

**ANNEE 2023**

N°

**TITRE DE LA THESE**

Efficacité des interventions psychothérapeutiques dans le  
traitement de l'hyperphagie boulimique et de l'obésité comorbide :  
une revue systématique

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10 Octobre 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Niccolò ASMINI

Né le 06/10/1993

A Genova

## - **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2023**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**Efficacité des interventions psychothérapeutiques dans le  
traitement de l'hyperphagie boulimique et de l'obésité comorbide :  
une revue systématique**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10 Octobre 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Niccolò ASMINI

Né le 06/10/1993

A Genova

Année Universitaire 2023-2024  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2023

**Doyen :**

Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### Discipline

M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-François	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
			(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

### Discipline Universitaire

Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
M.	Jean-David	<b>FUMET</b>	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILLIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Maxime	<b>NGUYEN</b>	Anesthésie réanimation
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

### PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

### PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX-WALDNER</b>	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Trojak Benoit

Membres :

Monsieur le Professeur CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe

Madame le Docteur FORESTIER Nathalie

Monsieur le Docteur PIERANDREI Achille



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

## Remerciements

*A mon Honorable Jury :*

*A Monsieur le Professeur, TROJAK Benoit, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour vos remarques et vos conseils pertinents. Voyez dans ce travail l'expression de mon profond respect.*

*A Monsieur le Docteur PIERANDREI Achille, tu me fais l'honneur d'être directeur de ma thèse et je te remercie pour les conseils que tu m'as donné tout au long de ce travail.*

*A Monsieur le Professeur CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe, vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury et de juger ce travail, merci d'avoir contribué à la rédaction de ce travail.*

*A Madame le Docteur FORESTIER Nathalie, tu me fais l'honneur de faire partie de ce jury et je te remercie pour ton investissement et ta gentillesse.*

*Un grazie sincero alla mia famiglia che mi ha permesso di diventare quello che sono oggi.*

*Ai miei Carusini*

## Tables des matieres

<b>Liste des sigles ou abréviations</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>12</b>
<b>2. Méthodes</b> .....	<b>14</b>
Critère d'éligibilité .....	14
Stratégie de recherche et sélection .....	14
Processus d'extraction des données .....	15
Données sélectionnées.....	15
Étude du risque de biais .....	15
Synthèse des données.....	15
<b>3. Résultats</b> .....	<b>16</b>
Caractéristiques des études.....	16
Risques de biais .....	16
Synthèse des résultats.....	17
<b>4. Discussion</b> .....	<b>18</b>
Analyse des résultats .....	18
Forces et limites.....	18
<b>5. Bibliographie</b> .....	<b>22</b>
<b>6. ANNEXES</b> .....	<b>24</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>26</b>

## Table des Tableaux

<b>TABLEAU 1: RÉSUMÉ DES CARACTERISTIQUES DES ÉTUDES</b> .....	25
<b>TABLEAU 2: RESUME DES RISQUES DE BIAIS DES ETUDES</b> .....	25

## Table de Figures

<b>FIGURE 1: PRISMA FLOWCHART</b> .....	24
---	----

## Liste des sigles ou abréviations

BE	<i>Binge eating</i>
BED	<i>Binge eating disorder</i>
BST	<i>Brief Strategy therapy</i>
BWL	<i>Body Weight Loss</i>
DSM	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
ECR	<i>Etude contrôlée Randomisée</i>
IMC	<i>Index de Masse Corporelle</i>
IP	<i>Inpatient Program</i>
IPT	<i>Inter-Personal Therapy</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
RoB	<i>Risk of Bias</i>
Sh-TCC	<i>Self help-Thérapie Cognitive et Comportamentale</i>
TAU	<i>Treatment As Usual</i>
TCC	<i>Thérapie Cognitive et Comportamentale</i>
VR-TCC	<i>Virtual Reality- TCC</i>
UC	<i>Usual Care</i>

## 1. Introduction

Les troubles de conduites alimentaires (TCA) peuvent être présentes dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes (1). Ils surviennent le plus fréquemment chez les jeunes femmes, avec des taux de prévalence qui peuvent atteindre 10 % dans la population générale (2). Parmi les trois principales TCA le plus fréquent est l'hyperphagie boulimique ou *binge eating disorder* (BED) (3). Les épisodes récurrents de *Binge eating* (BE) sont la caractéristique principale du trouble et se caractérisent par la consommation d'une quantité inhabituellement élevée de nourriture associée au sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation au cours de l'épisode (4).

En parallèle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré en 1997 que l'obésité était un problème majeur de santé publique et une épidémie mondiale. La définition de surpoids et obésité se définit par l'indice de masse corporelle (IMC) qui se calcule en divisant le poids en kilogramme par la taille en mètre au carré. L'obésité est donc définie par un  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ .

