

Plusieurs études ont conclu à une augmentation du risque de démence chez les personnes âgées ayant utilisé des benzodiazépines [1]. Ces médicaments méritent une attention particulière du fait de :

- leur utilisation trop systématique et le plus souvent chronique contrairement aux recommandations d'usage ;

- leurs effets délétères sur la cognition, mal évalués à long terme.

Un biais protopathique pouvait cependant, en partie du moins, avoir expliqué ces résultats : la prescription de benzodiazépines pouvait avoir été motivée par des prodromes souvent observés au cours des années précédant le diagnostic de la maladie. Afin de mieux prendre en considération ce biais, le projet BENZODEM a utilisé les ressources de la cohorte PAQUID (3777 sujets \geq 65 ans tirés au sort sur les listes électorales de Dordogne et Gironde bénéficiant d'un suivi de plus de 20 ans). Ce projet, combinant deux études de cohorte et une étude cas-témoins, a conclu à un risque de démence augmenté de 46 à 62 % chez les utilisateurs de benzodiazépines et retardé de 5 à 15 ans par rapport à l'initiation du traitement [2]. Un second programme (BENZODEM2) a consisté en une étude cas-témoins conduite sur un large échantillon de sujets de plus de 65 ans enregistrés sur la base de données de la régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ). Ce programme a permis :

- de valider les précédents résultats (risque augmenté de 30 à 80 % en fonction de la dose, la durée du traitement et la nature des molécules) ;

- d'identifier les profils de consommation associés à un excès de risque : consommateurs de plus de 3 mois avec une relation dose-effet marquée et molécules à longue demi-vie d'élimination [3].

Des explorations complémentaires ont permis de conclure que cet excès de risque n'était pas expliqué par une mortalité différentielle entre groupes comparés ni par la prescription d'autres médicaments psychotropes.

Mots clés Benzodiazépines ; Démence ; Maladie d'Alzheimer ; Pharmaco-épidémiologie ; Études longitudinales

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Billioti de Gage S, Pariente A, Bégaud B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf* 2015;1–15.
- [2] Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population-based study. *BMJ* 2012;345:e6231.
- [3] Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014;349:g5205.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.125>

S23C

Comment réduire la consommation de benzodiazépines chez le sujet âgé ?

J.P. Schuster

Hôpital Corentin-Celton, HUPO (AP-HP), Paris

Adresse e-mail : jeanpierre.schuster@ccl.aphp.fr

En France, de nombreuses études indiquent un niveau élevé de prescription des psychotropes, en particulier des benzodiazépines. Ainsi, 9 % à 25 % de la population générale âgée en consomment, avec des prescriptions souvent au long cours et fréquemment à l'origine d'un mésusage. Chez le sujet âgé, les effets indésirables des benzodiazépines sont essentiellement psychomoteurs et cognitifs, avec une augmentation du risque de chutes et de fractures, et altération de la mémoire à court terme et de rappel. Face à un tel contexte, les autorités de santé se sont engagées dans un plan d'action concerté visant à « une consommation raisonnée et à une utilisation responsable des benzodiazépines ». La diminution du nombre de prescription passe par une sensibilisation accrue

du ratio bénéfique/risque à l'initiation des benzodiazépines chez les sujets âgés et un suivi de leurs règles de prescriptions. En complément de cette stratégie, la réduction de la consommation des benzodiazépines chez le sujet âgé nécessite de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt à l'occasion de tout renouvellement. Au-delà de trente jours de prise quotidienne de benzodiazépine, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt. Celle-ci est une décision partagée avec le patient, où les attentes de ce dernier et son degré de dépendance sont évalués. Le sevrage est un acte encadré et progressif. Les thérapies cognitives ont un apport important dans les soins de sevrage. L'échec d'un sevrage nécessite d'être analysé et une nouvelle prise en charge doit être proposée. La déprescription chez le sujet âgé est une priorité de soin (*less is more*).

Mots clés Benzodiazépine ; Sevrage ; Géronto-psychiatrie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007.

Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2014;204(2):98–107.

Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175(5):827–34.

Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* 2014;174(6):890–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.126>

S24

Les troubles des conduites alimentaires compulsifs : actualité et principes de prise en charge

P. Gorwood

Hôpital Sainte-Anne, CMME, Paris

Adresse e-mail : p.gorwood@ch-sainte-anne.fr

Les troubles alimentaires compulsifs regroupent un ensemble de troubles hétérogènes caractérisés par la présence de crise de boulimie. Ils sont en augmentation constantes au fil du temps et de plus en plus médiatisés. Les soignants y sont donc de plus en plus confrontés tant pour les dépister (consultation d'obésité ou de préchirurgie par exemple) que pour les traiter. Par ailleurs, il existe de plus de données sur l'impact de ces troubles sur les pronostics d'autres affections psychiatriques (trouble bipolaire notamment) s'ils ne sont pas pris en charge. Sous la présidence de Philip Gorwood, l'objectif de ce symposium est une mise au point sur le diagnostic, l'épidémiologie et la prise en charge de la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Christine Vindreau présentera l'évolution des classifications et les principales caractéristiques cliniques de ces différents troubles alimentaires compulsifs à la lueur du DSM-V. Elle insistera particulièrement sur les caractéristiques des deux troubles les mieux spécifiés et dont les prises en charges sont bien codifiées : la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Nathalie Godart reviendra sur l'épidémiologie, l'évolution de la prévalence au cours du temps et le devenir de ces troubles. Elle insistera également sur les moyens de dépistage et sur l'articulation et l'organisation des soins entre les différents acteurs de santé à partir de l'exemple de la boulimie. Sébastien Guillaume présentera les principes de prise en charge de la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Il développera particulièrement l'utilisation concrète des techniques de self-help. Ces techniques simples, validées scientifiquement, pouvant facilement et efficacement être utilisées par tous étant malheureusement peu répandues en France. À la fin du symposium l'audience pourra discriminer et dépister les différents

troubles compulsifs, organiser les soins et proposer des prises en charge de premières lignes.

