

LA CYBERTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE : RECENSION DE LA LITTÉRATURE

E-THERAPY IN THE TREATMENT OF BINGE EATING DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Nathalie St-Amour, Suzanne Léveillé and Jean Wilkins

Volume 37, Number 1, 2016

LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE
EATING DISORDERS

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040104ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040104ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

St-Amour, N., Léveillé, S. & Wilkins, J. (2016). LA CYBERTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE : RECENSION DE LA LITTÉRATURE. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 61–86.
<https://doi.org/10.7202/1040104ar>

Article abstract

Binge eating disorder (BED) is the most common eating disorder, with a prevalence higher than the prevalence of anorexia nervosa and bulimia combined (Hudson *et al.*, 2007). Although BED officially entered the DSM-5, there are still great difficulties regarding the accessibility and availability of evidence-based treatments. The purpose of this paper is to present a critical review of the literature highlighting the use of e-therapy for BED as well as the implications for clinical practice and research.

LA CYBERTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE : RECENSION DE LA LITTÉRATURE

E-THERAPY IN THE TREATMENT OF BINGE EATING DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Nathalie St-Amour¹

Université du Québec à Trois-Rivières

Suzanne Léveillé

Université du Québec à Trois-Rivières

Jean Wilkins

Université de Montréal

INTRODUCTION

L'hyperphagie boulimique (HB) s'avère le trouble alimentaire le plus fréquent avec une prévalence qui se révèle être plus élevée que celles combinées de l'anorexie nerveuse et de la boulimie (Hudson, Hiripi, Pope Jr, & Kessler, 2007). Avant son entrée officielle dans la dernière mise à jour du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2013), l'HB demeurerait méconnue par une grande majorité de professionnels de la santé. Comparativement aux autres troubles alimentaires, la différence entre les sexes apparaît beaucoup moins prononcée chez l'HB et le ratio femme/homme se montre davantage similaire, soit trois femmes pour deux hommes en comparaison à trois femmes pour un homme pour la boulimie et à dix femmes pour un homme pour l'anorexie nerveuse (Hudson *et al.*, 2007). Certaines données indiqueraient qu'au niveau clinique la prévalence des épisodes de compulsions alimentaires serait presque similaire entre les sexes et que la principale différence viendrait du fait que les hommes endossent moins le sentiment de perte de contrôle et la détresse psychologique associée aux épisodes de compulsions alimentaires ce qui pourrait surestimer la prévalence de l'HB chez les femmes (Grucza, Przybeck, & Cloninger, 2007; Hudson *et al.*, 2007; Reslan, & Saules, 2011).

La présence d'épisodes de compulsions alimentaires sans méthode compensatoire s'avère fortement corrélée avec une augmentation des risques de développer de l'obésité (Spitzer *et al.*, 1992; Telch & Agras, 1994) ainsi que les problèmes de santé qui en résultent. La prévalence des personnes obèses avec HB atteint, selon les études, 8 à 28 % (Hudson *et al.*, 2007) et près de 46 % des clients qui consultent dans les cliniques de perte de poids présentent des difficultés significatives relativement à la présence de compulsions alimentaires (Marcus, Wing, & Lamparski, 1985). De cette forte association avec l'obésité, les individus atteints d'HB sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques et

1. Adresse de correspondance : 1112, boul. Guillaume Couture, suite 210, Lévis (QC), G6W 5M6. Téléphone : 418-834-9825. Courriel : nathalie@cliniquestamour.com

de pathologies importantes telles que le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie, l'hyperlipidémie, l'apnée du sommeil, l'hypertension artérielle, des cardiopathies, différentes formes de cancer et des problèmes de santé chroniques tels que de la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable et l'insomnie (Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003; Eckel, 2008; Hudson *et al.*, 2007; Javaras *et al.*, 2008; Johnson, Spitzer, & Williams, 2001).

On estime que les gens souffrant d'HB ont recours plus fréquemment aux soins de santé en raison de la morbidité médicale et psychiatrique accrue en comparaison aux individus sans HB (Bulik, Sullivan, & Kendler, 2002; Johnson *et al.*, 2001). Lors d'HB, l'obésité s'avère la conséquence plutôt que la cause des fréquents épisodes de compulsions alimentaires (Kalarchian *et al.*, 2007). Si l'on compare les personnes obèses avec ou sans HB, les études démontrent clairement des différences substantielles sur une fréquence plus élevée de symptômes dépressifs, davantage de difficultés psychosociales, davantage de comorbidité psychiatrique, des déséquilibres alimentaires accrus et davantage de psychopathologie lors d'HB (Bulik *et al.*, 2002; Engel *et al.*, 2009; Grucza *et al.*, 2007; Hudson *et al.*, 2007; Rieger, Wilfley, Stein, Marino, & Crow, 2005). Pour les personnes obèses avec HB la surévaluation de l'importance accordée au poids et à l'apparence physique ne provient pas du surpoids (Didie & Fitzgibbon, 2005), mais bien de leur trouble alimentaire (Engel *et al.*, 2009; Grilo, White, Gueorguieva, Wilson, & Masheb, 2013; Wilfley *et al.*, 2000). L'HB existe chez des individus ayant un poids normal et la variable associée à l'indice de masse corporelle n'est pas, selon le DSM-5, un critère diagnostique de l'HB. Cette psychopathologie spécifique explique en partie les difficultés majeures chez cette clientèle à atteindre et maintenir une saine gestion de leur poids (Grucza *et al.*, 2007). Lors d'HB, la préoccupation excessive quant au poids et à l'apparence physique demeure la même chez les femmes que chez les hommes (Barry, Grilo, & Masheb, 2002) et cette préoccupation excessive s'avère aussi présente chez les adolescents(es) que chez les adultes (Fairburn *et al.*, 2008).