Selon les estimations de l'OMS, « plus de 1,9 milliard d'adultes âgés de 18 ans sont en surpoids, et parmi ceux-ci, plus de 650 millions d'adultes sont obèses ». La prévalence de l'obésité dans les pays occidentaux et développés a considérablement augmenté au cours des derniers quarante ans, et si cette tendance se poursuit, la prévalence mondiale de l'obésité sera de 18 % chez les hommes et supérieure à 21 % chez les femmes en 2030 (5).

La recherche depuis quelques décennies a commencé, donc, à s'intéresser de plus en plus à l'obésité et aux causes de l'augmentation exponentielle de sa prévalence au niveau mondial. La caractérisation de plusieurs obésités a été définie au cours des années et un lien probablement bidirectionnelle entre le BED et obésité a été établi (6).

Nous estimons que les personnes atteintes d'un BED sont 3 à 6 fois plus susceptibles d'être obèses que celles sans TCA (7). Le BED est également associé à un début précoce de surpoids et à des antécédents d'obésité, avec environ 30 % des personnes atteintes d'un BED qui présente une obésité infantile (8). De plus, les propos négatifs concernant la silhouette, le poids et l'alimentation des membres de la famille sont également corrélés avec un diagnostic de BED.

Seulement 1 à 2 % des personnes cherchant un traitement pour perdre du poids répondent à tous les critères du DSM-5 pour le BED, alors que parmi les patients qui reçoivent de la chirurgie bariatrique, la prévalence est beaucoup plus élevée ; les taux de prévalence de ceux qui demandent une chirurgie bariatrique et qui répondent au diagnostic clinique de BED varient de 4,2 % à 47 %, selon la méthode d'évaluation (9).

Les résultats des taux croissants de ces deux conditions soutiennent ensemble la nécessité de développer des approches efficaces pour les prévenir et les traiter, en particulier lorsqu'elles se produisent simultanément.

Les *guidelines* pour la prise en charge de l'obésité considèrent que le traitement le plus efficace sur le court, moyen et long terme est obtenu par la chirurgie bariatrique (10). Pour le BED, la TCC qui soit collective, individuelle ou de la *self-TCC* reste le *gold standard* en termes d'efficacité sur le BE. Cependant pour les patients présentant un BED associé à de l'obésité, la *Body Weight Loss* (BWL) semble être une valable alternative à la TCC, au moins à court terme, car plus efficace sur la perte de poids (11).

D'autres revues systématiques ont étudié plusieurs approches psychothérapeutiques ces dernières décennies sur des patients avec un BED ou obèses, souvent en comparaison à la TCC. Parmi les approches les plus étudiées nous pouvons retrouver la Thérapie Inter-Personnelle (IPT) et la *mindfulness*. Cette dernière montre des résultats souvent prometteur sur le BE à court terme, mais pas sur la perte de poids(12).

Par conséquent, l'objectif de cette revue systématique était d'étudier pour la première fois l'efficacité des thérapies psychologiques dans le traitement du BED associé à l'obésité. Les critères de jugements principaux étaient la diminution du BE et la perte de poids.

## 2. Méthodes

Nous avons utilisé l'approche PICOS afin de répondre à l'objectif de la recherche. La population était composée par des patients adultes présentant un diagnostic de BED et d'obésité ; Les interventions étaient des psychothérapies tels que TCC, BWL, IPT, *mindfulness*... ; Les groupes contrôles étaient soit des patients recevant des psychothérapies soit recevant de TAU ; critères de jugement étaient l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies sur la diminution du BE et du poids ; nous avons retenu seulement des études contrôlée randomisée et interventionnelles.

Le protocole a été enregistré sur le registre international des revues systématique PROSPERO (n° d'enregistrement PROSPERO : CRD42023411384).

### Critère d'éligibilité

Les critères d'inclusion des articles pour notre revue systématique étaient basés sur les éléments de l'approche PICOS, détaillés précédemment. Nous avons exclu les études réalisées sur modèles animaux, les rapports de cas (*case reports*), les lettres à l'éditeur, les commentaires d'articles, les articles publiés en doublons, les articles pour lesquels le texte intégral n'était pas accessible même après sollicitations des auteurs, les études écrites dans une autre langue que l'anglais, le français ou l'italien.

La recherche d'articles répondant à nos critères de sélection a été réalisée jusqu'au 3 Avril 2023, à l'aide d'une seule base de données, PubMed.

### Stratégie de recherche et sélection

En se basant sur les recommandations PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) 2020 (13), nous avons effectué une recherche systématique des études à l'aide de l'algorithme suivant :

*"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh] OR binge eating disorder OR eating disorders OR binge eating OR binging) NOT ("Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR bulimia OR bulimia nervosa OR "Binge Drinking"[Mesh] OR anorexia) AND ("Obesity"[Mesh] OR obesity) AND ("Psychotherapy"[Mesh] OR therapeutics OR psychological therapy OR psychological treatment) NOT ("Drug Therapy"[Mesh] OR pharmacological treatment)*

Ensuite nous avons utilisé la plateforme Rayyan pour la sélection de nos articles. Nous avons exclu les doublons à l'aide de l'outil de reconnaissance de duplicatas du site et les articles restants ont été évalués à partir de leur titre et/ou de leur résumé, sur la base des critères de sélection, par deux évaluateurs de manière indépendante et en aveugle. A l'issue de cette première étape de sélection, l'aveugle a été levée. Les divergences entre les deux évaluateurs ont été résolues par une discussion ayant aboutie à un consensus.

