital à court terme, la priorité doit être donnée à la prise en charge somatique. L'approche psychothérapeutique se limite alors à du soutien.

Pour les patients ayant une anorexie mentale chronique (cf. annexe 2), le traitement se focalise sur l'amélioration de la qualité de vie et vise à maintenir un poids stable ou de sécurité plutôt qu'à l'obtention d'un poids optimal. Des rémissions ou guérisons tardives sont toujours possibles.

L'absence d'amélioration, voire l'aggravation clinique, incite à reconsidérer le projet thérapeutique dans son ensemble.



Eating Disorders

Additional considerations for children and adolescents with anorexia nervosa

4.4.2.13 Family interventions that directly address the eating disorder should be offered to children and adolescents with anorexia nervosa



For children and adolescents, the evidence indicates that family treatment is the most effective intervention [I].

With the methodological partnership and the financial support of



With the partnership of



With the participation of



SUMMARY OF PRACTICE GUIDELINES

Anorexia nervosa: management

2 - Initial specialist care and management pathways

Family therapy is recommended for children and adolescents (grade B).



The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists

Family therapies. There is moderate research-based evidence for family therapies in younger people with anorexia nervosa up to their late teens, living with family and with an illness duration of less than three years, with evidence that family therapy is more effective than individual treatment (Russell et al., 1987). Whilst family therapy approaches vary in their focus and etiological stances, a common theme is the involvement of family in treatment to help recovery especially in regard to interventions to restore weight.

A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents

Nathalie Godart^{1,2,3*}, Sylvie Berthoz^{1,2,3}, Florence Curt^{1,3}, Fabienne Perdereau^{1,2,3}, Zoé Rein^{1,3}, Jenny Wallier^{1,2,3,4}, Anne-Sophie Horreard¹, Irène Kaganski^{1,3}, Réjane Lucet^{1,3}, Frédéric Atger^{1,2,3}, Maurice Corcos^{1,2,3}, Jacques Fermanian^{3,5}, Bruno Falissard^{2,3}, Martine Flament⁶, Ivan Eisler⁴, Philippe Jeammet^{1,2,3}

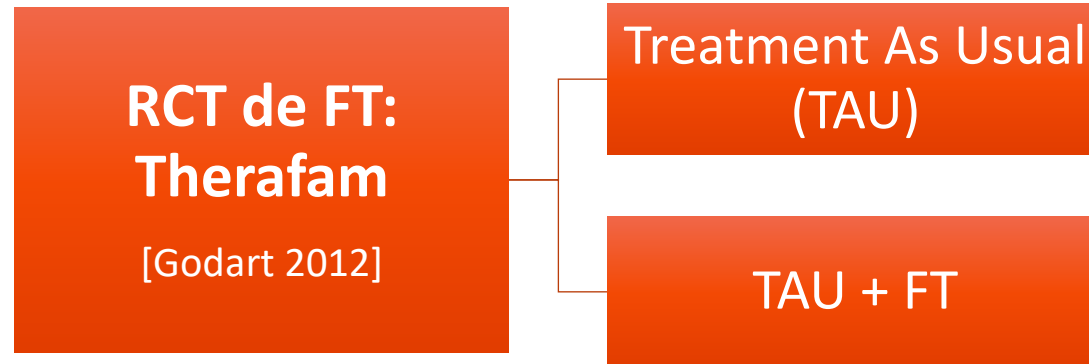
Journal of Child Psychology and Psychiatry / Volume 63, Issue 11 / pp. 1368-1380

Original Article

Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing systemic family therapy (FT-S) added to treatment as usual (TAU) with TAU alone in adolescents with anorexia nervosa

Nathalie Godart✉, Géraldine Dorard, Jeanne Duclos, Florence Curt, Irène Kaganski, Lisa Minier, Maurice Corcos, Bruno Falissard, Ivan Eisler, Philippe Jeammet, Sylvie Berthoz

First published: 18 February 2022



* Godart et al Resolving a disagreement in a clinical team : how we overcame discord about the place of family therapy in an out treatment program for anorexia nervosa. Eat Weight Dis 2006

Anorexie Mentale à début Précoce (AMP)

GUIDE MALADIE CHRONIQUE - Mis en ligne le 27 juil. 2022

Ce protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) explicite aux professionnels concernés la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale et le parcours de soins d'un enfant/adolescent atteint d'AMP. Il a été élaboré par le Centre de Référence Anorexie Mentale à début Précoce à l'aide d'une méthodologie proposée par la HAS. Il n'a pas fait l'objet d'une validation par la HAS qui n'a pas participé à son élaboration.

Documents

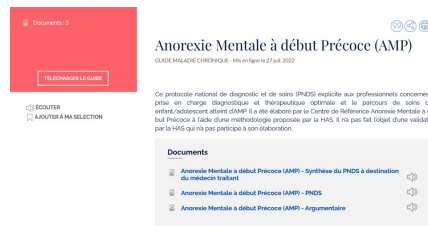
- Anorexie Mentale à début Précoce (AMP) - Synthèse du PNDS à destination du médecin traitant
- Anorexie Mentale à début Précoce (AMP) - PNDS
- Anorexie Mentale à début Précoce (AMP) - Argumentaire

Psychothérapies

La thérapie familiale (Family-based treatment) est devenue la principale approche thérapeutique de première intention de l'anorexie mentale de l'enfant recommandée dans la littérature scientifique (la seule évaluée). Cependant la FBT n'est pas encore très développée en France (peu de professionnels formés).

En France, les approches familiales seront souvent des thérapies familiales systémiques et stratégiques, mais aussi des entretiens parentaux, des entretiens familiaux, des thérapies multifamiliales, des groupes de parents, et des groupes de fratries proposées dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

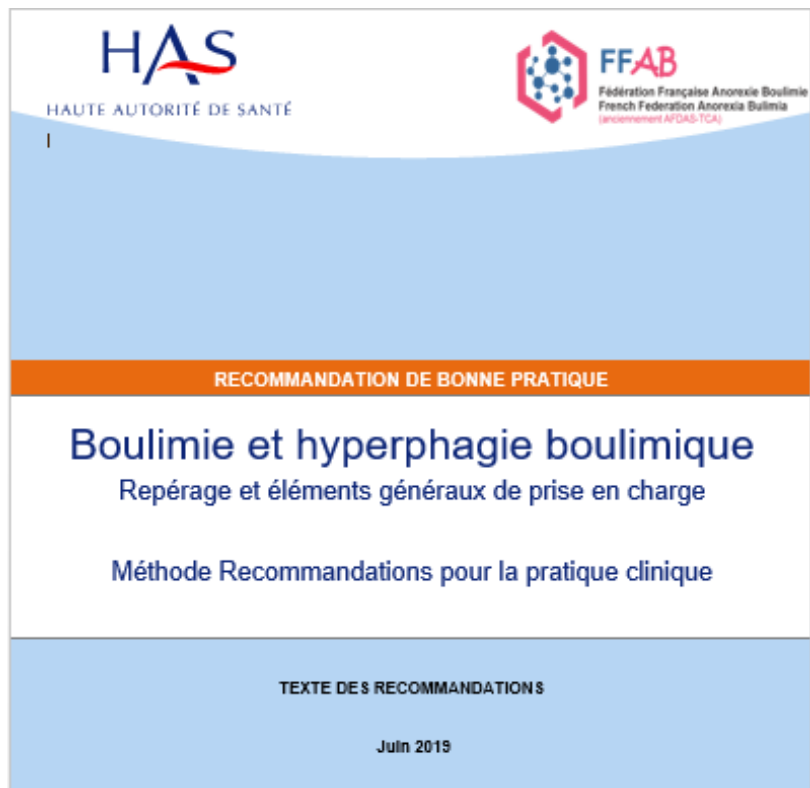
La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est une option thérapeutique à l'efficacité validée en première intention, pour les comorbidités de l'AMP chez l'enfant (troubles anxio dépressifs et TOC)



Voici donc une liste de prises en charge complémentaires optionnelles, envisageables et proposées par certains experts du groupe de travail. Les propositions listées ci-dessous ne font pas toutes consensus au sein du groupe de travail.