La chirurgie bariatrique a connu, au cours des dernières années, une hausse considérable au niveau des interventions chirurgicales effectuées au Québec. Pour les personnes souffrant d'obésité avec HB la chirurgie bariatrique ne constitue pas le traitement recommandé dans les meilleures pratiques (National Institute for Clinical Excellence, NICE, 2004). On estime tout de même qu'entre 25 et 49 % des clients qui consultent en chirurgie bariatrique souffrent d'hyperphagie boulimique (Kalarchian *et al.*, 2007; Marcus & Levine, 2005; Mitchell *et al.*, 2001). Les clients obèses avec HB qui subissent une chirurgie bariatrique se montrent plus symptomatiques en comparaison aux clients obèses sans HB et présentent une psychopathologie plus sévère et des risques accrus de

reprise pondérale et de complications post-chirurgicales pouvant être létales (Kalarchian *et al.*, 2007; Mitchell *et al.*, 2001).

Actuellement, la thérapie cognitivo-comportementale est reconnue par plus d'une vingtaine d'études randomisées comme le traitement de choix pour cette clientèle (NICE, 2004; Wilson, & Shafran, 2005) malgré un taux d'efficacité ne dépassant pas 50 %. Avant son entrée officielle dans le DSM-5, l'HB s'avérait fréquemment un trouble confondu à l'obésité. Très peu de centres spécialisés dans le traitement des troubles alimentaires offrent des traitements spécialisés pour cette clientèle orpheline des services publics au Québec. Une amélioration de l'accessibilité, la disponibilité et l'efficacité des traitements s'appuyant sur des données probantes demeurent des priorités pour cette clientèle.

L'objectif de cet article consiste à décrire l'HB et ses caractéristiques cliniques puis à faire une revue critique de la littérature portant sur la cybersanté mentale et l'utilisation des cyberthérapies dans le traitement de l'HB. Les implications au niveau de la pratique clinique et les avenues futures au niveau de la recherche seront également abordées.

CONTEXTE THÉORIQUE

L'hyperphagie boulimique : définition et description

L'HB se caractérise par des épisodes de compulsion alimentaire ou accès hyperphagiques. Selon le DSM-5, les critères diagnostiques correspondent :

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques *binge eating*. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
 1. Absorption, en une période de temps limité (par exemple, moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :
 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale;
 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale;
 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim;

4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe;
 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- C. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse marquée.
- D. Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
- E. Les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des accès hyperphagiques. Lorsque la fréquence s'avère inférieure à 1-3 accès hyperphagiques par semaine, on parle alors d'hyperphagie boulimique sous-clinique.

L'importance du dépistage et d'un traitement adapté

La tendance chez cette clientèle à masquer l'existence de leur maladie représente pour le professionnel de la santé un défi majeur pour le dépistage, le diagnostic et l'aide psychologique requis à cette clientèle (Crow, Peterson, Levine, Thuras, & Mitchell, 2004; Johnson *et al.*, 2001). Une motivation fluctuante et changeante au fil du temps, une faible estime de soi (Rieger *et al.*, 2005), une tendance à s'autodéprécier et à s'évaluer négativement feront en sorte que l'établissement d'un lien de confiance et d'une alliance thérapeutique dès les premières interventions seront déterminantes quant au pronostic et aux risques d'abandon thérapeutique (Grilo, Masheb, & Wilson, 2006; Masheb & Grilo, 2007).

La plupart des personnes souffrant d'HB ne reçoivent pas de traitements spécialisés et seront dirigées vers des cliniques de perte de poids ou pour de l'aide psychologique visant les répercussions de leur trouble alimentaire plutôt que pour le traitement spécifique de leur trouble alimentaire. Le traitement requis dépasse le recours à une aide psychologique, à une diète conventionnelle, à la prise d'une médication ou autre intervention visant la perte de poids. Les traitements s'appuyant sur les meilleures pratiques doivent s'adresser simultanément aux conséquences physiologiques des comportements dysfonctionnels dans la relation avec la nourriture, s'appuyer sur des données probantes et permettre une rééducation nutritionnelle, cognitive et de la gestion du quotidien (Eckel, 2008; Grilo, Masheb, & Wilson, 2001). Le traitement spécialisé pour l'HB utilisant la thérapie cognitivo-comportementale

(Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003) s'accompagne de robustes taux d'abstinence à court et à long terme des épisodes de compulsions alimentaires (Brownley, Berkman, Sedway, Lohr, & Bulik, 2007; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007), mais, à ce jour, il demeure très limité face à la gestion du poids.

La cybersanté mentale offre des perspectives novatrices avec le potentiel d'atteindre les populations à l'heure actuelle mal desservies et permettre d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des meilleurs traitements psychologiques pour les personnes ayant un trouble de santé mentale, dont l'HB (Hedman, Ljótsson, & Lindefors, 2012; Jorm, Morgan, & Malhi, 2013; Ljótsson *et al.*, 2007). Les plateformes permettant aux personnes souffrant d'un trouble alimentaire de partager entre pairs leur expérience et la reconnaissance de leur vécu semblent être l'un des aspects les plus importants des initiatives en cybersanté réussies (Aardoom, Dingemans, Boogaard, & Van Furth, 2014). En favorisant la responsabilisation de la personne, ces initiatives offrent une alternative saine aux sites qui encouragent les troubles alimentaires (Aardoom *et al.*, 2014).