Après cette première sélection les deux évaluateurs ont lu les articles intégraux et opéré une deuxième sélection sur la base des critères de jugement. Cette deuxième sélection était à nouveau indépendante et en aveugle. Après résolution des divergences entre les deux évaluateurs au moyen d'une discussion consensuelle, les articles ont été inclus dans la revue systématique.



## Processus d'extraction des données

Les données de chaque article sélectionné ont été collectées à l'aide d'un formulaire Google. Nous avons préalablement écrit ce formulaire sous la forme d'un tableau d'extraction des données. Les deux évaluateurs ont extrait les données indépendamment et en aveugle. Les données ont été mises en commun et les désaccords ont été résolus par une discussion ayant abouti à un consensus.

## Données sélectionnées

Nous avons collecté plusieurs données pour chaque article sélectionné. Les données bibliométriques avec le nom du premier auteur et l'année de publication ; les caractéristiques générales des études comme le pays et la période de réalisation de l'étude, le type d'étude, le design de l'étude, le contexte de l'étude, les caractéristiques de la randomisation, hypothèse testée dans l'étude; les caractéristiques générales des participants avec les critères d'inclusion, les critères d'exclusion, la pathologie de base des participants avec l'outil d'évaluation et le *cut-off*, l'outil d'évaluation à l'inclusion, le recueil des données, la durée du suivi, les critères de jugement d'évaluation de l'efficacité des interventions, les caractéristiques du critère de jugement, les âges moyen, minimum et maximum, les IMC moyen, minimum et maximum, les effectifs hommes/femmes; les données relatives à l'intervention comme le type d'interventions, échelles d'évaluations, durée de l'interventions et fréquence de l'intervention.

## Étude du risque de biais

L'analyse de risques de biais a été réalisée par l'outil Risk of Bias 2.0 (14). Nous avons aussi suivi les recommandations PRISMA 2020 pour l'analyse des biais (13). L'analyse prenait en compte quatre biais : la génération de la séquence de randomisation, l'aveuglement dans l'attribution des interventions, l'aveuglement des intervenants et des patients et l'aveuglement de la sélection des résultats rapportés. Deux investigateurs ont procédé indépendamment et en aveugle à l'étude des biais des études retenues pour la revue systématique et les divergences ont été résolues par consensus.

Nous avons pu décrire les risques globale (*overall*) de chaque étude comme "*low*" quand les quatre domaines de risque de biais étaient bas, comme "*some concerns*" alors qu'un des quatre domaines de risque de biais était avec quelques préoccupations et comme "*high*" alors que dans les quatre domaines nous avons un risque élevé de biais ou plusieurs domaines avec quelques préoccupations.

## Synthèse des données

Les résultats ont été rapportés sous la forme d'une synthèse narrative, ainsi que d'un tableau récapitulatif dans lequel nous avons résumé les caractéristiques et les résultats en termes d'efficacité des études.

### 3. Résultats

Au total, 1868 articles ont été identifiés au moyen d'une recherche dans la base de données numérique PubMed. Parmi eux, 43 se sont avérés être des doublons et ont donc été exclus. Sur les 1825 articles restants, 186 ont été sélectionnés par les deux évaluateurs sur la base de leur titre et de leur résumé. Après lecture des textes complets, 5 ECR ont été éligible à la revue systématique. Les autres études ne présentent pas les critères de jugement préconisés et décrit plus haut. Les différentes étapes de la sélection sont illustrées dans la Figure 1.

#### Caractéristiques des études

Sur les cinq études sélectionnées, trois ont eu lieu aux États-Unis et deux en Italie. Elles ont été publiées entre 2011 et 2018. Toutes étaient des études contrôlées randomisées en ouvert et monocentrique.

La taille des échantillons variait entre 48 et 90 participants, pour un nombre total de 314 participants, avec 66 hommes et 248 femmes. L'âge moyen des participants était compris entre 31,7 ans et 46,05 ans, avec un âge minimum de 18 ans et un âge maximum de 67 ans. Le IMC moyen était compris entre 37,62 kg/m<sup>2</sup> et 40,5 kg/m<sup>2</sup>, avec un IMC minimum de 32,83 kg/m<sup>2</sup> et maximum de 45,7 kg/m<sup>2</sup>.

Les critères d'inclusion des études comprenaient la présence d'une obésité (au moins un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), la présence d'un diagnostic de BED selon le DSM-IV-TR ou DSM-5 et un âge  $>18$  ans. Le critère d'exclusion était la présence d'autres TCA.