- La thérapie multifamiliale (TMF) combine des approches de thérapie de groupe, de thérapie familiale et des éléments de thérapie psychoéducative.
- La remédiation cognitive : propose des exercices cognitifs dans un style motivationnel afin d'améliorer les stratégies cognitives et la flexibilité mentale des enfants avec AMP
- La thérapie cognitivo-comportementale : propose un travail ciblant notamment les cognitions anorexiques et la rigidité.
- Les interventions thérapeutiques de mindfulness (thérapie en pleine conscience) : peuvent aider en ciblant notamment l'anxiété.
- Les thérapies intégratives : reposent sur une approche croisée entre différents courants psychothérapeutiques et visent à explorer les processus cognitifs en jeu dans les troubles alimentaires, les questions identitaires, la gestion émotionnelle, le processus de sociabilisation (ou de resociabilisation à la suite d'une hospitalisation), l'histoire personnelle de l'enfant.

Et 8 fiches ciblants:



FICHE OUTIL 1

Boulimie et hyperphagie boulimique
Repérage

FICHE OUTIL 2

Boulimie et hyperphagie boulimique
Comment en parler ?

FICHE OUTIL 3

Boulimie et hyperphagie boulimique
évaluation initiale et initiation des soins

FICHE OUTIL 4

Boulimie et hyperphagie boulimique
Complications somatiques et prise en charge

FICHE OUTIL 5

Boulimie et hyperphagie boulimique
Prise en charge pluri-professionnelle coordonnée

FICHE OUTIL 6

Troubles des conduites alimentaires
Aspects gynécologiques et obstétricaux
Juin 2019

FICHE OUTIL 7

Boulimie et hyperphagie boulimique
Repérage et prise en charge de l'état dentaire
par le chirurgien-dentiste

FICHE OUTIL 8

Urgences
et troubles du comportement alimentaire

Juin 2019

Objectifs des thérapies



- **Les objectifs du traitement psychiatrique, associant approche psychothérapie et si besoin un traitement psychotrope, sont de :**
 - **renforcer la motivation** à s'impliquer dans le traitement multidisciplinaire, incluant nécessairement des objectifs visant la restauration d'habitudes alimentaires saines ;
 - **réévaluer et amener à changer** les pensées dysfonctionnelles, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au **trouble des conduites alimentaires** ;
 - traiter les **dysrégulations émotionnelles** et les dimensions associées ;
 - traiter les **comorbidités** psychiatriques ;
 - améliorer le **fonctionnement interpersonnel et social** ;
 - traiter les facteurs favorisant le développement ou le maintien des troubles
 - chez les adolescents et les jeunes adultes, obtenir **le soutien de la famille, proposer une guidance parentale et une thérapie familiale** dans les soins mis en place.

Approches recommandées s'intégrant à l'approche pluriprofessionnelle

- ▶ **Outils d'auto-support (*self-help*)** peuvent être proposés avant l'initiation d'une prise en charge ou en début de prise en charge
 - l'auto-support guidé par un professionnel de santé est plus efficace que la version non accompagnée
- ▶ **Thérapies comportementales et cognitives (TCC)** individuelles adaptées aux troubles des conduites alimentaires en première intention ; les thérapies comportementales dialectiques peuvent être proposées chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline comorbide.
- ▶ En cas d'impossibilité ou de refus de TCC, un recours à 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

Références de livres d'auto support sur www.ffab.fr

1. Vous avez dit TCA ?
2. C'est quoi un TCA ?
3. En conséquence quels traitements, quelles thérapies ?
 1. Principe
 2. Recos HAS
 3. Actualités
4. Vers un traitement personnalisé



Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis

Marco Solmi¹⁻⁵, Francesco Monaco^{6,7}, Mikkel Højlund⁸, Alessio M. Monteleone⁹, Mike Trott^{10,11}, Joseph Firth¹², Marco Carfagno⁹, Melissa Eaton^{13,14}, Marco De Toffol¹⁵, Mariantonietta Vergine¹⁵, Paolo Meneguzzo¹⁶, Enrico Collantoni¹⁶, Davide Gallicchio¹⁷, Brendon Stubbs¹⁸⁻²⁰, Anna Girardi¹⁶, Paolo Busetto²¹, Angela Favaro¹⁶, Andre F. Carvalho²², Hans-Christoph Steinhausen²³⁻²⁶, Christoph U. Correll^{5,27-29}

(*World Psychiatry* 2024;23:124-138)



Table 2 Statistically significant moderators of recovery, chronicity and mortality across eating disorders (EDs) identified by subgroup analyses

Moderator	AN	BN	BED	OSFED	All EDs
Age group with 26-50% recovery	Adults	Adults		Adults	Adults
Age group with 51-75% recovery	Children/adolescents		Adults		Children/adolescents
Age group with 76-100% recovery		Children/adolescents	Children/adolescents	Children/adolescents	
Primary treatment component with 0-25% recovery	Pharmacological				
Primary treatment component with 26-50% recovery	Nutritional, FBT, CBT, psychodynamic, multidisciplinary (specific)	Self-help, CBT, psychodynamic, nutritional, pharmacological	CBT, pharmacological, DBT	CBT, multidisciplinary (specific), psychodynamic	FBT, self-help, CBT, psychodynamic, DBT, pharmacological, multidisciplinary (specific)
Primary treatment component with 51-75% recovery		Multidisciplinary (specific), DBT			Nutritional
Primary treatment component with 76-100% recovery			Nutritional		

Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis

Marco Solmi¹⁻⁵, Francesco Monaco^{6,7}, Mikkel Højlund⁸, Alessio M. Monteleone⁹, Mike Trott^{10,11}, Joseph Firth¹², Marco Carfagno⁹, Melissa Eaton^{13,14}, Marco De Toffol¹⁵, Mariantonietta Vergine¹⁵, Paolo Meneguzzo¹⁶, Enrico Collantoni¹⁶, Davide Gallicchio¹⁷, Brendon Stubbs¹⁸⁻²⁰, Anna Girardi¹⁶, Paolo Busetto²¹, Angela Favaro¹⁶, Andre F. Carvalho²², Hans-Christoph Steinhausen²³⁻²⁶, Christoph U. Correll^{5,27-29}

(World Psychiatry 2024;23:124-138)

Les traitements spécifiques associés à des taux de guérison plus élevés étaient :

-AM:

la thérapie familiale (FBT conjointe ou disjointe, TCC, Systémique, TMF)

la thérapie cognitivo-comportementale (CBT E), plus pour adultes

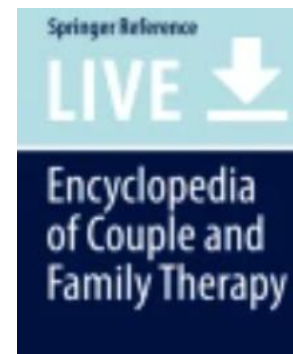
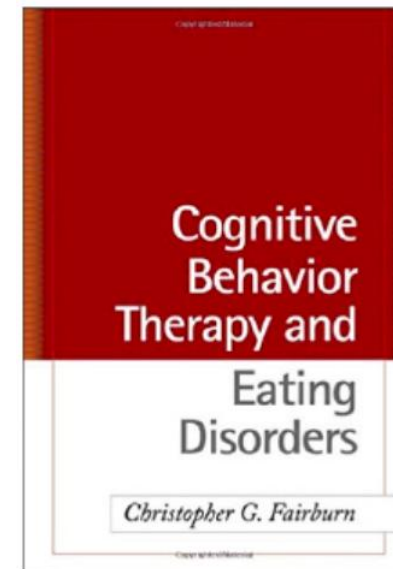
la thérapie psychodynamique ,

les interventions nutritionnelles ,

traitement pharmacologique était associé à une guérison moindre.