Mots clés Trouble des conduites alimentaires ; Boulimie ; Hyperphagie boulimique ; Nosologie ; Épidémiologie ; Traitement
Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Dazzi F, Di Leone FG. The diagnostic classification of eating disorders: current situation, possible alternatives and future perspectives. *Eat Weight Disord* 2014;19(1):11–9.

Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(6):543–8.

Farrand P, Woodford. Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Psychol Rev* 2013;33(1):182–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.127>

S24A

Troubles alimentaires compulsifs : évolution des concepts et caractéristiques cliniques

C. Vindreau

Hôpital Sainte-Anne, CMME, Paris

Adresse e-mail : c.vindreau@ch-sainte-anne.fr

Depuis l'individualisation du syndrome boulimique dans les années 1980 et le DSMIII, les critères diagnostiques des TCA ont évolué. Les tableaux cliniques évoluent aussi chez nombre de patients au fil du temps. La boulimie non purgative disparaît du DSM-V. Boulimie, *binge eating disorder*, *craving* pour les hydrates de carbone et *night eating syndrome* s'associent à une perte de contrôle du comportement alimentaire. Ces troubles sont transnosographiques. Quand ils durent ou se chronicisent, ils laissent des traces somatiques, en particulier via l'excès pondéral qu'ils provoquent. Leur sévérité est variable et ils peuvent être très invalidants. Ce sont des pathologies plurifactorielles : nutritionnelles, psychiatriques et médicales. Ils s'associent au surpoids voire à l'obésité et aux troubles métaboliques. Certains sont en partie liés au mésusage des traitements psychotropes. Leur prise en charge précoce, la prévention et l'éducation nutritionnelle des jeunes patients pourraient en diminuer la gravité et l'incidence.

Mots clés Boulimie ; *Binge eating disorder* ; *Craving* ; Transnosographique ; Plurifactoriel ; Éducation nutritionnelle
Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The Prevalence and correlates of binge eating disorder in World Health Organization World Mental Health Survey. *Biol Psychiatry* 2013;73:904–14.

Javaras KN, Pope HF, Lalonde JK, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *J Clin Psychiatry* 2008;69:266–73.

Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q* 1959;33:284–95.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.128>

S24B

Épidémiologie, dépistage et organisation des soins

N. Godart

IMM, unité Inserm 1178

Adresse e-mail : nathalie.godart@imm.fr

Nous aborderons les données récentes de la littérature concernant la prévalence, l'incidence, le sex-ratio, l'âge de début, la mortalité,

la morbidité, les facteurs prédictifs et pronostics de l'anorexie mentale, de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique. Nous appuyant sur la littérature internationale nous décrivons les problèmes posés par chacun de ces troubles depuis la question du dépistage en population générale à l'organisation optimale des soins autour de chacune de ces affections. Enfin, discuterons de comment optimiser les prises en charges de ces affections dans le système de soins français.

Mots clés Anorexie mentale ; Boulimie ; Hyperphagie boulimique ; Épidémiologie ; soins

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Davis C. The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectr* 2015;10:1–8.

Mitchison D, Hay PJ. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol* 2014;6:89–97. <http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S40841>. [eCollection 2014. Review].

Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014;47(6):610–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.129>

S24C

Les troubles des conduites alimentaires compulsifs : principes de prise en charge

S. Guillaume

CHRU de Montpellier, hôpital Lapeyronie, Montpellier

Adresse e-mail : s-guillaume@chu-montpellier.fr

Selon les recommandations actuelles, les traitements de choix des troubles alimentaires compulsifs type boulimie et hyperphagie boulimique reposent sur plusieurs aspects. Tout d'abord, une prise en charge hygiéno-diététique ayant pour objectif de restructurer les prises alimentaires, modifier les comportements alimentaires en dehors des crises, tester les croyances erronées vis-à-vis des aliments, aider à la gestion des vomissements... Elles sont le plus souvent associées à une prise en charge psychothérapique et/ou médicamenteuse. La psychothérapie de choix est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Compte tenu de leurs cibles thérapeutiques les TCC sont plutôt à réserver à des patientes euthymiques, ayant de fortes préoccupations pour la minceur. L'alternative psychothérapique peuvent être les thérapies interpersonnelles et éventuellement les thérapies psychanalytiques dans certaines situations. Le traitement médicamenteux de première ligne est la fluoxétine à dose anti-compulsive (60 mg/j). D'autres prises en charge médicamenteuses sont proposées (epitoxim, naltrexone...) mais doivent être réservées à des deuxième lignes après avis spécialisé. Quelle que soit la prise en charge retenue, il est fondamental dans le cadre de l'hyperphagie boulimique d'expliquer aux patients que ces prises en charge n'auront pas d'effets amaigrissants. En complément de ces prises en charge, des techniques de *self-help* devraient être systématiquement associées. Ces techniques consistent en l'utilisation de différents outils (livres, des sites Internet, CD...) qui seront utilisés par le patient seul ou accompagné par le thérapeute dans le but d'augmenter ses connaissances par rapport sa problématique et lui apporter des compétences et des outils pour diminuer les symptômes voir les faire disparaître. Ces techniques simples et pouvant être facilement utilisées par tous ont été validées scientifiquement dans plus d'une trentaine d'études y compris en population française. Certains de ces supports de *self-help*, actuellement disponibles en France, seront présentés.

Mots clés Boulimie ; Hyperphagie boulimique ; Prise en charge ; *Self-help*