Les études comparaient la TCC avec d'autres type d'intervention (BST, TCC, TAU, BWL, VR-TCC, IP). Quatre études présentaient un suivi à 12 mois et une seule étude s'arrêtait à 4 mois.

Les critères de jugements secondaires des études comprenaient l'analyse de l'image corporelle, les atteintes et la détresse psychologique.

Les échelles ou outils diagnostics utilisées par les différentes études étaient les suivantes : DSM IV-TR, DSM-5, IMC, OQ-45.2, TFEQ-R18, EDE, Échelle de Beck, BIAQ. Le IMC et la EDE ont été les deux mesures et échelles les plus utilisées dans les études. Le IMC était présent dans toutes les études et le EDE dans trois sur cinq. Dans les deux autres études ils ont utilisé une auto-évaluation de la fréquence des crises d'hyperphagie.

#### Risques de biais

Les résultats de l'analyse de biais est résumé dans le tableau 2. Toutes les études montrent un risque de biais globale élevé. En regardant dans les détails les cinq études ils présentent toutes un risque bas concernant la génération de séquence de randomisation. Les autres domaines de risque de biais ont un risqué élevé ou un manque d'informations.

Dans le domaine D2, hormis l'étude de *Grilo et al.*, 2012, qui ne présente pas d'information, les autres études montrent des risques élevés; dans le domaine D3 aucune études fait exception et elles présentent toutes un risque élevés du fait des interventions psychothérapeutiques; dans le domaine D4 le seule étude

qui présente un risque bas est l'étude de *Grilo et al., 2013*, car l'analyse des résultats a été menée par un intervenant externe qui n'a pas pris part à la partie psychothérapeutique de l'étude.

## Synthèse des résultats

Toutes les cinq études évaluent la TCC en comparaison à d'autres interventions psychothérapeutiques.

Dans l'étude de *Jackson et al.*, la TCC a été comparé à la BST. Les deux groupes une fois randomisés recevait un mois de soins nutritionnelles en commun et par la suite des séances de BST ou TCC par téléphone deux fois par mois pendant six mois. La BST consistait en une psychothérapie basée sur le protocole décrit par Nardone en 2005 (*Brief strategic therapy: Philosophy, techniques, and research*). Les résultats à un an de suivi montraient une efficacité supérieure de la BST sur la TCC en termes de diminution de BE et de perte de poids.

Dans l'étude de *Masheb et al.*, la TCC est associé à deux types d'interventions complémentaires. Le premier groupe reçoit 21 heures totales de TCC plus des informations sur une alimentation hypocalorique avec une approche *problem solving*. Le deuxième groupe reçoit 21 heures de TCC plus des informations globales sur l'alimentation sans approche *problem solving*. L'étude montre une non supériorité des deux interventions ni sur la diminution du BE ni sur la perte de poids à la fin du suivi.

Dans l'étude de *Grilo et al.*, la TCC a été comparé à la UC. Plus en détails l'intervention étudiée était de la *sh-TCC*. La *sh-TCC* utilisée dans cette étude fait référence à le livre de *self-help* de Fairburn rédigé en 1995 (15). Le groupe UC ne recevait pas d'interventions psychothérapeutiques spécifiques mais des soins *standard* d'informations. Les résultats montrent une supériorité de la *sh-TCC* sur la diminution du BE mais pas sur le poids.

Dans l'étude de *Grilo et al.*, les deux groupes randomisés recevaient de la TCC et de la BWL respectivement. Dans le premier groupe les thérapeutes pratiquaient de la TCC en séances collectives pour un nombre totale de seize séances sur vingt-quatre semaines en suivant le protocole de Fairburn rédigé en 1993. Dans le deuxième groupe les thérapeutes pratiquaient de la BWL pour un nombre total de seize séances collectives pour une durée de vingt-quatre semaines en suivant le protocole de Brownell rédigé en 2000 (*The LEARN Program for Weight Management 2000*). Les résultats montraient une supériorité de la TCC dans la diminution du BE tandis que la BWL était plus efficace dans la perte de poids.

Dans l'étude de *Cesa et al.*, la randomisation a été faite sur trois groupes. Le premier qui recevait une VR-TCC, le deuxième de la TCC et le troisième du IP. Le groupe VR-TCC recevait une séance collective hebdomadaire pendant cinq semaines de TCC accompagné par dix séances de VR-TCC pendant les mêmes cinq semaines. Les séances de VR-TCC été focalisées sur l'image du corps et sur l'exposition au craving selon l'environnement. Le groupe TCC recevait quinze séances dont cinq collectives et dix individuelles en suivant le protocole de Fairburn 1993. Le groupe IP recevait un traitement classique lors d'une hospitalisation de 6 semaines avec des entretiens collectives et individuelles avec le nutritionniste, le psychologue et l'éducateur sportif. Les résultats montaient une supériorité de la VR-TCC dans la perte de poids par rapport aux deux autres interventions mais pas concernant la diminution du BE par rapport à la TCC.