NB FBT : tout en un

E CBT : tout en un



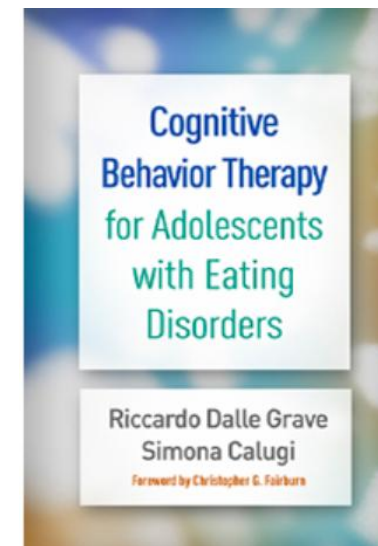
Encyclopedia of Couple and Family Therapy
Editors: Jay Lebow, Anthony Chambers, Douglas C. Breuslin

Maudsley Family Therapy for Eating Disorders

Mima Simic, MD
Consultant Child and Adolescent Psychiatrist
Child and Adolescent Eating Disorders Service
South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Ivan Eisler, PhD
Emeritus Professor of Family Psychology and Family Therapy
Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience
King's College London

Child and Adolescent Eating Disorders Service
South London and Maudsley NHS Foundation Trust



une institution de référence pour la santé des adolescent.e-s et des jeunes adultes

Approche centrée TCC

Objectifs principaux :

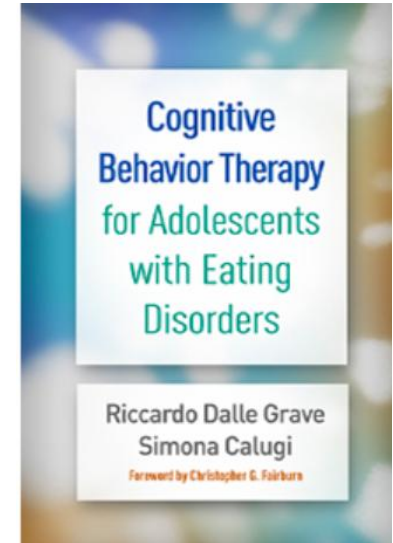
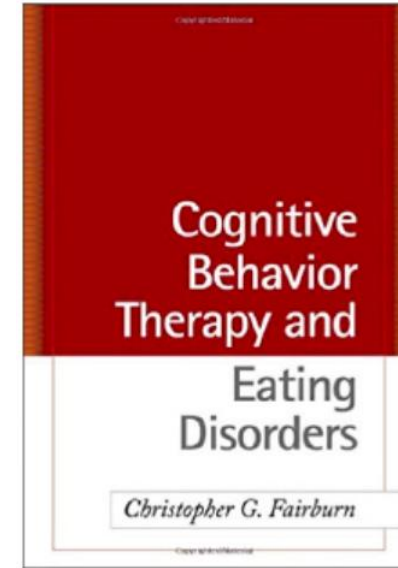
- Normaliser l'alimentation (structure, régularité, flexibilité)
- Réduire les comportements liés au trouble
- Travailler sur les processus cognitifs qui maintiennent le TCA
- Développer des compétences durables et prévenir les rechutes

Les 4 étapes :

1. Engagement et changements alimentaires initiaux
2. Analyse individualisée du maintien du trouble
3. Travail sur les processus de maintien (image corporelle, croyances, régulation)
4. Consolidation et prévention des rechutes

Résumé :

La CBT-E est une thérapie brève, structurée et personnalisée visant à modifier les mécanismes psychologiques qui maintiennent les troubles alimentaires, tout en rétablissant une alimentation fonctionnelle et durable.



1. Principes fondamentaux

Le Family Based Treatment (FBT, est une thérapie centrée sur la famille, dont les principes clés sont :

- Les parents ne sont pas responsables du trouble : ils sont des ressources essentielles.
- La priorité est la restauration pondérale et la santé physique.
- Le modèle est agnostique par rapport aux causes des TCA.
- Les parents prennent d'abord un rôle actif et direct dans la réalimentation.

2. Objectifs du traitement

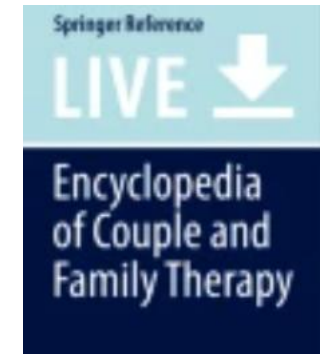
- Restaurer un poids et un état de santé physique sécuritaires.
- Aider les parents à retrouver leur confiance pour soutenir la réalimentation.
- Réduire les comportements liés au TCA.
- Rendre progressivement l'autonomie à l'adolescent une fois la stabilisation obtenue.

3. Les trois phases du modèle de Maudsley

Phase 1 : Restauration pondérale

Phase 2 : Redonner progressivement le contrôle à l'adolescent

Phase 3 : Retour au développement normal de l'adolescent



Encyclopedia of Couple and Family Therapy
Editors: Jay Lebow, Anthony Chambers, Douglas C. Breunlin

Maudsley Family Therapy for Eating Disorders

Mims Simic, MD
Consultant Child and Adolescent Psychiatrist
Child and Adolescent Eating Disorders Service
South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Ivan Eisler, PhD
Emeritus Professor of Family Psychology and Family Therapy
Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience
King's College London

Child and Adolescent Eating Disorders Service
South London and Maudsley NHS Foundation Trust



Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis

Marco Solmi¹⁻⁵, Francesco Monaco^{6,7}, Mikkel Højlund⁸, Alessio M. Monteleone⁹, Mike Trott^{10,11}, Joseph Firth¹², Marco Carfagno⁹, Melissa Eaton^{13,14}, Marco De Toffol¹⁵, Mariantonietta Vergine¹⁵, Paolo Meneguzzo¹⁶, Enrico Collantoni¹⁶, Davide Gallicchio¹⁷, Brendon Stubbs¹⁸⁻²⁰, Anna Girardi¹⁶, Paolo Busetto²¹, Angela Favaro¹⁶, Andre F. Carvalho²², Hans-Christoph Steinhausen²³⁻²⁶, Christoph U. Correll^{5,27-29}

(World Psychiatry 2024;23:124-138)

Les traitements spécifiques associés à des taux de guérison plus élevés étaient :

-BN:

Self-help,

la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), -Enhanced Cognitive Behavioral Therapy-

la thérapie comportementale dialectique (TCD),

la thérapie psychodynamique,

les traitements nutritionnels et pharmacologiques

Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis

Marco Solmi¹⁻⁵, Francesco Monaco^{6,7}, Mikkel Højlund⁸, Alessio M. Monteleone⁹, Mike Trott^{10,11}, Joseph Firth¹², Marco Carfagno⁹, Melissa Eaton^{13,14}, Marco De Toffol¹⁵, Mariantonietta Vergine¹⁵, Paolo Meneguzzo¹⁶, Enrico Collantoni¹⁶, Davide Gallicchio¹⁷, Brendon Stubbs¹⁸⁻²⁰, Anna Girardi¹⁶, Paolo Busetto²¹, Angela Favaro¹⁶, Andre F. Carvalho²², Hans-Christoph Steinhausen²³⁻²⁶, Christoph U. Correll^{5,27-29}

(World Psychiatry 2024;23:124-138)

-HB:
la TCC,
les interventions nutritionnelles et pharmacologiques,
et la TCD
(trouble décrit plus récemment)

Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis

Marco Solmi¹⁻⁵, Francesco Monaco^{6,7}, Mikkel Højlund⁸, Alessio M. Monteleone⁹, Mike Trott^{10,11}, Joseph Firth¹², Marco Carfagno⁹, Melissa Eaton^{13,14}, Marco De Toffol¹⁵, Mariantonietta Vergine¹⁵, Paolo Meneguzzo¹⁶, Enrico Collantoni¹⁶, Davide Gallicchio¹⁷, Brendon Stubbs¹⁸⁻²⁰, Anna Girardi¹⁶, Paolo Busetto²¹, Angela Favaro¹⁶, Andre F. Carvalho²², Hans-Christoph Steinhausen²³⁻²⁶, Christoph U. Correll^{5,27-29}

(*World Psychiatry 2024;23:124-138*)

Table 2 Statistically significant moderators of recovery, chronicity and mortality across eating disorders (EDs) identified by subgroup analyses

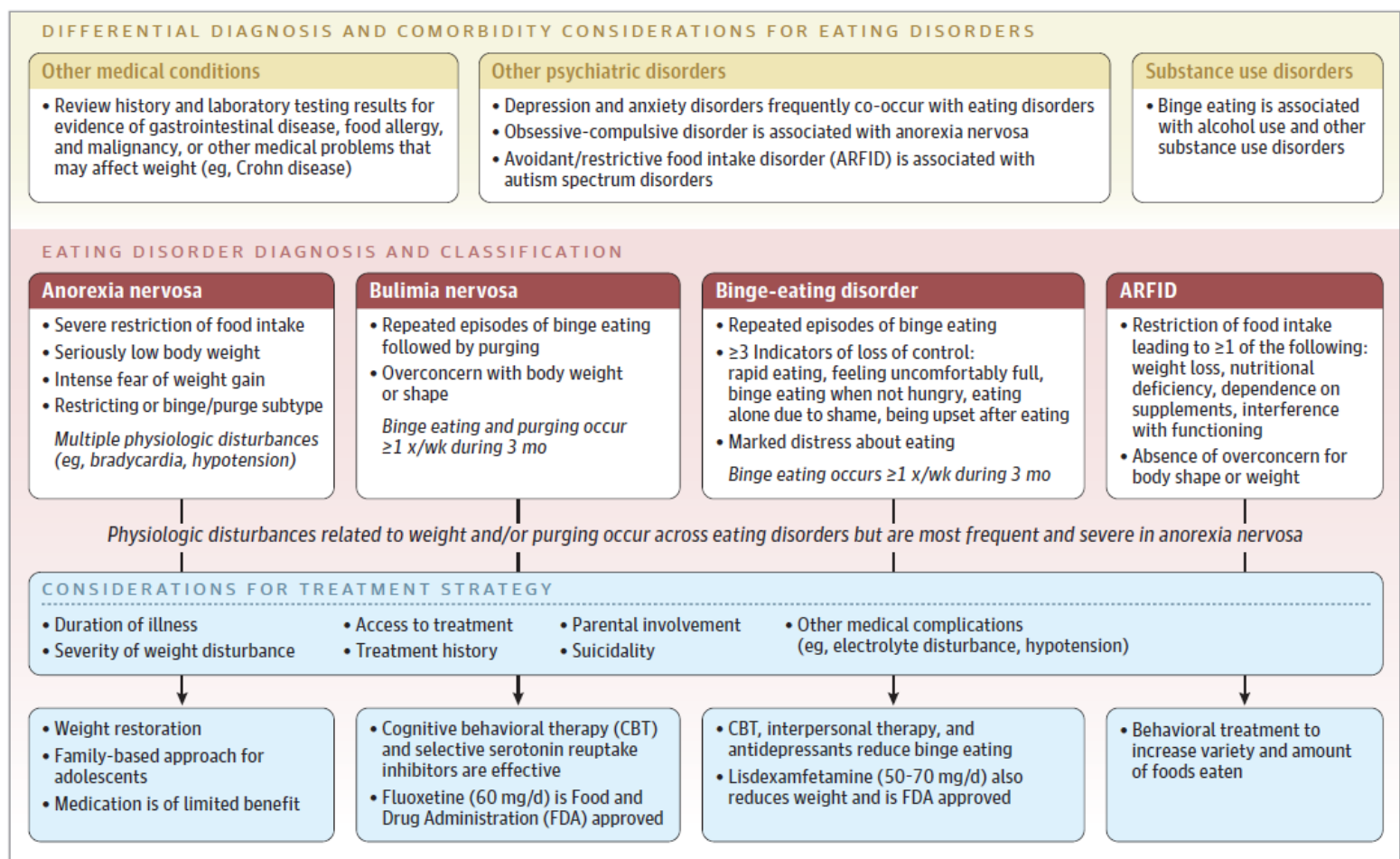
Moderator	AN	BN	BED	OSFED	All EDs
Primary treatment component with >5% mortality	Waiting list				Waiting list
Primary treatment component with 1-5% mortality	CBT, psychodynamic			CBT	CBT, psychodynamic, FBT
Primary treatment component with <1% mortality	FBT, nutritional, multidisciplinary (specific)			Psychodynamic	Psychoeducation, nutritional, multidisciplinary (specific)

AN – anorexia nervosa, BN – bulimia nervosa, BED – binge eating disorder, OSFED – other specified feeding and eating disorders, CBT – cognitive-behavioral therapy, DBT – dialectical behavioral therapy, FBT – family-based therapy. Treatment-as-usual and interventions tested in one study only are not included. Results of additional subgroup analyses are reported in the supplementary information.



Eating Disorders: A Review

Figure. Eating Disorder Differential Diagnosis, Assessment, and Treatment Considerations



Box. Treatment of Eating Disorders

1. What Should Clinicians Know About Anorexia Nervosa?

Anorexia nervosa is a potentially life-threatening disorder that can develop in individuals from all racial, ethnic, and socioeconomic backgrounds. Treatment focuses on weight restoration and normalization of eating behaviors and may take place in an outpatient, day-treatment, or hospital setting, depending on the severity of symptoms. Adolescents with anorexia nervosa benefit from family-based treatment.

2. What Are Effective Treatments for Bulimia Nervosa?

Evidence-based treatments for bulimia nervosa include cognitive behavioral therapy (CBT) and antidepressant medications. The selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine (60 mg/d) is Food and Drug Administration (FDA) approved for use in bulimia nervosa.

3. Which Treatments Are Helpful for Binge-Eating Disorder?

Binge-eating disorder symptoms typically improve with psychotherapy (eg, CBT) and pharmacotherapy (eg, antidepressant medications). The stimulant lisdexamfetamine is the only FDA-approved medication for treatment of binge-eating disorder.

