



Non-Pharmacological
Intervention Society

Le Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses

Protocol : Programme nutritionnel EMNO DIET-MED-BED pour adulte en situation d'obésité présentant une hyperphagie boulimique

Problème de santé: Surpoids et obésité



Nutritionnelles

Code de la fiche
NPIS-0000000116

Désignation

Programme nutritionnel EMNO DIET-MED-BED pour adulte en situation d'obésité
présentant une hyperphagie boulimique

Abréviation

EMNO DIET-MED-BED

Catégorie

Nutritionnelle

Objectif principal de santé

Réduction durable de la fréquence et de l'intensité des épisodes d'hyperphagie boulimique

Explication

La prévalence globale de l'hyperphagie boulimique (binge eating disorder, BED) dans la population générale est estimée à environ 0,9 % à l'échelle mondiale, selon une revue systématique qui a combiné 32 études et trouvé une prévalence groupée globale de 0,9 % (IC 95 % : 0,7–1,0 %) (Erskine 2018). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (1,4 %, IC 95 % : 1,1–1,7 %) que chez les hommes (0,4 %, IC 95 % : 0,3–0,6 %) et jusqu'à 30 % des personnes obèses consultant un centre spécialisé (Villarejo 2013). Les troubles de l'hyperphagie boulimique sont caractérisés par des épisodes récurrents de consommation excessive de nourriture associés à une perte de contrôle, sans comportements compensatoires réguliers.

Le programme EMNO DIET-MED-BED réduit en moyenne de 40 à 50 % les épisodes d'hyperphagie boulimique après 6 mois (Grilo 2017 ; Ricca 2000 ; Ghaderi 2003 ; Carter 1998). Cette prise en charge nutritionnelle intégrative et individualisée améliore significativement les marqueurs comportementaux, métaboliques et psychologiques (Hilbert, 2019 ; Brownley, 2016). Les personnes ont une meilleure conscience alimentaire et une meilleure régulation émotionnelle en interrompant le cercle vicieux restriction – perte de contrôle – culpabilité (Duchesne 2007).

Test de routine

Test recommandé : EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire, version 6.0)

Auto-questionnaire de référence pour évaluer la sévérité des comportements alimentaires pathologiques sur les 28 derniers jours. Il fournit un score global et des sous-scores (contrôle alimentaire, préoccupations pondérales, préoccupations corporelles, restriction cognitive).

Score seuil pathologique : ≥ 2.5 (score global).

Utilisation :

- Passation systématique en début de programme, à 3 mois et à 6 mois.
- Interprétation partagée avec le patient pour renforcer l'implication dans la démarche de changement.

Seuil

EDE-Q :

Réduction ≥ 1 point du score global entre deux évaluations espacées de 3 mois. Une diminution ≥ 50 % de la fréquence hebdomadaire des épisodes d'hyperphagie est également considérée comme un critère de réponse partielle validée (Grilo 2012).

Rémission complète : absence d'épisode d'hyperphagie dans les 28 derniers jours, avec un score global $< 2,0$.

Interprétation

Ce seuil doit être associé avec les données qualitatives issues de l'entretien clinique et du journal alimentaire. Un changement est cliniquement significatif s'il s'accompagne d'une amélioration perçue par le patient dans son quotidien, ses choix alimentaires et sa qualité de vie.

Seuil individuel de changement clinique

Réduction des épisodes d'hyperphagie boulimique

Bénéfice secondaires

Bénéfices métaboliques

- Stabilisation du poids et prévention des fluctuations pondérales majeures (Grilo 2022).

Bénéfices psycho-comportementaux

- Diminution de l'auto-stigmatisation et des pensées dichotomiques sur l'alimentation.
- Amélioration de l'image corporelle, du sentiment d'efficacité personnelle et de l'estime de soi.
- Réduction de l'isolement social et amélioration du lien thérapeutique.
- Augmentation de la tolérance à la frustration et des capacités d'auto régulation émotionnelle. (Duchesne 2007 ; Ricca 2000, Brelet 2021 ; Goodrick 1999)

Bénéfices fonctionnels et qualité de vie

- Diminution des symptômes anxieux et dépressifs légers à modérés (Duchesne 2007, Ricca 2000, Hilbert 2019)
- Amélioration du sommeil et des rythmes circadiens (Duchesne 2007, Tzischinsky 2000, Pendleton 2002, Levine 1996).

Risques directs

Risque de détresse émotionnelle transitoire

Certains patients peuvent présenter une recrudescence temporaire de la honte, de la culpabilité ou de l'anxiété face à l'exploration de leur comportement alimentaire, en particulier lors des premières séances. Ce phénomène est généralement transitoire et doit être accompagné par une écoute active et des techniques de régulation émotionnelle.