## 4. Discussion

L'objectif de cette revue systématique était d'évaluer l'efficacité des traitements psychothérapeutiques chez les patients présentant un BED et une obésité comorbide. Comme attendu le traitement le plus utilisé dans les études que nous avons retenues était la TCC car elle est le traitement de référence dans le BED (16).

### Analyse des résultats

Toutes les études avaient comme critères de jugement primaire la réduction du BE et la perte de poids. Parmi les traitements psychothérapeutiques (autre que la TCC), seulement la BST dans l'étude de *Jackson et al.*, a montré une supériorité en terme d'efficacité sur la diminution du BE et sur la perte de poids comparé à la TCC (17).

La TCC montrait des meilleurs résultats en termes de réduction du BE, comme a été démontré dans l'étude de *Grilo et al.* Dans cette dernière étude la TCC s'est démontré supérieure à la BWL concernant le BE mais inférieure concernant la perte de poids à 12 mois de suivi(18). Ce type de résultat est en accord avec les résultats de la littérature scientifique où plusieurs études ont étudiée l'efficacité de la BWL en comparaison à la TCC chez des patients présentant un BED ou obèses, démontrant ainsi l'efficacité des deux approches psychothérapeutiques dans ces deux populations(19).

Dans les autres études la TCC était comparé soit à TAU soit à des différentes TCC. Les résultats ont démontré que de façon globale la TCC est supérieure à le TAU pour la diminution du BE et pour la diminution du poids et que même la sh-TCC peut être un outils concret pour le traitement de ces patients(20–22).

Globalement la TCC reste l'approche psychothérapeutique de référence concernant les patients atteintes de BED, mais dans une population particulière comme celle présentant une obésité comorbide la TCC pourrait ne pas être suffisante à moyen et long terme surtout concernant le maintien du poids.

La chirurgie bariatrique reste l'outil le plus efficace pour la perte de poids parmi les patients obèses, mais souvent la présence d'une comorbidité TCA contre-indique la possibilité de ce traitement(10). La recherche est en train de caractériser ce type de population (BED et obésité) afin de trouver des outils thérapeutiques adaptés afin de stabiliser le BED, maintenir la perte de poids liée à la chirurgie et ne pas empêcher cette population une prise en charge bariatrique à cause de leur TCA.

Parmi les patients obèses qui ne rentrent pas dans les critères de la chirurgie et qui présentent un BED associé à la TCC et la BWL restent les deux approches psychothérapeutiques de référence. La BST qui dans notre revue systématique a présenté une efficacité supérieure à la TCC doit encore faire ses épreuves dans la littérature scientifique internationale.

### Forces et limites

Les forces de cette revue systématique est dans sa méthodologie rigoureuse. Nous avons suivi les recommandations PRISMA dans la sélection des articles grâce à la présence de trois lecteurs qui ont étudié les articles de façon indépendante et en aveugle.

Les limites dans cette revue systématique sont la présence d'études monocentrique, qui ont étudiée principalement des femmes (248 femmes vs 66 hommes), avec des ECR en ouvert et un suivi d'un an. La présence d'ECR en ouvert reste une limite attendue car l'étude des psychothérapies ne permet pas de construire des ECR en double aveugle. La présence d'une majorité de femmes dans les études est représentative de la prévalence en population générale où nous avons plus de femmes atteintes d'obésité et de TCA. La présence d'un suivi à un an ne permet pas une évaluation sur le long terme de l'efficacité des interventions proposées avec pour implication une plus basse puissance des études.

L'utilisation d'une seule base de données reste également une limite dans la puissance de la revue systématique.

L'analyse de biais met en évidence les limites qui nous venons de décrire et souligne la difficulté d'avoir des études de bonne qualité lors de l'évaluation des interventions psychothérapeutiques.

THESE SOUTENUE PAR M. ASMINI Niccolò

### CONCLUSIONS

Depuis 1997 l'OMS a définie l'obésité comme un problème majeur de santé publique et une épidémie au niveau mondiale. L'accélération de la prévalence de l'obésité surtout dans les pays développés est inquiétante pour ce qui concerne aussi la population pédiatrique. Pour cette raison depuis plusieurs décennies les chercheurs ont essayé de caractériser les possibles différentes obésités afin de trouver de stratégies thérapeutiques adaptées. La présence de TCA comorbide chez les patients obèses a commencé à être étudiée et a permis de trouver une prévalence plus importante d'hyperphagie boulimique chez les patients obèses. Cette découverte a déclenché donc des recherches spécifiques sur ce deux pathologies.

L'objectif de notre revue systématique était d'évaluer les avancés en termes d'approches psychothérapeutiques concernant les patientes présentant une hyperphagie boulimique et une obésité comorbide sur la diminution des accès hyperphagiques et du poids.