Table 3. Psychotherapy Interventions for Eating Disorders

Intervention	Description	Comments	Evidence from RCTs
CBT	CBT posits that overconcern with shape and weight leads to excessive food restriction, which predisposes to binge eating. Treatment focuses on normalizing eating behavior and addressing overconcern with shape and weight. Typically delivered via ≈20 individual sessions during ≈6 mo.	CBT is considered first-line treatment for BN and BED. Remission rates at the end of treatment are ≈50%. CBT is not associated with significant weight change. CBT is of benefit for adults with AN but not superior to other psychotherapies. ³⁹	CBT vs waiting list: BN, Hedges $g = 0.97$ (95% CI, 0.44-1.50) ⁴⁰ ; BED, Hedges $g = 1.13$ (95% CI, 0.71-1.55). ⁴¹

Table 3. Psychotherapy Interventions for Eating Disorders

Self-help CBT	Patient learns principles of CBT from reading text, uses techniques described in a manual. In guided self-help, also meets with a therapist.	Self-help CBT vs waiting list or treatment as usual: BN, Hedges $g = 3.44$ (95% CI, 2.05-5.78); BED, Hedges $g = 4.82$ (95% CI, 3.20-7.27). ⁴¹
---------------	--	---

Table 3. Psychotherapy Interventions for Eating Disorders

IPT	<p>IPT focuses on interpersonal difficulties and social deficits that are linked to disturbances in eating behavior. Typically delivered via ≈20 individual or group sessions during ≈6 mo.</p>	<p>Considered first- or second-line treatment for BN and BED. Effect of CBT is somewhat more rapid than that of IPT, but, over time, benefits appear similar.</p>	<p>BN: 2 large RCTs found that long-term benefits were similar to those from CBT.^{42,43} BED: 3 large RCTs found that long-term benefits were similar to those from CBT.⁴⁴⁻⁴⁶</p>
-----	---	---	---

Table 3. Psychotherapy Interventions for Eating Disorders

FBT	<p>FBT focuses on treatment of adolescents by empowering parents to help change patients' eating behavior with guidance from a therapist. Typically delivered in weekly sessions during ≈6 mo.</p>	<p>Considered first-line treatment for adolescents with AN.</p>	<p>FBT therapy for AN or BN vs other treatment. Remission at end of treatment: odds ratio, 1.90 (95% CI, 0.91-3.94). Remission at 6-12 mo: odds ratio, 2.14 (95% CI, 1.29-3.53).⁴⁷</p>
-----	--	---	---



The Psychological Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge-Eating Disorder: Current Status



Nicole K. Johnson, PhD^{a,*}, Dorian R. Dodd, PhD^a,
Scott J. Crow, MD^b, Stephen A. Wonderlich, PhD^a



KEYWORDS

- Eating disorders • Anorexia nervosa • Bulimia nervosa • Binge-eating disorder
- Psychotherapy • Practice guideline

KEY POINTS

- Enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E), Maudsley adult anorexia nervosa (AN) treatment, and specialist supportive clinical management are comparably efficacious and recommended first for adults with AN.
- Family-based treatment has superior efficacy than individual psychotherapies and is the first-line treatment recommended for children/adolescents with AN and bulimia nervosa (BN).
- CBT-E has superior efficacy than other psychotherapies and is the first-line treatment recommended for adults with BN or binge-eating disorder (BED).
- CBT-E is likely efficacious based on growing evidence and is recommended by several practice guidelines for children/adolescents with BED.



REVIEW

Effectiveness of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults: A systematic review

[Sheila Fernández García](#), [Yolanda Quiles Marcos](#) ✉

First published: 03 July 2024 | <https://doi.org/10.1002/erv.3122> |

[VIEW METRICS](#)

- MANTRA appears to be as effective as :
- CBT and SSCM (specialist supportive clinical management) for adults anorexia nervosa
- showing favourable results in body mass index (BMI), eating disorder symptomatology and emotional state



MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults) est un traitement individuel, manualisé, recommandé par le NICE pour les adultes souffrant d'anorexie mentale. Il s'appuie sur un modèle cognitivo-interpersonnel ciblant rigidité cognitive, évitement émotionnel, style social, relations interpersonnelles et construction de l'identité. Le traitement inclut un travail motivationnel, un workbook patient et l'implication des proches.

Il se déroule généralement sur 20 à 30 séances hebdomadaires et vise à renforcer la motivation au changement, améliorer la régulation émotionnelle, l'identité hors maladie et les compétences relationnelles.

Article princeps ayant évalué MANTRA

Schmidt U., Magill N., Renwick B., Keyes A., Kenyon M., et al. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of MANTRA vs SSCM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796–807.

Acceptabilité élevée du traitement.

Efficacité comparable à SSCM sur les symptômes d'anorexie.

MANTRA présente une meilleure adhésion et est perçu comme plus acceptable par les patient·es



REVIEW OPEN ACCESS

The Effectiveness of Psychological Treatment for Anorexia Nervosa in Adolescents: A Critical Review of Randomized Controlled Trials

Renée A. Broersma^{1,2} | Moniek A. J. Zeegers^{2,3} | Jesse Roest⁴ | Ramon J. L. Lindauer^{2,3} | Fabienne Harteveld¹ | Peer van der Helm¹ | James Lock⁵ | Mark Assink¹

- Evidence from randomized controlled trials supports family therapy as a first-line treatment for adolescents with anorexia nervosa
- Studies with a treatment-as-usual (TAU) control condition were excluded (e.g., Godart et al. 2012), because the nature of TAU may differ substantially across studies,
- Lock et al. (2018) tested the addition of CRT or Art Therapy to FBT in adolescents with obsessive-compulsive traits, finding both approaches feasible and acceptable, with some improvement in obsessive-compulsive symptoms. While the addition of such modules appeared to improve cognitive flexibility and maladaptive thinking patterns, these cognitive gains did not translate into significant improvements on core eating-disorder outcomes

1. Vous avez dit TCA ?
2. C'est quoi un TCA ?
3. En conséquence quels traitements, quelles thérapies ?
- 4. Vers un traitement personnalisé**



Anorexia Nervosa—Facts, Frustrations, and the Future

Andrea Phillipou, PhD; Ulrike Schmidt, MD, PhD; Erica Neill, PhD; Stephanie Miles, PhD; Patrick McGorry, MD, PhD; Kamryn T. Eddy, PhD

IMPORTANCE Anorexia nervosa is a prevalent psychiatric illness associated with exceptionally poor outcomes, including high rates of morbidity and premature mortality. Current evidence-based treatments for anorexia nervosa were developed several decades ago and have limited efficacy. The anorexia nervosa field—and the eating disorders field more broadly—has yet to make significant scientific breakthroughs that lead to acceptable outcomes for people with anorexia nervosa.

FINDINGS This Special Communication highlights how the concurrent psychological and physical symptoms of anorexia nervosa contribute to 2 major problems that have held the anorexia nervosa research field back and hindered research innovations: (1) overspecialization and siloing of the field and (2) an overly narrow focus on weight restoration in treatment.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Specific recommendations are made to help progress the field, including taking a multidisciplinary and collaborative approach to research with colleagues from related disciplines, as well as taking a more holistic approach to understanding and treating anorexia nervosa.

JAMA Psychiatry. 2025;82(8):844-847. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.0812
Published online June 4, 2025.

+ CME at jamacmelookup.com

Author Affiliations: Author affiliations are listed at the end of this article.

Corresponding author: Andrea Phillipou, PhD, Orygen, 35 Poplar Rd, Parkville, VIC 3052, Australia (andrea.phillipou@orygen.org.au).