Risque de restriction cognitive excessive

Une mauvaise interprétation des conseils nutritionnels peut conduire à une restriction rigide, contre-productive et favorisant le rebond hyperphagique. Ce risque est atténué par une approche non prescriptive, centrée sur l'autorégulation et le respect des sensations alimentaires.

Risque de désengagement ou de non-adhésion

La fréquence et l'intensité du trouble peuvent entraîner une difficulté à maintenir la motivation, notamment en l'absence de résultats rapides ou visibles sur le poids. L'accompagnement motivationnel personnalisé et l'utilisation d'outils numériques permettent de réduire ce risque.

Risque de transfert symptomatique

Rarement, une amélioration du comportement alimentaire peut être suivie d'un déplacement du symptôme (augmentation des conduites addictives, anxiété somatique). Une vigilance interdisciplinaire est recommandée dans ces cas.

Risques d'interaction

Interactions psychopharmacologiques

Risque d'interaction avec certains psychotropes : chez des patients traités par ISRS ou IRSNa (ex. fluoxétine, venlafaxine), une stabilisation rapide de l'humeur ou de l'impulsivité peut masquer ou déplacer certains comportements d'hyperphagie. Une coordination avec le médecin prescripteur est indispensable pour adapter la stratégie thérapeutique.

Interactions psychothérapeutiques

En l'absence de communication interprofessionnelle, une divergence de posture entre l'approche nutritionnelle (centrée sur les comportements) et une psychothérapie de type analytique (centrée sur les représentations) peut créer une confusion chez le patient et réduire l'observance. Il est recommandé de s'assurer d'un alignement des messages et objectifs thérapeutiques.

Interactions avec d'autres approches diététiques

Le croisement de cette INM avec un régime restrictif en parallèle (ex. cétogène, jeûne

intermittent non encadré) peut induire une déstabilisation cognitive et comportementale, renforçant la perte de contrôle alimentaire. Un cadrage clair et une priorisation des interventions sont donc nécessaires.

Interactions socioculturelles ou familiales

Les attentes familiales ou culturelles autour de la perte de poids rapide peuvent s'opposer aux objectifs de stabilisation émotionnelle et comportementale promus par l'INM. Ce conflit d'influence peut nuire à l'engagement du patient et doit faire l'objet d'un repérage et d'un travail psycho-éducatif spécifique.

Interactions informationnelles

L'exposition non contrôlée à des contenus nutritionnels sur un réseau social, Internet ou une plateforme non certifiée (injonctions diététiques, "before/after", conseils de pseudo-experts) peut altérer la perception du protocole EMNO DIET-MED-BED et générer des conduites à risque (auto prescription, désengagement, culpabilisation).

Mécanismes biologiques et psychosociologiques

Mécanismes biologiques

- Altération du système homéostatique de la faim et de la satiété : Les patients souffrant de troubles de l'hyperphagie boulimique présentent souvent une résistance aux signaux de leptine et une hyperactivation post-prandiale de la ghréline. L'INM favorise une reconnexion aux sensations corporelles via des exercices de pleine conscience alimentaire et une structuration régulière des prises alimentaires (Goodrick 1999).
- Inflammation de bas grade et insulino-résistance : L'hyperphagie boulimique est associée à un terrain inflammatoire favorisé par les cycles de restriction/rebond. La normalisation des apports et la réduction du comportement restrictif contribuent à l'amélioration de la sensibilité métabolique (Succurro 2015, Pendleton 2002, Čížková 2020).

Mécanismes psychosociologiques

- Réduction de la restriction cognitive pathogène : Le programme déconstruit les injonctions alimentaires rigides (régime mental) et restaure une permissivité fonctionnelle, réduisant ainsi le risque de compulsions par décompensation (Rapport final article 51 EMNO https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/emno_rapport_evaluation_finale.pdf).
- Autodétermination : L'INM favorise la motivation pour soi par une co-construction des objectifs, une reconnaissance de la compétence du patient, et une valorisation de son autonomie dans la prise de décision (Duchesne 2007, Ricca 2000, Hilbert 2019).

- Effet de halo social et stigmatisation intériorisée : En rétablissant un discours bienveillant et non-culpabilisant autour de l'alimentation et du corps, le programme EMNO DIET-MED-BED déconstruit l'auto-dévalorisation et favorise la réintégration sociale (Duchesne 2007, Ricca 2000, Hilbert 2019).

Public répondeur

- Adulte de 18 à 70 ans présentant une obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et un diagnostic d'hyperphagie boulimique selon les critères DSM-5.
- Patient exprimant une souffrance liée à la perte de contrôle alimentaire, sans comportements compensatoires purgatifs (vomissements, laxatifs, etc.).
- Personne motivée par une approche non prescriptive, éducative et progressive.
- Adhésion à un suivi régulier de 6 mois en consultation.
- Personne capable d'interagir de manière constructive avec un professionnel de santé (niveau suffisant d'alphabétisation fonctionnelle et numérique).