Nous avons retenue pour notre revue systématique cinq études. Les cinq étaient des études contrôlées randomisées en ouvert et monocentriques. Toutes les études ont évalué la thérapie cognitive et comportementale (TCC) en la comparant à d'autres interventions psychothérapeutiques. *Jackson et al.*, comparait la TCC à la *Brief Strategic Therapy (BST)*, *Masheb et al.*, comparait la TCC en association à deux différentes interventions nutritionnelles, *Grilo et al.* 2013, comparait la self-help TCC à un traitement *as usual*, *Grilo et al.* 2012, comparait la TCC à la *Body Weight Loss Therapy (BWL)* et *Cesa et al.*, comparait la TCC à la *Virtual-Reality TCC* et à un traitement *as usual*.

Les résultats de cette revue systématique montrent une bonne efficacité de la TCC sur la diminution des accès hyperphagiques mais pas sur la perte de poids. La BST a été la seule intervention à se montrer plus efficace de la TCC sur les deux critères de jugements principales. La BWL montre aussi une bonne efficacité sur la perte de poids mais pas sur les accès d'hyperphagie en comparaison à la TCC.

L'absence de suivis sur le long terme et le nombre exigüé d'études retenues ne permet pas de conclure à des recommandations sur le sujet. Cependant les interventions étudiées dans les études ont montré une efficacité supérieure au traitement *as usual* concernant les accès hyperphagiques et la perte de poids dans le court et moyen terme. Ces résultats nous permettent de conclure à la nécessité d'études contrôlées randomisées présentant des suivis sur plusieurs années afin d'évaluer l'efficacité des interventions psychothérapeutiques sur le long terme.

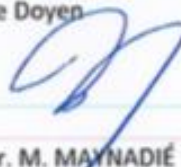


Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine




Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 15 Septembre 2023  
Le Doyen



Pr. B. TROJAK



Professeur B. TROJAK  
Faculté Médecine Université Bourgogne  
C.H.U. DIJON BOURGOGNE  
RPPS : 13001137270

Pr. M. MAYNADIÉ

## 5. Bibliographie

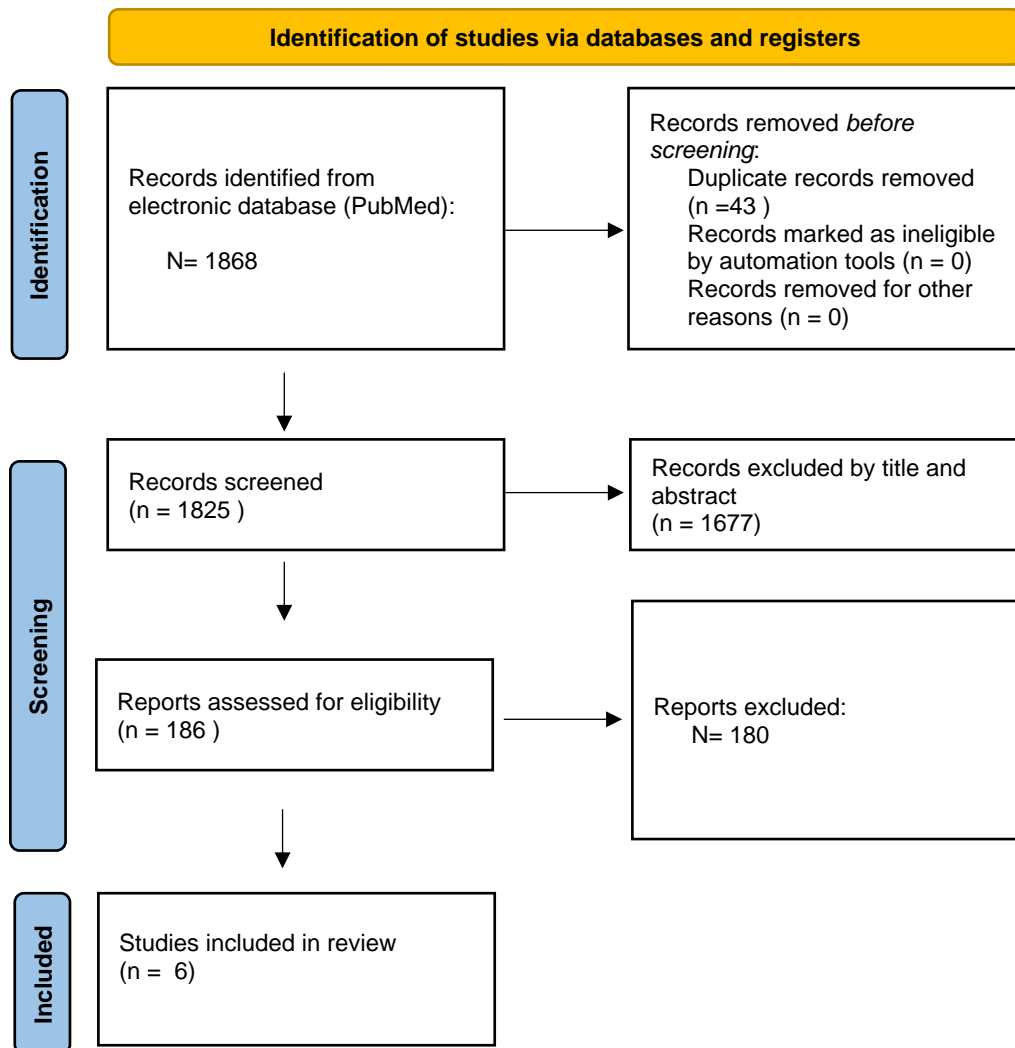
1. Scheuing N, Bartus B, Berger G, Haberland H, Icks A, Knauth B, et al. Clinical Characteristics and Outcome of 467 Patients With a Clinically Recognized Eating Disorder Identified Among 52,215 Patients With Type 1 Diabetes: A Multicenter German/Austrian Study. *Diabetes Care*. 1 juin 2014;37(6):1581-9.
2. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders ; National Clinical Practice Guideline No. CG9. Leicester: British Psychological Society [u.a.]; 2004. 260 p.
3. Estelle L. Haute Autorité de santé. 2019;88.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 991 p.
5. WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022 [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
6. Volkow ND, Wang GJ, Baler RD. Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends Cogn Sci*. janv 2011;15(1):37-46.
7. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. févr 2015;49:125-34.
8. Stabouli S, Erdine S, Suurorg L, Jankauskienė A, Lurbe E. Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients*. 29 nov 2021;13(12):4321.
9. Ribeiro GANDA, Giapietro HB, Belarmino LB, Salgado-Junior W. DEPRESSION, ANXIETY, AND BINGE EATING BEFORE AND AFTER BARIATRIC SURGERY: PROBLEMS THAT REMAIN. *ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo* [Internet]. 21 juin 2018 [cité 15 août 2023];31(1). Disponible sur: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202018000100317&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202018000100317&lng=en&tlng=en)
10. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN ADULTS, ADOLESCENTS AND CHILDREN IN AUSTRALIA.
11. Chang PGRY, Delgado J, Waller G. Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. juin 2021;86:102032.
12. Costandache GI, Munteanu O, Salaru A, Oroian B, Cozmin M. An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy. *Postępy Psychiatr Neurol*. 2023;32(1):40-8.
13. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 mars 2021;n160.
14. Crocker TF, Lam N, Jordão M, Brundle C, Prescott M, Forster A, et al. Risk-of-bias assessment using Cochrane's revised tool for randomized trials (RoB 2) was useful but challenging and resource-intensive: observations from a systematic review. *J Clin Epidemiol*. sept 2023;161:39-45.
15. Latner JD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eat Behav*. sept 2000;1(1):3-21.
16. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating Disorders—Core Interventions