Bien que des données probantes en provenance d'études randomisées sur l'utilisation d'Internet et de la cybersanté mentale dans la prestation des soins au niveau des troubles alimentaires demeurent à poursuivre, les résultats actuels s'avèrent prometteurs (Aardoom, Dingemans, Spinhoven, & Van Furth, 2013; Bauer & Moessner, 2013; Dölemeyer, Tietjen, Kersting, & Wagner, 2013; Hedman *et al.*, 2012; Shingleton, Richards, & Thompson-Brenner, 2013).

Définition de la cybersanté mentale

Selon la *Mental Health Commission of Canada* (Mental Health Commission of Canada, 2014), la cybersanté mentale fait référence aux technologies de l'information et de la communication qui visent à promouvoir, améliorer, dépister et traiter des troubles psychologiques comme la pharmacodépendance, l'alcoolisme, la dépendance au jeu et divers troubles mentaux. À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus réunissant l'ensemble des auteurs sur la définition exacte de ce qu'est la cybersanté mentale et plus précisément ce qu'elle n'inclut pas (Commission de la santé mentale du Canada, 2014; Lal & Adair, 2013; Lambousis, Politis, Markidis, & Christodoulou, 2002). Ainsi, certains auteurs excluent la vidéoconférence, la télépsychothérapie et la télémedecine dans leurs définitions de la cybersanté mentale. La cyberthérapie appelée également E-thérapie fait référence aux nouvelles formes de thérapies apparues avec l'émergence de la cybersanté mentale qui offrent des thérapies complètes accessibles sur Internet ou appareil mobile (tablette et App).

Ce champ d'expertise a connu un essor considérable au cours des dernières années et ne cesse de croître à l'heure actuelle (Titov, Dear, & Rapee, 2013). La rapidité à laquelle on assiste au développement technologique, à l'utilisation des téléphones intelligents et de la technologie mobile en santé mentale évolue à un rythme très accéléré. Selon certains chercheurs influents dans le domaine, il s'avère très difficile à ce jour de prédire l'importance qu'occupera la cybersanté mentale dans les prochaines années (Burns, Durkin, & Nicholas, 2009; Cavanagh, 2010; Chan, Torous, Hinton, & Yellowlees, 2014; Christensen, Reynolds, & Griffiths, 2011; Griffiths, 2013; Hailey, Roine, & Ohinmaa, 2008).

La revue systématique de Lal et Adair (2013) sur les interventions de cybersanté mentale indique que ces interventions peuvent être une solution avantageuse aux difficultés d'accessibilité et de disponibilité des ressources tout en réduisant les coûts associés. Intégrés correctement, les résultats de plusieurs études (Mitchell *et al.*, 2008; Robinson *et al.*, 2010; Titov *et al.*, 2010) dénotent que ces interventions s'avèrent aussi efficaces que des services en face à face pour divers problèmes en santé mentale dont les troubles alimentaires (Hedman *et al.*, 2012; Mitchell *et al.*, 2008). L'utilisation des technologies mobiles pourrait contribuer à réduire la stigmatisation en s'adressant plus directement aux personnes souffrant de maladie mentale, influencer l'adhérence au rendez-vous et à la médication (Aggarwal, 2012; Furber *et al.*, 2011) et favoriser une plus grande facilité dans les échanges de support par les pairs (Aggarwal, 2012).

À l'heure actuelle un consensus de tous les leaders impliqués dans le domaine de la santé et des technologies confirme que la cybersanté mentale et les cyberthérapies vont engendrer des changements majeurs dans la prestation des soins en santé mentale (Aardoom *et al.*, 2013; Aggarwal, 2012; Boschen & Casey, 2008; Chan *et al.*, 2014; Christensen & Petrie, 2013; Clough & Casey, 2011; Engel & Wonderlich, 2010; Furber *et al.*, 2011; Gaggioli & Riva, 2013; Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Jorm *et al.*, 2013; Maon, Edirippulige, Ware, & Batch, 2012; Price, Yuen, Goetter, Herbert, Forman, Acierno, & Ruggiero, 2013). Les résultats de la recension des écrits scientifiques et méta-analyse sur l'utilité et l'efficacité des cyberthérapies dans le traitement des troubles alimentaires (Aardoom *et al.*, 2013; Bauer & Moessner, 2013; Dölemeyer *et al.*, 2013; Hedman *et al.*, 2012; Loucas *et al.*, 2014; Shingleton *et al.*, 2013) confirment le peu d'écrits actuels, l'absence de données empiriques sur l'utilisation et l'efficacité d'une cyberthérapie disponible sur une application mobile pour le traitement des troubles alimentaires et la nécessité de poursuivre les recherches actuelles visant l'évaluation des cyberthérapies en ayant les mêmes critères de rigueur que toutes autres formes de traitements novateurs en santé mentale.

Objectif de la recension des écrits

La présente recension vise à répertorier les écrits portant sur l'utilisation de la cyberthérapie dans le traitement de l'hyperphagie boulimique. Le but principal est d'y dégager les résultats des études actuelles en faisant ressortir les principales forces et limites qui s'y dégagent ainsi que les implications au niveau de la pratique clinique et les avenues futures de la recherche.

MÉTHODOLOGIE

Stratégies de recherche et de sélection des articles

La recherche des écrits portant sur le thème a été menée principalement dans les bases de données *PsycINFO*, *PubMed*, *CINAHL* et *Web of Science* de janvier 1990 à juin 2014. Afin de sélectionner les études pertinentes à l'objectif de cette recension, deux catégories de mots-clés ont été associées, soient les mots-clés relatifs à la cyberthérapie (*e-mental health*, *Internet*, *online*, *e-therapy*, *internet-based*, *mobile phones*) combinés aux mots-clés associés à l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder*, *eating disorders*). Pour être inclus dans la recension, les articles devaient porter sur l'utilisation d'une cyberthérapie (thérapie offerte sur Internet, tablette ou App) comme traitement pour une clientèle adulte souffrant d'hyperphagie boulimique. La lecture des titres et des résumés des articles répertoriés ont permis de réaliser qu'avant juin 2014, à notre connaissance, aucun écrit scientifique n'a pu être répertorié à partir de ces critères.