Public non répondeur

- Troubles des conduites alimentaires de type anorexie mentale, boulimie nerveuse avec vomissements, ou formes atypiques avec instabilité psychiatrique majeure.
- Comorbidités psychiatriques sévères non stabilisées (épisode dépressif majeur avec symptômes mélancoliques, troubles bipolaires en phase aiguë, schizophrénie active).
- Personne ayant des troubles cognitifs ou du développement rendant impossible la compréhension du programme ou l'adhésion volontaire (ex : démence, trouble du spectre de l'autisme sévère et non accompagné).
- Refus du travail sur les émotions, approche trop centrée sur le contrôle pondéral rapide, ou la recherche exclusive d'un effet de type "régime".
- Personnes en situation de vulnérabilité sociale extrême sans ressources suffisantes permettant un accès régulier au suivi (ex., précarité alimentaire sévère non accompagnée).

Participants

Individuel

Durée

6 mois

Nombre de séances par semaine

1 séance par mois

Procédure

1 séance individuelle initiale de bilan coordonnée par une infirmière d'EMNO (30 minutes) et un médecin nutritionniste référent (30 minutes). 5 séances individuelles de 45 minutes de suivi diététique assurées par une diététicienne formée aux troubles du comportement alimentaire à raison d'environ 1 séance toutes les 4 à 6 semaines. 1 réévaluation médicale par le médecin nutritionniste au 6ième mois (30 minutes). Format : présentiel, en cabinet individuel au sein du centre médical nutritionnel labellisé EMNO ou assimilé.

Déroulé et contenu des séances diététiques

Séance 1 : Phase d'accueil et d'engagement

- Analyse du carnet alimentaire préparé avec l'infirmière.
- Évaluation qualitative de la relation à l'alimentation (conscience, automatisme, émotions).
- Recueil des représentations, croyances et objectifs exprimés.
- Co-construction du contrat thérapeutique et identification des premières pistes de travail.

Séance 2 : Décryptage des épisodes d'hyperphagie

- Cartographie des situations à risque : lieux, moments, émotions déclenchantes.
- Introduction d'outils d'auto-observation (échelle faim/satiété, journal émotionnel).
- Recentrage sur la notion de permission alimentaire et rupture des cycles restrictifs.

Séance 3 : Travail sur les leviers de régulation

- Apprentissage de techniques de pleine conscience alimentaire.
- Distinction entre faim physiologique et faim émotionnelle.
- Identification des signaux de pré-impulsion et formulation de stratégies alternatives.
- Intégration de la régularité alimentaire et du plaisir dans la planification des repas.

Séance 4 : Consolidation et prévention des rechutes

- Travail sur les contextes sociaux à risque (fêtes, repas partagés, critiques).
- Anticipation des situations de stress ou de déséquilibre émotionnel.
- Techniques d'auto-soutien et d'auto-bienveillance après un épisode éventuel.
- Révision des stratégies mises en place et ajustement si besoin.

Séance 5 : Préparation à la sortie du cycle

- Auto-évaluation par le patient (ressources acquises, freins persistants).

- Discussion des tests notamment l'EDE-Q.
- Élaboration du plan de maintien personnalisé.
- Orientation vers une suite de parcours :
 - Soit vers un nouveau cycle de 6 mois,
 - Soit vers un cycle d'entretien à moindre intensité,
 - Soit vers un relais psychologique ou éducatif complémentaire si nécessaire.

Modalités de suivi et coordination

Suivi interdisciplinaire structuré :

- Coordination entre le médecin nutritionniste, l'infirmière référente et la diététicienne.
- Transmission des éléments d'évaluation et des synthèses de séances via le système d'information EMNO.
- Réunion de concertation multidisciplinaire possible à mi-parcours pour les cas complexes.

Traçabilité :

- Fiche individuelle de suivi, notes de séance, réévaluation structurée à 6 mois.
- Carnet alimentaire numérique EMNO avec fonctionnalités de partage entre professionnels.

Réévaluation des scores :

- Passation systématique des questionnaires EDE-Q à l'inclusion, à 3 mois et à 6 mois.
- Les scores sont discutés avec le patient pour renforcer sa capacité d'auto-régulation.

Critères de sortie ou d'évolution :

- Atteinte d'un niveau stable de comportement alimentaire et d'un recul des épisodes d'hyperphagie.

Composants

Le programme EMNO DIET-MED-BED repose sur une combinaison structurée de composants actifs, validés dans la littérature en nutrition clinique et dans les troubles du comportement alimentaire (HAS 2010). Ces composants sont mis en œuvre par un professionnel spécifiquement formé, dans une séquence cohérente avec des objectifs thérapeutiques ciblés.