Critique de l'approche actuelle des soins dans l'AM :

- trop en Silo: (Spécialistes des TCA) et non multidisciplinaire et collaborative
- Trop centrée exclusivement sur le poids
- Nécessité de collaboration pluriprofessionnels pour approche holistique



The current clinical approach to feeding and eating disorders aimed to increase personalization of management

Ulrike H. Schmidt^{1,2}, Angelica Claudino³, Fernando Fernández-Aranda⁴, Katrin E. Giel^{5,6}, Jess Griffiths², Phillipa J. Hay⁷, Youl-Ri Kim⁸, Jane Marshall², Nadia Micali⁹⁻¹¹, Alessio Maria Monteleone¹², Michiko Nakazato¹³, Joanna Steinglass^{14,15}, Tracey D. Wade¹⁶, Stephen Wonderlich^{17,18}, Stephan Zipfel^{5,6}, Karina L. Allen^{1,2}, Helen Sharpe¹⁹

¹Centre for Research in Eating and Weight Disorders, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; ²South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ³Eating Disorders Section, Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil; ⁴Clinical Psychology Department, University Hospital of Bellvitge-IDIBELL, University of Barcelona and CIBERObn, Barcelona, Spain; ⁵Centre of Excellence for Eating Disorders, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Medical Hospital, Tübingen, Germany; ⁶German Centre for Mental Health (DZPG), Germany; ⁷Translational Health Research Institute, School of Medicine, Western Sydney University, Penrith, NSW, Australia; ⁸Department of Psychiatry, Ilsan Paik Hospital, Inje University, Gyeonggi-do, South Korea; ⁹Center for Eating and Feeding Disorders Research, Mental Health Center Ballerup, Copenhagen University Hospital - Mental Health Services CPH, Copenhagen, Denmark; ¹⁰Great Ormond Street Institute of Child Health, University College London, London, UK; ¹¹Institute for Biological Psychiatry, Mental Health Centre Sct. Hans, Copenhagen University Hospital - Mental Health Services, Copenhagen, Denmark; ¹²Department of Psychiatry, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy; ¹³Department of Psychiatry, School of Medicine, International University of Health and Welfare, Narita, Japan; ¹⁴Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ¹⁵Department of Psychiatry, Columbia University Irving Medical Center, New York, NY, USA; ¹⁶Institute for Mental Health and Wellbeing, Flinders University, Adelaide, SA, Australia; ¹⁷Sanford Center for Biobehavioral Research, Fargo, ND, USA; ¹⁸Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, School of Medicine and Health Sciences, University of North Dakota, Fargo, ND, USA; ¹⁹School of Health in Social Science, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

Byrne and Fursland
Journal of Eating Disorders (2024) 12:26
<https://doi.org/10.1186/s40337-024-00983-4>

Journal of Eating Disorders

COMMENT

Open Access

New understandings meet old treatments: putting a contemporary face on established protocols



Susan M. Byrne^{1*} and Anthea Fursland²

(World Psychiatry 2025;24:4–31)

Selon :

les types de symptômes

Type de troubles

Sévérité

Stade évolutif

Complications somatiques

Comorbidité passée et actuelles

Adaptation sociale et qualité de vie

Neurocognitions, Cognitions sociales

Emotions

Traits de personnalités

Antécédents familiaux

histoire développementale

FDR

Facteurs protecteurs

Stigma



Traitement personnalisé : prendre en compte les troubles associés qui sont la règle plus que exception

Clinical Psychology & Psychotherapy WILEY

COMPREHENSIVE REVIEW OPEN ACCESS

Prevalence of Eating Disorders in People With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis

Théo Paudex¹ | Francky Teddy Endomba^{1,2,3} | Nathalie Forestier³ | Achille Pierandrei⁴ | Jean-Christophe Chauvet-Gélinier^{1,2,3} | Jean-Michel Pinoit⁴

34 articles (N = 4107)
 TPL : TCA 29,7 % (IC 95 % = [21,6 %, 38,4 %]),
 AM: 9,98 % (IC 95 % = [5,6 %, 15,3 %]),
 BN 16,3 % (IC 95 % = [12,1 %, 21,1 %]),
 HB 16,3 % (IC 95 % = [6 %, 30 %]) et
 TCA NS 18,8 % (IC 95 % = [10,6 %, 28,6 %]).

Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2024) 29:3
<https://doi.org/10.1007/s40519-023-01634-4>

RESEARCH

Preliminary study: cognitive behavioural therapy for insomnia in adolescents with anorexia nervosa

Léna Crevits^{1,2} · Catarina Silva^{1,3} · Flora Bat-Pitault^{1,3}

Received: 19 September 2023 / Accepted: 13 December 2023
 © The Author(s) 2023

31/11 sujet avec AM /Témoins:
 TCC-I : amélioration significative de:

- la latence d'endormissement,
- du temps total d'éveil
- de l'efficacité du sommeil
- du bien-être physique.

Aucun effet significatif n'a été observé concernant les symptômes de l'AN

Traitement personnalisé : prendre en compte les troubles associés qui sont la règle plus que exception

REVIEW OPEN ACCESS

Autism, ADHD, and Their Traits in Adults With Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: A Scoping Review

Lauren Makin^{1,2,3} | Elisa Zesch⁴ | Adia Meyer⁴ | Valeria Mondelli^{1,2} | Kate Tchanturia^{1,3,4,5}

TABLE 1 | Mapping the number of papers investigating autism or ADHD in BN or BED across the four topics of this review: prevalence, experiences and perspectives, clinical differences, and interventions. [Colour table can be viewed at [wileyonlinelibrary.com](https://onlinelibrary.com)]

			Prevalence	Experiences & perspectives	Clinical differences	Interventions	
BN	Autism	Traits	<i>n</i> = 3				
		Screening					
		Diagnosis					
ADHD		Traits	<i>n</i> = 3			<i>n</i> = 12	
		Screening	<i>n</i> = 3				
		Diagnosis	<i>n</i> = 3				
BED	Autism	Traits	<i>n</i> = 2				
		Screening					
		Diagnosis					<i>n</i> = 1
ADHD		Traits	<i>n</i> = 2				
		Screening	<i>n</i> = 4				<i>n</i> = 1
		Diagnosis	<i>n</i> = 4				<i>n</i> = 1

Abbreviations: ADHD, attention-deficit/hyperactivity disorder; BN, bulimia nervosa; BED, binge eating disorder; *n*, number of studies.

29 études :

25 416 participants, femmes 69,3 %.

13 études : l'autisme et le TDAH plus fréquents dans BN ou HB/populations sans TCA.

Prévalence du TDAH :

15 % à 54 % pour la BN

10 % à 36 % pour le BED

3 % à 7 % observés dans la population générale.

Réduction des traits TDAH chez les patients BN :

Les symptômes de TDAH diminuent après la guérison, ce qui suggère que certains symptômes pourraient découler du TCA plutôt que refléter un trouble neurodéveloppemental sous-jacent.



Traitement personnalisé : Comorbidité TSA





Journal of Psychiatric Research 190 (2025) 333–340

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Journal of Psychiatric Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jpsychires

Autism Spectrum symptoms in a population of extremely undernourished patients with Anorexia Nervosa: a pilot study

Margherita Boltri ^{a,b,*}, Tristan Gabriel-Segard ^c, Walter Sapuppo ^d, Nadja Kayser ^e, Marika Dicembre ^e, Ani Yeganyan ^e, Maeva Duquesnoy ^{e,g}, Marion Leboyer ^f, Mouna Hanachi ^{e,g}

33 participants AM
 âgés de 25,5 ± 9,3 ans
 91 % de femmes
 IMC : 12,1 ± 1,4)
 12 % score supérieur au seuil TSA sur l'AQ.