À la suite de l'application de ces stratégies de recherche dans le but d'inclure un maximum d'articles, les études combinant un échantillonnage mixte de participants souffrant d'hyperphagie boulimique et de boulimie, d'hyperphagie boulimique sous-clinique et de troubles alimentaires non spécifiés ont été retenues. De plus, afin de répondre aux objectifs de cette recension, la définition retenue de cyberthérapie a été élargie aux études portant sur des interventions sous forme d'un programme d'autosoins (Internet, CD-ROM ou par séances de clavardage) qui incluait le soutien par un thérapeute ainsi que les études qui n'offraient aucun soutien. Les articles écrits dans une langue autre que l'anglais (un article en allemand), les mémoires ou thèses, les études de cas, les études sans collecte de données empiriques ou ne spécifiant pas le devis de recherche et les articles traitant uniquement de prévention et d'une clientèle adolescente ou uniquement pour le maintien des progrès à la suite d'un traitement n'ont pas été retenus dans la sélection.

Au total, 12 articles répondaient à ces critères, dont 7 études randomisées, 2 études contrôlées non randomisées et 3 études non

contrôlées et non randomisées. La synthèse des articles sélectionnés est présentée dans le Tableau 1. Une attention particulière a été portée aux objectifs de cette recension afin d'y dégager les résultats des études portant sur un échantillon représentatif de la population ciblée (l'HB ou l'HB sous-clinique) en faisant ressortir les principales forces et limites qui s'y dégagent. Ainsi, comme seulement deux études randomisées comportaient dans leur échantillonnage uniquement des personnes souffrant d'hyperphagie boulimique ou d'hyperphagie boulimique sous-clinique, ces deux études ont été privilégiées relativement aux objectifs de cette recension et analysées plus en détail. L'une offrait un programme d'autosoins avec l'appui d'un thérapeute (Carrard *et al.*, 2011a) tandis que l'autre n'offrait aucun support en complément au programme d'autosoins sur CD-ROM (Shapiro *et al.*, 2007). Les autres études comportent un échantillonnage mixte d'HB ou d'HB sous-clinique avec de la boulimie, de la boulimie sous-clinique, de l'anorexie nerveuse sous-clinique, le trouble purgatif et le syndrome d'alimentation nocturne. En fonction des objectifs de cette recension, la synthèse de ces études qui regroupent une population très hétérogène d'individus, dont l'HB ou l'HB sous-clinique, est présentée au Tableau 1.

Caractéristiques des 12 études incluses

Description des participants

L'échantillonnage mixte de cette recension des écrits inclut des participants(es) adultes souffrant d'hyperphagie boulimique, d'hyperphagie boulimique sous-clinique, des participants(es) présentant un trouble alimentaire non spécifié et un échantillonnage mixte composé de participants(es) souffrant de boulimie. Au total, 1095 participants(es) dont 98 % correspondent à des femmes sont inclus dans l'échantillon global. Les conclusions de cette recension porteront donc principalement sur un échantillon global composé principalement de femmes. L'étendue de la moyenne d'âge des participantes varie de 19 à 43 ans.

Description des études

La synthèse des articles sélectionnés permet de les classer en trois grandes catégories. Les études randomisées représentent la majorité des articles répertoriés (sept expérimentations), les études contrôlées, mais non randomisées (deux) et les études non contrôlées et non randomisées (trois études). La majorité des études répertoriées (dix articles) comprenaient un programme d'autosoins guidé d'approche cognitivo-comportementale. Ces programmes intégraient des stratégies motivationnelles et des outils psychoéducatifs offerts sous forme de modules incluant des sessions d'enseignement, des exercices variés abordant les attitudes, les croyances, la résolution de problèmes, la

Tableau 1
Caractéristiques des 12 études incluses

Études randomisées	N total	Type de programme	Durée (mois)	Suivi post traitement (mois)
Carrard <i>et al.</i> , 2011a	74 HB et HBsc	TCC (autosoin guidé) sur Internet	6	6
Ljotsson <i>et al.</i> , 2007	69 HB, BN et HBsc	TCC (autosoin guidé) sur Internet	3	6
Robinson & Serfaty, 2008	97 HB, BN, TANS	TCC (thérapie par courriels et clavardage 2 fois/sem.)	3	non
Sánchez-Ortiz <i>et al.</i> , 2011	76 BN et TANS	TCC (autosoin guidé 1 fois/sem.) sur Internet	3	3
Shapiro <i>et al.</i> , 2007	66 HB et HBsc	TCC (CD-Rom) non guidé	3	5
Schmidt <i>et al.</i> , 2008	97 HB et TANS	TCC (CD-Rom) non guidé	3	Non
Wagner <i>et al.</i> , 2013	155 BN et TANS	TCC (autosoin guidé 1 fois/sem.) sur Internet	7	18
Études contrôlées non randomisées				
Carrard <i>et al.</i> , 2011b	42 HB et HBsc	TCC (autosoin guidé 1 fois/sem.) sur Internet	6	6
Pretorius <i>et al.</i> , 2009	101 HB et BN	TCC (autosoin guidé 1 fois/sem.) sur Internet	3	3
Études non contrôlées non randomisées				
Carrard <i>et al.</i> , 2006	45 BN et TANS	TCC (autosoin guidé 1 fois/sem.) sur Internet	4	2
Nevonen <i>et al.</i> , 2012	38 BN et TANS	TCC (autosoin guidé 1 fois/sem.) sur Internet	6	2
Robinson & Serfaty, 2001	23 BN HB TANS	Clavardage 3 fois/sem avec clinicien	3	non