Composants cognitifs

- Éducation thérapeutique alimentaire centrée sur les mécanismes de la faim, de la satiété et du plaisir alimentaire.

- Déconstruction des croyances dysfonctionnelles (notions de "bons"/"mauvais" aliments, vision dichotomique du corps ou de la réussite nutritionnelle).
- Identification et restructuration des automatismes de pensée liés à la compulsion alimentaire ou à la culpabilité post-prandiale.

Composants comportementaux

- Carnet alimentaire numérique utilisé comme outil d'auto-observation, non de jugement.
- Rétablissement d'une régularité alimentaire fonctionnelle, indépendamment du poids.
- Mises en situation encadrées ou scénarios simulés pour préparer les situations à risque.
- Suivi de l'évolution par auto-mesure (scores EDE-Q).

Composants corporels et sensoriels

- Pleine conscience alimentaire : centration sur les sensations internes de faim/satiété/plaisir au cours des repas.
- Travail sur le rythme alimentaire et le tempo masticatoire pour désamorcer les prises impulsives.
- Reconnexion corporelle indirecte par verbalisation et visualisation guidée (non exposée dans ce protocole à une confrontation corporelle directe).

Composants relationnels

- Alliance thérapeutique forte entre patient et diététicien, fondée sur la co construction du sens des changements.
- Attitude inconditionnellement bienveillante : neutralité pondérale, absence de jugement, accompagnement centré sur les compétences du patient.
- Mobilisation motivationnelle implicite selon les principes de l'entretien motivationnel (écoute réflexive, reformulation valorisante, soutien au changement).

Composants systémiques et organisationnels

- Coordination interdisciplinaire EMNO entre médecin, infirmière et diététicien.
- Cadre structuré et sécurisé : fréquence, durée et séquence des séances connues à l'avance.
- Utilisation d'outils standardisés et traçables (fiches de séance, plateforme EMNO, tests psychométriques reproductibles).

Matériel

Le programme EMNO DIET-MED-BED mobilise un ensemble de supports pédagogiques, numériques et cliniques standardisés, utilisés en routine et accessibles à tous les professionnels formés au sein du réseau EMNO.

Supports pour le professionnel

- Fiche de repérage EMNO Hyperphagie boulimique adaptée des critères DSM 5 pour valider l'indication.
- Grille de synthèse diététique standardisée : utilisée à chaque séance pour tracer l'évolution des comportements alimentaires, émotions associées et ajustements de stratégie.
- Fiches techniques internes (guide de gestion des situations à risque, trames de reformulation, outils d'auto-régulation).
- Guide interne EMNO sur les troubles des comportements alimentaires non purgatifs (version imprimée ou numérique).

Outils numériques

- NUVEE : dispositif e-ETP avec parcours obésité
- Plateforme MAELA - DOCTOLIB (interface pro et patient) :
 - Remplissage et suivi du carnet alimentaire numérique.
 - Auto-passation et archivage des scores EDE-Q et The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18).
 - Transmission sécurisée des synthèses entre professionnels.
- Espace patient numérique sécurisé : mise à disposition de contenus psycho éducatifs complémentaires validés.

Supports à remettre au patient

- Carnet alimentaire (papier ou numérique) avec légende, zones d'observation, repères non prescriptifs.
- Fiches de repérage des émotions cibles (schéma émotions / comportement / stratégie).
- Outils de pleine conscience alimentaire simplifiée (fiche "pause sensorielle", repères masticatoires, échelle faim-satiété).
- Plan de maintien personnalisé à construire en séance 5.

Ressources complémentaires

- Documents en langage simple pour expliquer l'hyperphagie (version 2024 "Comprendre et apaiser son alimentation").
- Possibilité de mobiliser, si besoin, la plateforme NUVEE sur les troubles du comportement alimentaire à destination des patients (durée : 5 minutes, validé en éducation thérapeutique).

Lieu de pratique

Bonnes pratiques de mise en œuvre

Le programme EMNO DIET-MED-BED requiert un cadre procédural, éthique et organisationnel précis afin de garantir son efficacité, sa sécurité et sa reproductibilité (Gauthier 2022 ; Poussier 2025). Les éléments suivants constituent les conditions nécessaires à une mise en œuvre conforme aux standards EMNO et aux principes des INM appliqués au champ des troubles du comportement alimentaire.

Professionnels intervenants

- L'intervention doit être conduite par un diététicien diplômé spécifiquement formé(e) à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.
- Une sensibilisation à la stigmatisation pondérale et à ses effets contre productifs est indispensable.