INTHE Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating disorders; NICE Clinical Practice Guideline CG9; National Institute for Clinical Excellence: London, UK, 2004; Available online: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg9> (accessed on 23 December 2016). *Eat Disord.*

17. Jackson JB, Pietrabissa G, Rossi A, Manzoni GM, Castelnovo G. Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* août 2018;86(8):688-701.
18. Grilo CM, White MA, Wilson GT, Gueorguieva R, Masheb RM. Rapid response predicts 12-month post-treatment outcomes in binge-eating disorder: theoretical and clinical implications. *Psychol Med.* avr 2012;42(4):807-17.
19. Palavras M, Hay P, Filho CA dos S, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese—A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients.* 17 mars 2017;9(3):299.
20. Masheb RM, Grilo CM, Rolls BJ. A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: Low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy. *Behav Res Ther.* déc 2011;49(12):821-9.
21. Cesa GL, Manzoni GM, Bacchetta M, Castelnovo G, Conti S, Gaggioli A, et al. Virtual Reality for Enhancing the Cognitive Behavioral Treatment of Obesity With Binge Eating Disorder: Randomized Controlled Study With One-Year Follow-up. *J Med Internet Res.* 12 juin 2013;15(6):e113.
22. Grilo CM, White MA, Gueorguieva R, Barnes RD, Masheb RM. Self-help for binge eating disorder in primary care: A randomized controlled trial with ethnically and racially diverse obese patients. *Behav Res Ther.* déc 2013;51(12):855-61.