Note. BN = boulimie; HB = hyperphagie boulimique; HBsc = hyperphagie boulimique sous-clinique; TANS = troubles alimentaires non spécifiques; TCC = thérapie cognitivo-comportementale.

gestion des prises alimentaires, des épisodes de compulsion alimentaire et des moyens de gestion des émotions. La majorité des études (huit articles) incluaient également le contact par courriel d'un professionnel (thérapeute, étudiants gradués) à raison d'une fois par semaine et pour l'étude de Ljotsson et ses collaborateurs (2007) combiné à un forum de discussion en ligne. L'étude de Shapiro et ses collaborateurs (2007) ainsi que celle de Schmidt et ses collaborateurs (2008) utilisaient aussi un programme d'autosoins guidé d'approche cognitivo-comportementale, mais sous forme d'un CD-ROM et sans support professionnel. Deux articles inclus dans

cette recension se démarquaient des autres en utilisant des séances de clavardage en ligne en complément à une psychothérapie en face à face d'approche cognitivo-comportementale (Robinson & Serfaty, 2001; 2008). La durée moyenne des études était de 3 mois avec une étendue variant de 3 à 7 mois ainsi qu'un suivi post-traitement à 6 mois (étendue variant de 2 à 18 mois). L'approche cognitivo-comportementale représentait le cadre théorique des 12 études sélectionnées.

Formation d'échantillons représentatifs de la population ciblée. Deux des études randomisées étaient menées sur un échantillon de la population ciblée par cette recension (Carrard, 2011a; Shapiro *et al.*, 2007). Celle de Carrard et ses collaborateurs (2011a) se révèle la première étude randomisée qui a évalué l'efficacité d'un programme d'autosoins offert sur Internet avec le soutien d'un thérapeute en utilisant la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour des adultes ayant un seuil clinique ou sous-clinique d'hyperphagie boulimique. Dans cette étude, 74 femmes ont été randomisées en deux groupes : le premier groupe avait six mois pour compléter le programme d'autosoins en ligne et l'autre demeurait sur une liste d'attente pendant six mois avant de participer au programme (M d'âge 36 ans; ÉT 11,4). Les deux groupes ont été par la suite évalués après six mois et un an. Durant le programme d'autosoins d'approche cognitivo-comportementale sur Internet, une assistance par un thérapeute sous forme d'un contact courriel régulier était offerte. Cette étude précise une limite de la randomisation, c'est-à-dire qu'après une séquence de randomisation générée par ordinateur, les évaluateurs affectés au groupe expérimental n'étaient pas à l'aveugle concernant la répartition du traitement. Une justification avec un appui empirique quant au recours à un échantillon de participantes ayant des critères sous-cliniques d'hyperphagie boulimique est mentionnée, mais la justification d'exclure les hommes lors du choix des participants à l'étude ne s'appuie sur aucune donnée empirique. Un taux de rétention de 78,4 % (N = 58) a complété les trois évaluations dont 75,7 % (N = 28) au groupe expérimental sur Internet et 81,1 % (N = 30) pour le groupe contrôle.

Shapiro et ses collaborateurs (2007) comparaient un groupe contrôle (liste d'attente) formé d'un échantillonnage de personnes en surpoids souffrant d'hyperphagie boulimique ou d'hyperphagie boulimique sous-clinique à un programme d'autosoins offert sur CD-ROM et des sessions offertes en groupe. Soixante-six participants dont 5 hommes (M âge 39,6; ÉT 11,7) étaient assignés aux trois conditions : une session de groupe (TCC) de 10 semaines (N = 22), le CD-ROM (N = 22) et le groupe contrôle (N = 22). Les sessions de groupe consistaient en des séances de 90 minutes par semaine en petits groupes de 5 à 10 personnes animées par une doctorante en psychologie. Les thèmes abordés sous forme d'outils psychoéducatifs touchaient l'alimentation santé, le maintien d'un journal

alimentaire et des émotions, l'identification des pensées, des croyances et des comportements en lien avec la relation avec la nourriture et le travail sur la restructuration cognitive et les stratégies de gestion du quotidien. Le CD-ROM abordait les mêmes thèmes durant 10 semaines. 73 % des participants ont complété le Temps 2 (N = 48 dont CD 15; groupe 13 et liste d'attente 20) et 39 % les questionnaires après 2 mois (N = 17 dont CD 8; groupe 9).

Les autres études de cette recension provenaient d'expérimentations ayant un échantillonnage mixte de participants(es) adultes souffrant d'hyperphagie boulimique, d'hyperphagie boulimique sous-clinique avec des participants(es) souffrant de boulimie et des participants(es) présentant un trouble alimentaire non spécifié.

Résultats obtenus dans les études recensées

L'ensemble des résultats de cette recension concerne des études offrant un soutien professionnel limité (une seule fois par semaine) durant les interventions en TCC. Ce soutien s'effectuait la plupart du temps par courriel et par un professionnel (thérapeute, psychologue, psychothérapeute ou étudiants gradués) en l'absence de soutien par les pairs. Deux études n'offraient aucun soutien aux interventions d'autosoins (Schmidt *et al.*, 2008; Shapiro *et al.*, 2007).