Organisation du parcours

- La structure EMNO s'engage à respecter le séquençage des 6 mois du protocole, incluant la séance initiale médico-infirmière, les 5 séances diététiques, et la réévaluation médicale à 6 mois.
- L'utilisation systématique du dossier numérique EMNO est obligatoire pour tracer le parcours, les comptes-rendus de séance et les tests psychométriques.
- Le calendrier des séances doit être établi dès l'inclusion du patient et validé avec lui.

Coordination interdisciplinaire

- Le protocole repose sur une coordination effective entre les trois acteurs : médecin, infirmière référente et diététicien.
- Des échanges formalisés sont attendus à mi-parcours pour les patients à évolution atypique ou complexe.
- Une réunion pluridisciplinaire trimestrielle est recommandée dans les centres EMNO pour harmoniser les pratiques et discuter des cas sensibles.

Posture professionnelle et relation thérapeutique

- La relation d'aide repose sur une attitude non stigmatisante, centrée sur les besoins exprimés, les compétences mobilisables et les valeurs du patient.
- Les objectifs ne doivent jamais être exclusivement pondéraux, mais viser des changements de comportement, une réduction des prises compulsives, et une amélioration du rapport à l'alimentation.
- La mise en œuvre doit intégrer l'acceptation des rechutes comme élément possible du processus de changement, et non comme échec.

Suivi qualité et supervision

- Les professionnels doivent pouvoir bénéficier d'un espace de supervision ou d'échanges entre pairs au moins une fois par an.
- Les structures EMNO sont invitées à suivre des indicateurs d'impact : taux de rétention, taux de complétude des tests EDE-Q, taux de reconduction ou d'évolution du parcours.
- Toute adaptation locale du protocole doit être documentée et discutée avec l'équipe qualité EMNO pour garantir la cohérence d'ensemble.

Bonnes pratiques de pérennisation

La pérennisation de l'INM repose sur sa capacité à s'intégrer durablement dans le fonctionnement des centres EMNO, à faire l'objet d'une appropriation par les équipes, et à être adaptable sans perte de qualité ou de cohérence. Plusieurs leviers organisationnels, humains et méthodologiques permettent de garantir la stabilité, la qualité continue et la montée en compétence autour de cette intervention.

Ancrage organisationnel

- L'intervention doit faire l'objet d'un référencement officiel au sein du catalogue des interventions EMNO.
- Elle est intégrée dans le système qualité du centre, avec des modalités de planification, d'archivage des documents et de reporting standardisées.
- Une version numérique de la procédure doit être tenue à jour dans le système documentaire partagé.

Formation continue

- Un plan de formation continue à destination des nouveaux professionnels (diététiciens, médecins, infirmiers) doit être prévu, avec une validation des acquis et des critères d'habilitation.
- Les retours d'expérience des équipes (comité qualité, réunions pluridisciplinaires, supervision) doivent être systématiquement recensés pour faire évoluer les contenus et ajuster les pratiques.
- Des fiches synthétiques de mise en œuvre peuvent être diffusées en interne pour consolider les compétences.

Stabilité et évolutivité du modèle

- L'INM est conçue pour être appliquée dans différentes structures EMNO (centres fixes, antennes mobiles, dispositifs en collaboration hospitalière) à condition de respecter les conditions minimales de mise en œuvre.

- Une version "allégée" (3 séances au lieu de 6) peut être envisagée dans certaines situations cliniques ou contextes logistiques, après validation médicale et selon des critères définis.
- Une version renforcée (8 séances au lieu de 6) peut être déployée dans les centres disposant d'un pôle spécialisé dans les troubles graves du comportement alimentaire.

Traçabilité et suivi des résultats

- Les données d'activité et d'impact doivent être remontées annuellement à la direction qualité EMNO.
- Les résultats anonymisés peuvent faire l'objet d'une valorisation scientifique ou institutionnelle (communication, publications, indicateurs d'efficience).
- Des audits qualité peuvent être organisés à intervalles réguliers (au moins une fois tous les deux ans) pour garantir la conformité au protocole standard.

Adhésion de l'équipe et culture commune

- La compréhension partagée des enjeux liés à l'hyperphagie, au-delà du seul volet pondéral, est un facteur essentiel de pérennisation.
- La culture EMNO valorise la démarche d'accompagnement sur le temps long, l'individualisation du suivi, et la reconnaissance de la souffrance liée aux troubles du comportement alimentaire.
- Ces principes doivent être régulièrement rappelés dans les réunions d'équipe et intégrés aux référentiels d'accueil des nouveaux professionnels.

Précautions

L'intervention diététique pour patients présentant une hyperphagie boulimique doit être menée dans un cadre clinique rigoureux et sécurisé. Certaines situations individuelles ou certaines caractéristiques contextuelles peuvent nécessiter des ajustements, des relais spécifiques et des vigilances renforcées afin de ne pas aggraver la symptomatologie ou d'induire d'effets secondaires non désirés.