[Check for updates](#)

Développement de programmes de soins personnalisés

UNMASKING ANOREXIA NERVOSA: A CLINICIAN'S PERSPECTIVE ON PERSONALIZED, DIMENSION-INFORMED THERAPY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Bea Pászthy

Semmelweis University, Faculty of Medicine, Pediatric Center, Budapest

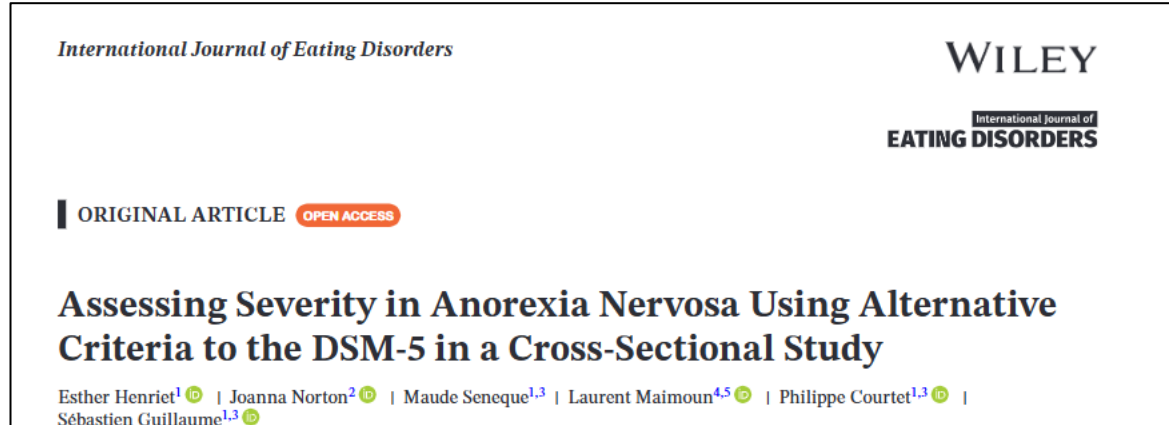


What is PEACE?

PEACE is a Pathway for Eating disorders and Autism developed from Clinical Experience. Our research suggests that around 35% of people experiencing an eating disorder may be autistic, or present with high levels of autistic traits. We hope this pathway will support autistic people suffering with an eating disorder, their loved ones and their clinicians.

[PEACE Pathway - Home](#)





300 sujets avec AM critères alternatifs de sévérité : **surestimation du poids et de la silhouette** est associée à :

- comorbidités psychiatriques,
- psychopathologie des troubles alimentaires,
- impact physique et l'altération fonctionnelle.

En outre en cas de surestimation du poids et de la silhouette, la recherche de la minceur est un critère de gravité supplémentaire



Personnaliser le traitement : organiser la transition adolescent-adulte pour prévenir la rupture dans les soins

Rezakhany et al. *Journal of Eating Disorders* (2025) 13:226
<https://doi.org/10.1186/s40337-025-01397-6> Journal of Eating Disorders

RESEARCH **Open Access**

“This is my place of reference”: transition from adolescent to adult care in a qualitative study of patients with anorexia nervosa

Caroline Rezakhany^{1*}, Mathilde Lambert^{2,3} and Corinne Blanchet^{1,2,3}

13 sujets 18 à 30 ans :
 -Inquiétude à l'idée de quitter l'unité pour adolescents,
 -comme si cela était une preuve de la gravité de leur maladie,
 -Nécessité de planifier la transition

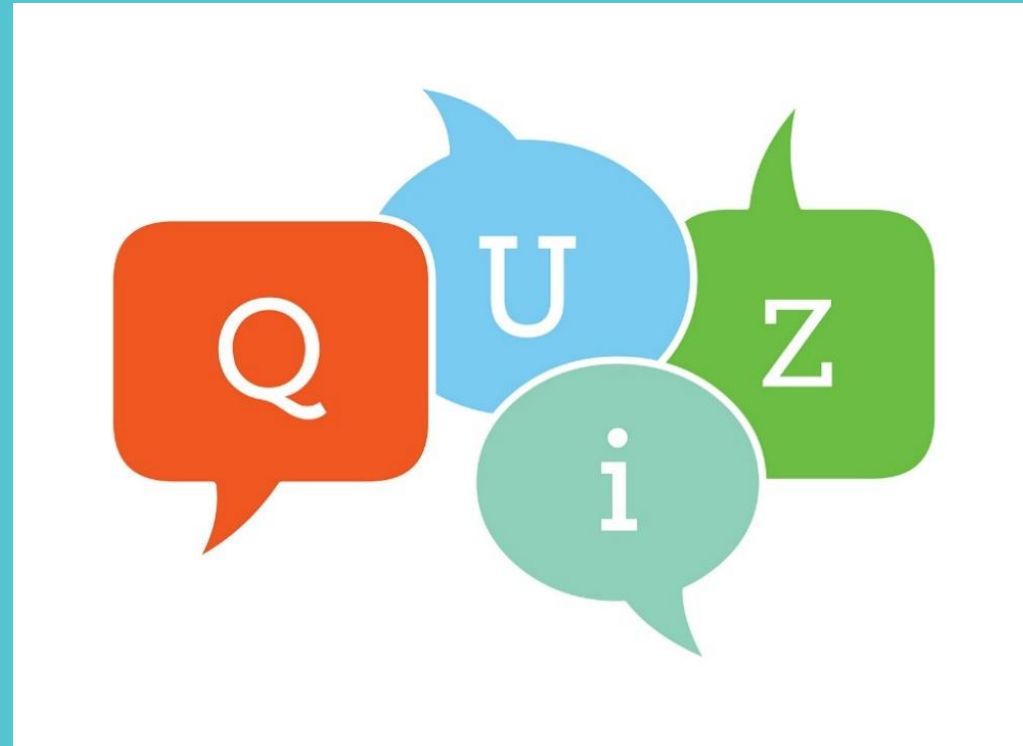
Received: 25 April 2023 | Revised: 22 July 2023 | Accepted: 19 August 2023
 DOI: 10.1002/erv.3030

RESEARCH ARTICLE WILEY

Transition from an adolescent to an adult eating disorder treatment centre: A qualitative investigation of the experience of inpatients with anorexia nervosa and their carers using interpretative phenomenological analysis

Elisabetta Scanferla^{1,2} | Sabrina Seryer¹ | Bernard Pachoud² | Philip Gorwood^{1,3}

12 patients(19 à 30 ans) et 6 parents:
 -sentiment d'être « perdu dans la transition »
 -opportunité de « devenir adulte ».
 -besoin d'un soutien pratique et psychologique pendant le processus de transition (Ado/JA et parents)

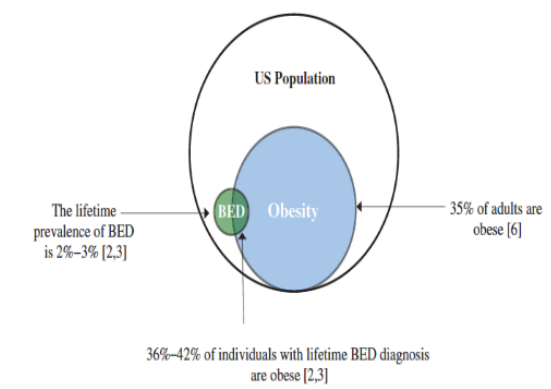
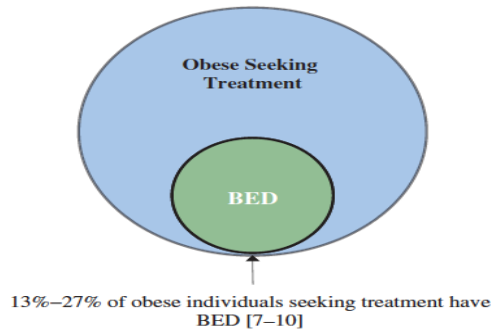


L'obésité est elle un TCA?