Carrard et ses collaborateurs (2011a) indiquent que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) offerte sur Internet sous forme d'un programme d'autosoins avec le soutien d'un thérapeute pour la population ciblée s'avère efficace sur la réduction de la symptomatologie associée à l'hyperphagie boulimique. À six mois du post-traitement, les améliorations ont été maintenues à la sous-échelle associée à la boulimie ($F(1,36) = 6.1$, *ns*), la conscience intéroceptive ($F(1,36) = 4.6$, *ns*), la symptomatologie globale de l'HB ($F(1,36) = 9.1$, *ns*) et la fréquence des épisodes de compulsions alimentaires (OBE) ($F(1,36) = .0$, *ns*). Les améliorations ont été maintenues également à l'estime de soi ($F(1,36) = 6.2$, *ns*) et au changement de l'IMC ($F(1,36) = .4$, *ns*). À six mois du post-traitement, des améliorations ont été observées sur une diminution de la recherche de minceur ($F(1,36) = 19.3$, $p < .001$), une réduction de l'insatisfaction corporelle ($F(1,36) = 13.4$, $p = .001$), une réduction des préoccupations corporelles ($F(1,36) = 12.3$, $p = .001$) et une réduction de la perception de la faim ($F(1,36) = 11.0$, $p = .002$). Le taux d'abstinence après six mois de suivi pour le groupe sur Internet est de 43.2 % (N = 16). Un taux d'attrition de 16.2 % (N = 12) durant le traitement sur Internet fut noté et de 5,4 % (N = 4) pour le groupe contrôle durant la période d'attente de six mois. Il n'y a eu aucun abandon dans le groupe sur Internet durant le suivi post-traitement à six mois. Les taux d'abandons proviennent des participantes étant les plus préoccupées par leur apparence physique et qui présentent

un fort désir de restriction (quête de la minceur) et une forte idéalisation de la minceur. Dans l'ensemble, la thérapie cognitivo-comportementale à base de techniques d'autosoins sur Internet s'avère bien acceptée et montre des résultats positifs sur une réduction de la symptomatologie des personnes souffrant d'hyperphagie boulimique et d'hyperphagie boulimique sous-clinique. Shapiro et ses collaborateurs (2007) ne démontrent aucune différence significative entre les interventions en TCC sur CD-ROM sans soutien d'un thérapeute et un groupe de thérapie de 10 semaines chez la population visée. Par contre, les participants sur CD-ROM rapportent avoir continué l'utilisation du CD-ROM après le traitement. Les taux d'attrition se révèlent plus importants pour le groupe de thérapie que ceux du CD-ROM et seul le groupe de thérapie diffère significativement du groupe contrôle sur le taux d'abandon. Les deux conditions de traitement démontrent des différences significatives sur la réduction du nombre d'épisodes de compulsion alimentaire par jour comparativement au groupe contrôle. Le taux d'abstinence apparaît similaire, soit 13,3 % en post-traitement pour le CD-ROM (N = 2) et au suivi après deux mois CD-ROM 12,5 % (N = 1) et pour le groupe de thérapie 7,7 % (N = 1) au post-traitement et au suivi deux mois plus tard 22,2 % (N = 2). Dans le groupe contrôle, aucun participant ne s'avère abstenir en post-traitement.

Les premières études réalisées sur les programmes utilisant un CD-ROM et Internet auprès d'une clientèle souffrant d'hyperphagie boulimique montrent également l'importance d'un contact personnalisé pour que la personne reste engagée dans la prise en charge (Carrard *et al.*, 2011b; Sánchez-Ortiz *et al.*, 2011). Outre le fait que le contact personnalisé semble avoir une importance dans l'adhésion du participant, il s'avère que le soutien par un professionnel peut permettre de se prémunir contre les risques qui pourraient survenir lors de ce nouveau type de traitement. L'idée appréciée par la clientèle de se traiter elle-même et d'avoir accès à un traitement psychothérapeutique flexible, rapide et sans liste d'attente apparaît une requête fréquemment exprimée des participantes à ces études. Un autre avantage exprimé par les participantes aux études consultées est l'anonymat (Robinson & Serfaty, 2008). Les conclusions des participantes de l'étude de Robinson et Serfaty en 2008 confirment qu'elles se sentent moins confrontées en dialoguant de façon indirecte et sentent que leur anonymat paraît davantage préservé. Elles apprécient aussi que le thérapeute ne voie pas leur apparence physique.

Les premiers résultats des études utilisant les cyberthérapies (incluant les programmes d'autosoins) dans la pratique clinique rapportent également quelques mises en garde. Les interventions utilisant les nouvelles technologies pour le traitement de l'hyperphagie boulimique peuvent ne pas être optimales pour les individus présentant une

psychopathologie plus sévère (Carrard *et al.*, 2011a). La sévérité de la psychopathologie de l'HB sera démontrée par une valeur élevée aux sous-échelles de l'EDE-Q (*Eating Disorder Examination Questionnaire*) indiquant un degré de surévaluation de l'importance accordée au poids et à l'apparence physique ainsi qu'un degré de restrictions sévères. L'EDE-Q s'avère la version autoquestionnaire de l'entrevue semi-structurée l'EDE (Fairburn & Cooper, 1993) et il évalue la symptomatologie et la sévérité du trouble alimentaire dans quatre domaines différents : les restrictions, les préoccupations corporelles, les préoccupations concernant le poids et les préoccupations alimentaires (Fairburn & Beglin, 1994). De plus, les auteurs des études recensées indiquaient que certaines participantes mentionnaient vouloir des interventions plus personnalisées et plus interactives.

Discussion

À l'issue de cette recension, il apparaît que les évidences empiriques sur l'utilisation des cyberthérapies dans le traitement de l'hyperphagie boulimique demeurent à ce jour très limitées. Plusieurs études utilisent dans leur échantillonnage des populations mixtes composées de gens souffrant d'hyperphagie boulimique (HB) avec des participantes souffrant de boulimie (BN), d'hyperphagie boulimique sous-clinique (HBsc) ou de trouble alimentaire non spécifié (TANS) bien qu'il existe des divergences importantes entre ces différentes populations. Seules deux études randomisées s'adressaient directement à une population souffrant d'hyperphagie boulimique et d'hyperphagie boulimique sous-clinique (Carrard *et al.*, 2011a; Shapiro *et al.*, 2007).