Comorbidités psychiatriques non stabilisées

- En cas de troubles psychiatriques sévères associés (dépression majeure avec inhibition, troubles bipolaires en phase aiguë, psychose non stabilisée), un avis psychiatrique est nécessaire avant d'engager le protocole.
- Le suivi diététique ne doit jamais se substituer à une prise en charge psychothérapeutique ou psychiatrique lorsque celle-ci est indiquée.
- L'absence d'adhésion ou la dégradation rapide du fonctionnement relationnel du patient doivent conduire à une interruption temporaire de l'intervention et à une réévaluation multidisciplinaire.

Troubles du comportement alimentaire mixtes ou atypiques

- Si le diagnostic d'hyperphagie boulimique est incertain ou s'il existe des éléments d'un tableau mixte (alternance avec boulimie nerveuse, comportements de purge intermittents, formes atypiques), l'inclusion dans le protocole doit être soumise à concertation.
- L'intervention ne convient pas aux patients avec anorexie mentale ou avec comportements de contrôle pondéral extrême (vomissements, hyperactivité physique pathologique, compulsions laxatives).

Risque de renforcement de la restriction cognitive

- Toute formulation diététique normative ou prescriptive (quantités, exclusions, injonctions) doit être évitée, car elle expose à un renforcement de la restriction cognitive et à un risque de rebond hyperphagique.
- L'utilisation du carnet alimentaire doit se faire dans une posture exploratoire et non punitive. Il ne s'agit pas d'un outil de surveillance mais de compréhension.

Épisodes traumatiques associés

- Des antécédents d'abus, de maltraitance ou d'environnement familial instable peuvent conditionner la relation à l'alimentation.
- Il convient dans ces situations de maintenir une vigilance sur les réactions de retrait, les épisodes dissociatifs ou les comportements de repli, et de proposer un relais psychothérapeutique en cas de blocage ou de détresse psychique persistante.

Incompréhension du cadre de l'intervention

- Si le patient attend une prescription de régime ou une perte de poids rapide, il est nécessaire de reformuler explicitement les objectifs et le cadre du protocole.
- Un travail préalable avec le médecin référent peut être utile avant d'engager le cycle avec la diététicienne.

Vulnérabilités sociales ou matérielles

- En cas de précarité alimentaire, d'instabilité du logement ou de ruptures sociales importantes, l'intervention doit être réajustée avec les services sociaux ou médico-sociaux partenaires.
- L'objectif de régularité alimentaire ou d'achats spécifiques ne doit pas aggraver la situation économique ou induire de pression culpabilisante.

Caractéristiques réglementaires

Le programme EMNO DIET-MED-BED s'inscrit dans le cadre des pratiques réglementées de la nutrition thérapeutique, de la prévention en santé mentale et de l'éducation thérapeutique (HAS février 2024 ; HAS novembre 2024). Elle respecte les cadres légaux encadrant les professions impliquées ainsi que les principes déontologiques et éthiques en vigueur.

Encadrement de l'exercice professionnel

- L'intervention est délivrée exclusivement par un diététicien diplômé d'État, dont la pratique est régie par l'article L4371-1 du Code de la santé publique.
- Le professionnel agit sous sa responsabilité propre, dans le respect de la déontologie de sa profession et des procédures internes EMNO.
- Le protocole prévoit un rôle complémentaire du médecin nutritionniste prescripteur et de l'infirmière coordonnatrice, chacun dans le cadre défini de leurs compétences réglementaires.

Statut de l'intervention

- Cette intervention est une INM, structurée, codifiée et reproductible, répondant aux critères définis par la Haute Autorité de Santé (2011) et le référentiel des INM de la NPIS.
- Elle ne constitue pas un acte de prescription diététique standardisé, mais un protocole d'accompagnement thérapeutique personnalisé et ciblé sur un trouble comportemental identifié, l'hyperphagie boulimique.
- L'intervention ne se substitue pas à un diagnostic médical ni à une prise en charge psychothérapeutique spécialisée si celle-ci est requise.

Protection des données et dossier patient

- Tous les échanges, comptes-rendus et suivis sont réalisés via le système d'information sécurisé EMNO, conforme au RGPD (Règlement UE 2016/679).
- Le recueil et l'analyse des questionnaires sont effectués avec le consentement éclairé du patient.
- En cas de participation à des travaux d'analyse ou de recherche, les données sont anonymisées conformément aux procédures internes validées par le comité de gouvernance d'EMNO.