## 6. ANNEXES



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

**Figure 1: PRISMA flowchart**

Etude	Echantillon	BMI moyen (min-max)	Crteres diagnostics	Intervention	Durée suivi	Resultats
Jackson,2018	N=60 F Age moyen= 46,05	39,61 (35,56-45,19)	DSM-5 BMI >30 kg/m <sup>2</sup>	TCC vs BST	12 mois	BST montre une efficacité superieur à la TCC en terme de frequence de BE et de perte de poids
Masheb, 2011	N=50 (38F, 12H) Age moyen=45,8	39,1 (ND)	DSM-IV-TR BMI >30 kg/m <sup>2</sup>	TCC+ED vs TCC+GN	12 mois	Aucune difference entre les groupes en treme de diminution du BE et du poids
Grilo,2013	N=48 (38F, 10H) Age moyen=45,8	37,62 (32,83-42,41)	DSM-IV-TR et DSM-5 BMI>30kg/m <sup>2</sup>	shTCC vs UC	4mois	La shTCC montre une efficacité superieur du UC dans la diminution du BE mais pas dans la perte de poids
Grilo, 2012	N=90 (56F,34H) Age moyen=44,9	38,7(32,95-44,35)	DSM-IV-TR BMI >30kg/m <sup>2</sup>	TCC vs BWL	12 mois	TCC montre une meilleure efficacité à 12 mois sur la remiseion du BED ; BWL quand efficace montre des meilleurs results en terme de perte de poids
Cesa, 2013	N=66 F Age moyen=31,7	40,5 (35,3-45,7)	DSM-IV-TR BMI >40 kg/m <sup>2</sup>	TCC vs VR-TCC vs IP	12 mois	VR-TCC montre une efficacité superieur dans la perte de poids en comparaison de la TCC et de la IP ; pas de resultats significatifs pour la remiseion du BED

**Tableau 1: résumé des caracteristiques des études**

study	D1	D2	D3	D4	Overall
Jackson, 2018	Low	High	High	High	High
Masheb, 2011	Low	High	High	No information	High
Grilo, 2013	Low	High	High	Low	High
Grilo,2012	Low	No information	High	No information	High
Cesa,2013	Low	High	High	No information	High

D1: Sequence de randomisation

D2: Attribution des interventions en aveugle

D3: Aveuglement pour les intervenants et les patients

D4: Aveuglement dans l'evaluation des resultats

*High* : élevé

*Low* : Bas

*No information* : pas d'information

**Tableau 2: résumé des risques de biais des études**

## Résumé

**NOM :** ASMINI

**PRENOM :** NICCOLO

**TITRE DE LA THESE :**

Effacité des interventions psychothérapeutiques dans le traitement de l'hyperphagie boulimique et de l'obésité comorbide : une revue systématique

**Introduction :** l'obésité est un problème majeur de santé publique au niveau mondiale. La présence d'hyperphagie boulimique et obésité chez ces patients augmente les risques de complications cardiovasculaire et entraîne une diminution de l'espérance de vie. La recherche depuis des décennies décrit une augmentation de la prévalence des TCA chez les personnes obèses et comment cette association est défavorable en termes de pronostic.

**Objectif :** était de faire un état de lieu concernant les possibles psychothérapies efficaces chez les patients obèses et qui présentent une hyperphagie boulimique afin de diminuer les accès hyperphagiques et le poids.

**Méthode :** nous avons mené une revue systématique de la littérature en suivant les recommandation Prisma 2020. Nous avons interrogé une seule base de données, PubMed, jusqu'en avril 2023. Deux lecteurs indépendants ont procédé à la recherche et sélection des articles correspondant à nos critères de sélections. Ces derniers ont été définis selon le modèle PICOS. Seulement des études contrôlées randomisée interventionnelles ont été retenues. Ils comparaient les interventions psychothérapeutiques entre elles ou entre un traitement *as usual*. Les critères de jugement principal étaient la diminution des accès d'hyperphagie et la perte de poids.

**Résultats :** nous avons retenus cinq articles pour la revue systématique sur le 1868 identifié initialement, pour un totale de 314 patients. Les cinq étaient des études contrôlées randomisé en ouvert et monocentriques. Toutes comparaient la thérapie cognitive et comportementale versus d'autres types de interventions psychothérapeutiques. Les données suggéraient que la thérapie cognitive et comportementale était la plus efficace en règle générale pour la diminution des accès hyperphagiques mais moins sur la perte de poids. Une seule étude montrait une supériorité de la thérapie brève stratégique sur la TCC sur les accès hyperphagiques et la diminution du poids.

Concernant l'analyse des biais un risque globale élevé a été démontré. Ce résultat était dû au fait de ne pas pouvoir mener des études en double aveugle mais seulement en ouvert au vu des interventions psychothérapeutiques étudiées.

**Discussion :** les résultats dans cette revue systématique sont en accord avec la littérature où la thérapie cognitive et comportementale montre une bonne efficacité contre les accès d'hyperphagie mais pas pour la perte de poids chez les patients obèses. Notre travail montre la nécessité de trouver d'autres interventions psychothérapeutiques à associer à la thérapie cognitive et comportementale afin d'avoir des meilleurs résultats chez cette population particulière. Les limites étaient la présence d'études monocentriques et un suivi d'un an maximum qui ne permettait pas d'avoir des résultats de l'efficacité sur le long terme.

**Enregistrement :** n° d'enregistrement PROSPERO : crd42023411384

**Mots-clés :** hyperphagie boulimique, obésité, psychothérapeutiques, revue systématique