Cette recension fait également ressortir qu'à notre connaissance aucune étude n'adresse l'utilisation des technologies mobiles (App) dans le traitement de l'hyperphagie boulimique. Chan et ses collaborateurs (2014), dans leur revue de littérature, mentionnent les avantages de la technologie mobile en santé mentale, notamment l'interactivité des interventions possibles en temps réel et particulièrement concernant le peu de ressources requis pour ce type de modalité de traitement (Chan *et al.*, 2014), des atouts considérables dans des régions éloignées ou à faible revenu. Donker et ses collaborateurs (2013) notaient également, dans leur revue de littérature, un potentiel d'efficacité des applications en santé mentale fondées sur des données probantes en plus d'améliorer l'accessibilité au traitement, mais mentionnaient que moins de 1 % des applications mobiles en santé mentale actuellement disponible sur Android et iOS reposaient sur des données probantes (Donker *et al.*, 2013), donc que les résultats préliminaires des premières études pilotes devront être confirmés par d'autres études avec un échantillonnage plus important.

L'ensemble des études de cette recension concerne uniquement des programmes d'autosoins n'offrant pas une thérapie complète avec la possibilité d'une interaction en temps réel ni de soutien par d'autres professionnels, par exemple pour la gestion du plan alimentaire par une nutritionniste, sur la santé physique par une infirmière et aucune étude répertoriée n'a pour objet une cyberthérapie interactive (participant et professionnel) en temps réel. Certains auteurs influents (Aggarwal, 2012; Gaggioli & Riva, 2013; Griffiths, 2013) entrevoient pourtant des changements à venir au niveau du contexte de soins où l'utilisateur exercera un rôle beaucoup plus important dans la gestion de son propre suivi thérapeutique.

L'hyperphagie boulimique est un trouble psychologique où la honte et la peur du jugement prennent une place prépondérante. D'autres auteurs (Bennett & Glasgow, 2009) notaient également que les échanges par Internet permettent une désinhibition et davantage de confidences afin d'aborder des aspects plus difficiles à parler librement en face à face. Les conclusions des participantes de l'étude de Robinson et Serfaty en 2008 confirment qu'elles se sentaient moins confrontées en dialoguant de façon indirecte et sentaient que leur anonymat demeurerait davantage préservé. Ces résultats apportent un appui empirique supplémentaire aux avantages des cyberthérapies quant à l'adhérence au traitement en réduisant la crainte du jugement d'autrui.

Les résultats de Carrard et ses collaborateurs (2011a) révèlent l'importance des variables associées au degré de restriction et aux préoccupations corporelles concernant les taux d'attrition aux programmes d'autosoins sur Internet. Cela confirme les connaissances empiriques qu'une surévaluation de l'importance accordée au poids et à l'apparence physique se montre associée à un degré de sévérité accru de la psychopathologie (Grilo, 2013; Grilo *et al.*, 2008; Hrabosky, Masheb, White, & Grilo, 2007) en plus d'être le facteur prédictif le plus significatif de la réponse au traitement (Grilo, Masheb, & Crosby, 2012).

Le cadre théorique cognitivo-comportemental s'avère être l'approche privilégiée dans les 12 études recensées (au tableau 1) qui comportent parmi leur échantillonnage de l'HB ou de l'HB sous-clinique. À l'heure actuelle, les interventions utilisant la cybersanté mentale qui reposent sur des données probantes s'avèrent les interventions utilisant l'approche cognitivo-comportementale (Carrard *et al.*, 2011b; Gellatly *et al.*, 2007; Hedman *et al.*, 2012; Richards & Richardson, 2012; Shingleton *et al.*, 2013; Titov *et al.*, 2010). Cette approche thérapeutique semble plus efficace que d'autres types d'approches et elle se révèle celle utilisée dans la majorité des interventions de cybersanté mentale.

Carrard et ses collaborateurs (2011a) ont évalué un programme d'autosoins conçus à partir d'une ancienne version de la thérapie cognitivo-comportementale et les modules utilisés dans leur programme ne proviennent pas de la thérapie cognitivo-comportementale de dernière génération (CBT-E) (Fairburn *et al.*, 2003) ni de la dernière version de ce programme (*Overcoming binge eating*, Fairburn, 2013). La CBT-E est supérieure à la version précédente quant à la rapidité de la réponse au traitement de l'HB et cette rapidité s'avère un facteur prédictif significatif du taux de rémission des épisodes de compulsions alimentaires en post-traitement et maintenu après 60 semaines (Fairburn *et al.*, 2015).

Le choix de ne pas inclure les hommes dans la sélection des participants à l'étude de Carrard et ses collaborateurs (2011a) est une faiblesse de cette étude et apporte un possible biais de sélection. La justification du choix de l'échantillonnage mentionnée par les auteurs est sans appui empirique et ne reflète pas la littérature actuelle. On retrouve dans le recrutement initial des 160 répondants à l'étude, huit hommes ce qui est significatif de l'importance de cette clientèle qui a répondu à l'annonce de cette étude dans des revues féminines sans en être ciblé. Cela correspond à 35 % (8/23) du nombre total des répondants exclus de cette étude.