Lien avec les dispositifs institutionnels

- L'intervention peut s'inscrire dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, déclaré à l'Agence Régionale de Santé et coordonné par EMNO, si le patient est intégré dans ce parcours (<https://www.sante.fr/etp-obesite-surpoids-emno-dijon-valmy-espace-medical-nutrition-et-obesite#q=recherche/trouver/cartographie-ETP/Dijon%2C%20C%3%B4te-d%27Or>).

- Le protocole est compatible avec les orientations des parcours Article 51, ou expérimentations de coordination ville-hôpital autour de l'obésité et des TCA, sous réserve d'adaptation contractuelle et d'adossement aux structures habilitées (cahiers des charges EMNO, GPSO, TIMEO, PACO).

Initiateur principal

Cyril Gauthier, Matthieu Poussier EMNO SAS

Qualification requise

- Diététicien diplômé formé aux troubles du comportement alimentaire et à l'INM
- Infirmier.ère diplômé.ee formée aux troubles du comportement alimentaire et à l'INM
- Médecin diplômé formé aux troubles du comportement alimentaire et à l'INM

Bibliographie

Étude prototypique

Gauthier C et al. Espace médical nutrition et obésité, une meilleure prise en charge des patients atteints d'obésité [Medical space nutrition and obesity, a better management of patients with obesity]. Soins. 2022 Sep;67(868):52-54. French.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2022.09.017>

Poussier M et al. Le concept Emno, une approche novatrice en nutrition et médecine intégrative [The Emno concept, an innovative approach to nutrition and integrative medicine]. Soins. 2025 Jul-Aug;70(897):48-52.

French.<https://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2025.05.018>

Gardner MM et al. Practical implementation of an exercise-based falls prevention programme. Age Ageing. 2001 Jan;30(1):77-83. <https://dx.doi.org/10.1093/ageing/30.1.77>

Études mécanistiques

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/emno_rapport_evaluation_finale.pdf

Alizadehsaravi L et al. The underlying mechanisms of improved balance after one and ten sessions of balance training in older adults. Hum Mov Sci. 2022 Feb;81:102910.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.humov.2021.102910>

Études interventionnelles

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/emno_rapport_evaluation_finale.pdf

Campbell AJ et al. Randomised controlled trial of a general practice programme of home

based exercise to prevent falls in elderly women. *BMJ*. 1997 Oct 25;315(7115):1065-9. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1065>

Robertson MC, et al. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 Mar 24;322(7288):697-701. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7288.697>

Études interventionnelles sur les risques

Campbell AJ et al. Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older. *Age Ageing*. 1999a Oct;28(6):513-8.

<https://dx.doi.org/10.1093/ageing/28.6.513>

Campbell AJ, et al. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1999b Jul;47(7):850-3. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb03843.x>

Étude d'implémentation en France

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/emno_rapport_evaluation_finale.pdf

Gauthier C, et al. Espace médical nutrition et obésité, une meilleure prise en charge des patients atteints d'obésité [Medical space nutrition and obesity, a better management of patients with obesity]. *Soins*. 2022 Sep;67(868):52-54. French.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2022.09.017>

Poussier M, et al. Le concept Emno, une approche novatrice en nutrition et médecine intégrative [The Emno concept, an innovative approach to nutrition and integrative medicine]. *Soins*. 2025 Jul-Aug;70(897):48-52. French.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2025.05.018>

Zak M et al. Physiotherapy programmes aided by VR solutions applied to the seniors affected by functional capacity impairment: Randomised controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 15;19(10):6018. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph19106018>

Autres publications

Erskine, et al. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 462–470. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000449>

Bulimia nervosa and binge eating disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 257–269. <https://doi.org/10.1348/01446650360703375>

Carter, J. C., & Fairburn, C. G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 616–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.4.616>

Duchesne, M. et al. (2007). The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 23–25. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006005000035>

Grilo, C. M. et al. (2022). Naltrexone-Bupropion and Behavior Therapy, Alone and Combined,

for Binge-Eating Disorder: Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 179(12), 927–937. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220267>

Villarejo, C. et al. (2013). Loss of Control over Eating: A Description of the Eating Disorder/Obesity Spectrum in Women. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 25–31. <https://doi.org/10.1002/erv.2267>

Grilo, C. M. (2017). Psychological and Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(Suppl 1), 20–24. <https://doi.org/10.4088/jcp.sh16003su1c.04>

V.Ricca et al. (2000). Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. A review. *Psychotherapy and psychosomatics*. https://www.semanticscholar.org/paper/ca445c3b08c708109275b4b53cc34fa615a_e5792

Ghaderi et al. (2003). Pure and guided self-help for full and sub-threshold bulimia nervosa and binge eating disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 257–269. <https://doi.org/10.1348/01446650360703375>

Carter, J. C. et al. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 616–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.4.616>

Duchesne, M. et al. (2007). The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 23–25. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006005000035>