Un trouble pondéral ne signifie pas un TCA et vice versa (Source Pr S Guillaume)

- Trouble pondéral**
- Dénutrition
 - Surpoids
 - Obésité

- TCA**
- Anorexie mentale
 - Boulimie
 - Hyperphagie boulimie



Montano et al 2016

REVIEW OPEN ACCESS

The Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating in Adults Seeking Obesity Treatment: A Systematic Review With Meta-Analyses

Hannah Melville¹ | Natalie B. Lister¹ | Sol Libesman² | Anna Lene Seidler^{2,3} | Hoi Yuk Cheng⁴ | Yuen Lam Kwan⁴ | Sarah P. Garnett^{1,5} | Louise A. Baur¹ | Hiba Jebeile¹

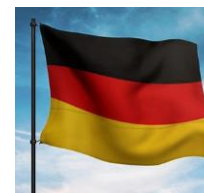
¹Children's Hospital Westmead Clinical School, The University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia | ²NHMRC Clinical Trials Centre, The University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia | ³German Center for Child and Adolescent Health, Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Medicine Rostock, Rostock, Germany | ⁴Nutrition and Dietetics Group, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery, The University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia | ⁵Kids Research, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, New South Wales, Australia

Correspondence: Hannah Melville (hannah.melville@sydney.edu.au)

Received: 20 February 2025 | Revised: 27 May 2025 | Accepted: 27 May 2025

Obésité et HB

- 85 Etudes
- n = 94,295, 75.9% femmes,
- age 44 (5) years, BMI 46 (10) kg/m²
- **HB: 14%** (95% CI: 7 to 22 [PI]: 0 to 43, k = 10, n = 8534)
- Boulimie : 1% (95% CI: 0 to 1, PI: 0 to 2, k = 9, n = 9448)



Archives de Pédiatrie 32 (2025) 261–265



Research paper

Anxiety disorders and major depressive disorders in 299 adolescents hospitalized for assessment of common obesity: A retrospective cohort study

Morgan Seyler^a, Caroline Barry^b, Alexandra Loisel^{a,e}, Marie Rose Moro^{a,b}, Jonathan Lachal^{c,d,1}, Hervé Lefèvre^{a,e,1,*}



- 27,4 % des adolescents présentaient un trouble anxieux (TA),
- 18,7 % un trouble dépressif majeur (TDM)
- 49,2 % n'avaient aucun trouble mental.
- l'exposition à la violence physique ($p < 0,01$) et le score BES ($p < 0,05$) **risque de Trouble anxieux**
- exposition à la violence physique l'année d'admission et le **score BES risque pour le TDM** ($p < 0,05$).



TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA) EN SITUATION D'OBÉSITÉ

pour les professionnels de santé

Inscription en ligne (Invivox)

<https://bit.ly/elearning-ffab-tca-obesite>

Individuels : 110 €

Étudiants et membres FFAB : 55 €

Groupes : 350 €



Connaître et repérer les TCA chez les personnes en situation d'obésité

réalisé par



avec le soutien de



CONTENU DU E-LEARNING

Introduction

> Mme Anne-Sophie JOLY, présidente du Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO)

Module 1 : « TCA et obésité, de quoi parle-t-on ? »

> Pr Paul BRUNAUT, Professeur de Psychiatrie et d'Addictologie, CHRU et à Université de Tours
> Pr Ronan THIBAUT, Professeur de Nutrition, CHU et Université de Rennes

Module 2 : « Repérage, dépistage, principe d'évaluation »

> Pre Najate ACHAMRAH, Professeure de Nutrition, CHU et Université de Rouen

Module 3 : « TCA de l'obésité : spécificités des comorbidités et des complications »

> Pr Sébastien GUILLAUME, Professeur de Psychiatrie, CHU et Université de Montpellier
> Pr Patrick RITZ, Professeur de Nutrition clinique, CHU et Université de Toulouse

Module 4 : « TCA et chirurgie bariatrique : de la question de l'indication aux complications post-chirurgie »

> Pre Judith ARON-WISNEWSKY, Professeure de nutrition, CHU Pitié-Salpêtrière (AP-HP) et Sorbonne Université à Paris ; présidente du GCC-CSO, association qui coordonne au niveau national les Centres Spécialisés Obésité (CSO)
> Pr Sylvain ICETA, Professeur adjoint de Psychiatrie, Université Laval à Québec (Canada) ; Clinicien-chercheur à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)

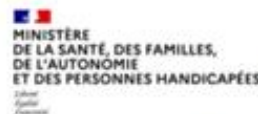
Module 5 : « Grandes lignes du traitement et orientation »

> Dre Claire RIVES-LANGE, médecin Nutritionniste et maître de conférence, Hôpital européen Georges Pompidou (AP-HP) à Paris et Université Paris Cité
> Dr Philibert DURIEZ, médecin Psychiatre et maître de conférence, CH Sainte-Anne (GHU-PPN) à Paris et Université Paris Cité

Conclusion

> Dre Corinne BLANCHET, médecin Endocrinologue nutritionniste, Hôpital Cochin (GHU AP-HP Centre), Paris ; Co-présidente de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) et vice-présidente du Réseau TCA Francilien

NOS PARTENAIRES



Conclusion :Quelle (s) psychothérapie(s), et pour qui, quand une personne est affectée par un TCA ?

-La thérapie doit s'intégrer à une prise en soins pluridisciplinaire qui inclus une évaluation psychiatrique, nutritionnelle et somatique, puis les suivis nécessaires

-Proposition du type de thérapie dépendra (Théorie):

Données Evidence Based (est EB ce qui est évalué! ; quid apport approches corporelles, peu évaluée... cf APA, Yoga, Chi-QONG , flottaison...avenir)

Age (enfant adolescents en première indication TF; TI à l'âge adulte ;association possible si besoin)

Moment évolutif (intensité, staging)

-Mise en œuvre (Réalité):

Convictions théoriques du prescripteur....

Disponibilité de la technique

Souhait de la personne concernée (choix, disponibilité de temps...) voire de celui sa famille

Coût....

-Traitement personnalisé inclus les comorbidités: CAT (NICE) les traiter selon les règles de l'art des recos sur chaque trouble

DU



FORMATION HYBRIDE
MODULARISABLE
PRÉSENTIEL (PARIS) ET À DISTANCE

► **Troubles de conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent, DU national de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)**

[FFAB | Instagram, Facebook, TikTok | Linktree](#)

[Journée mondiale TCA - YouTube](#)



JOURNÉES 2026

26 et 27 mars à Rouen

<p>Recherche (26/03)</p> <p>« De la recherche fondamentale à la recherche appliquée »</p>	<p>Clinique (27/03)</p> <p>« TCA de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : actualités cliniques »</p>
--	--



Inscriptions formation continue ou en individuel





Programme, tarifs et infos pratiques : www.ffab.fr/527



















Soirée des 20 ans de la FFAB

Inscriptions
my.weezevent.com/journees-ffab-2026

*Novotel Rouen Centre Cathédrale
Jeudi 26 mars 2026 à 19h30*