Grilo, C. M. et al. (2022). Naltrexone-Bupropion and Behavior Therapy, Alone and Combined, for Binge-Eating Disorder: Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 179(12), 927–937. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220267>

Hilbert, A. et al. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>

Brelet, L et al. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(8), 2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834>

Tzischinsky, O et al. (2000). Sleep-wake cycles in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 43–48. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200001\)27:1<43::aid-eat5>3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1<43::aid-eat5>3.0.co;2-z)

Pendleton, V. R. et al. (2002). Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 172–184. <https://doi.org/10.1002/eat.10010>

Levine, M. D. et al. (1996). Exercise in the treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 171–177. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199603\)19:2<171::aid-eat7>3.0.co;2-k](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199603)19:2<171::aid-eat7>3.0.co;2-k)

Goodrick, G. K. et al. (1999). Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating*

Disorders, 26(3), 295–300. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098_108x\(199911\)26:3<295::aid-eat7>3.0.co;2-7](https://doi.org/10.1002/(sici)1098_108x(199911)26:3<295::aid-eat7>3.0.co;2-7)

Succurro, E. et al. (2015). Obese Patients With a Binge Eating Disorder Have an Unfavorable Metabolic and Inflammatory Profile. *Medicine*, 94(52), e2098.

<https://doi.org/10.1097/md.0000000000002098>

Čížková, T. et al. (2020). Exercise Training Reduces Inflammation of Adipose Tissue in the Elderly: Cross-Sectional and Randomized Interventional Trial. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), e4510–e4526.

<https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa630>

Sources scientifiques et médicales internationales

Fairburn CG et al. "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment." *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-528.

Wilson GT, Grilo CM, Vitousek K. "Psychological treatment of eating disorders." *Am Psychol*. 2007;62(3):199–216.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Hilbert A. *Binge Eating Disorder: Advances in Psychotherapy – Evidence-Based Practice*. Hogrefe Publishing; 2019.

Brownley KA et al. "Binge Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta analysis." *Ann Intern Med*. 2016;165(6):409–420.

Guidelines et recommandations institutionnelles

Haute Autorité de Santé (HAS). *Troubles des conduites alimentaires : repérage et prise en charge chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique*, 2010.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Eating Disorders: recognition and treatment. Clinical guideline [NG69]*, 2017.

ANAES. *Évaluation des pratiques professionnelles : prise en charge des troubles des conduites alimentaires*. Paris, 2003.

American Dietetic Association. *Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders*. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(8):1236–1241.

Cahiers des charges expérimentations article 51 obésité

EMNO : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/emno-raa_du_11.09.20_arrete_et_cdc_modifies.pdf

GPSO : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/gpso-joe_20241107_0264_0019.pdf

PACO : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/paco-raa_du_30.05.23_arrete_et_cdc_modifies.pdf

TIMEO : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/timeo-arrete_et_cdc_modifies.pdf

Outils et tests utilisés dans le protocole

Fairburn CG, Beglin SJ. "Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?" *Int J Eat Disord*. 1994;16(4):363–370. [EDE-Q]

Karlsson J et al. "Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study." Int J Obes Relat Metab Disord. 2000;24(12):1715 1725.

De Lauzon B et al. "The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population." J Nutr. 2004;134(9):2372 2380.

Auteur(s) de la fiche

POUSSIER Matthieu , GAUTHIER Cyril 

Date de création : **23/04/2026**

Date de révision : **24/04/2026**

Version : **V01**

Programme nutritionnel EMNO DIET-MED-BED pour adulte en situation d'obésité présentant une hyperphagie boulimique, Référentiel NPIS des INM, Fiche code NPIS-000000116, Version V01, 2026.

Lien vers la fiche online : [cliquez-ici](#).

Suggérez une amélioration : Rendez-vous sur sa fiche numérique de la plateforme du Référentiel NPIS des INM [en cliquant-ici](#).

Contacteur la NPIS

5, rue des Reculettes, 75013 Paris - France

Tél. : +33 (0)1 56 79 17 91

Non Pharmacological Intervention Society - Société savante d'intérêt général à but non lucratif

Nos soutiens



Nos partenaires



clariane



Information réglementaire et précaution :

Toute exploitation ou reproduction nécessite une autorisation préalable de la NPIS. Toute référence et toute citation doit faire mention du Référentiel NPIS des INM.

Le lecteur reconnaît utiliser ces informations sous sa responsabilité exclusive.

La NPIS n'a pas vocation à répondre à des questions sur un cas personnel ou celui d'un proche. Celles-ci doivent être posées à un professionnel de santé. Rien ne remplace la consultation d'un médecin.

La fiche INM contient des liens bibliographiques vers d'autres sources dont la NPIS décline toute responsabilité quant à leur contenu.

Tous droits réservés © 2026 NPIS