De façon générale, cette recension suggère que les programmes visant une clientèle d'hyperphagie boulimique et d'hyperphagie boulimique sous-clinique utilisant Internet semblent une avenue prometteuse relativement aux interventions qui offrent davantage d'interaction avec un thérapeute par rapport à celle offrant moins de soutien. Toutefois, d'autres études randomisées doivent confirmer ces résultats préliminaires. Les données actuelles suggèrent que les programmes offrant un support ainsi que ceux n'en offrant pas démontrent une réduction significative de la fréquence des épisodes de compulsions alimentaires sans différence significative entre ce type d'interventions et des interventions de groupe en TCC, mais avec un taux d'attrition plus faible et une appréciation mentionnée par cette clientèle. Ces résultats offrent le potentiel d'améliorer l'accessibilité à des populations à l'heure actuelle mal desservies en raison de leur situation géographique, des ressources professionnelles limitées, de l'incapacité à se déplacer ou à des gens qui ne recherchaient plus de services professionnels. L'accessibilité à des traitements psychologiques sans liste d'attente à l'endroit et au moment choisi par la personne est un avantage souvent mentionné par les participantes de ces études. Ces conclusions sont également confirmées par la revue systématique de Lal et Adair (2013) sur les interventions de cybersanté mentale indiquant que ces interventions peuvent être une solution avantageuse aux difficultés d'accessibilité et de disponibilité des ressources tout en réduisant les coûts associés.

En somme, bien que le nombre d'études randomisées portant directement sur la clientèle souffrant d'HB ou d'HB sous-clinique soit limité, cette recension suggère que les programmes d'autosoins plus interactifs et personnalisés sur Internet pourraient être des alternatives aux traitements offrant des résultats significatifs sur la réduction de la symptomatologie aux gens souffrants d'HB ayant des difficultés à bénéficier d'une psychothérapie en face à face. Toutefois, pour les personnes ayant une psychopathologie plus complexe, d'autres études randomisées de bonne qualité sont à poursuivre afin de confirmer les résultats des études actuelles.

Limites des études recensées

Bien que les résultats des études recensées sur l'utilisation des cyberthérapies dans le traitement de l'hyperphagie boulimique semblent prometteurs, plusieurs limites méthodologiques peuvent influencer la validité des résultats des études analysées. L'une des limites de cette recension concerne la taille des échantillons de l'ensemble des études. Dix des 12 études recensées ont moins de 100 participants. Deux des six études randomisées n'offraient pas de suivi post-traitement et les instruments utilisés pour évaluer les résultats variaient d'une étude à l'autre rendant difficile la comparaison des résultats des différentes études. De plus, l'échantillon global de cette recension correspond presque exclusivement à une population de femmes (98 %) bien que l'hyperphagie boulimique demeure presque aussi prévalant chez les hommes que chez les femmes. Les interventions utilisant la cybersanté mentale se révèlent par certains auteurs comme ayant un grand potentiel chez les hommes, étant longtemps l'un des groupes les plus réticents à demander de l'aide conventionnelle (Ybarra & Eaton, 2005). Les recherches appliquées à une population clinique d'adultes (homme/femme) présentant de l'hyperphagie boulimique peuvent manquer de représentativité étant donné le nombre très restreint de sujets masculins (2 %). De plus, avant son entrée officielle dans la dernière mise à jour du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2013), l'HB se classait dans la grande catégorie des troubles alimentaires non spécifiés qui incluait une population très hétérogène d'individus souffrant de trouble alimentaire (anorexie sous-clinique, boulimie sous-clinique, syndrome d'alimentation nocturne, trouble purgatif). Seulement deux études randomisées dans cette recension concernent uniquement des personnes souffrant d'hyperphagie boulimique (HB) et d'hyperphagie boulimique sous-clinique. Plus d'informations s'avèrent nécessaires à connaître sur le type de soutien offert par les thérapeutes, les informations échangées et le moment des échanges lors de la thérapie. De plus, la qualification des thérapeutes relativement aux troubles alimentaires, la fréquence et la quantité de contacts offerts à chaque participant demeurent imprécis. Ainsi, en tenant compte des limites

de cette recension, la généralisation des résultats actuels doit être faite avec prudence.

Par ailleurs, bien que non soulevés par les auteurs de cette recension, les écrits scientifiques dans le domaine de la cybersanté mentale font ressortir l'importance d'évaluer l'efficacité des cyberthérapies, y compris sur le plan du rapport coût-efficacité et de l'équité sociale concernant l'accès aux technologies mobiles. Il ressort une importance de prendre en considération les implications des cyberthérapies au niveau des troubles alimentaires également en termes de capacités pour les professionnels de la santé à les intégrer facilement à leur pratique professionnelle actuelle en santé mentale. Les préoccupations d'ordre éthique concernant la confidentialité des informations échangées sur ces plateformes, la responsabilité des concepteurs et des professionnels quant à l'identification des personnes, les questionnements relatifs à la confiance des participants dans ces nouvelles modalités de traitements et la sécurité et la confidentialité de leur dossier sont des thèmes très importants qui dépassent le cadre des objectifs de cette recension. Le besoin de créer des guides de pratiques en cybersanté mentale, tels que ceux développés par certaines associations de télépsychologie, s'avère également important.

Implications au niveau de la pratique clinique

Bien que les résultats de cette recension demeurent limités par la qualité méthodologique de certaines études et peuvent manquer de représentativité concernant la clientèle souffrant d'HB au niveau clinique, les résultats préliminaires suggèrent que l'utilisation des cyberthérapies en TCC offertes sur Internet dans le cadre du traitement de l'HB pourrait permettre aux personnes qui en souffrent d'aborder plus facilement des questions non soulevées en cours de consultation, par gêne ou par peur de les aborder, ce qui peut influencer l'adhérence au traitement et les modifications comportementales souhaitées. Il ressort que l'utilisation de programme d'autosoins sur Internet dans le cadre de la pratique clinique peut être un outil complémentaire à l'amélioration des interventions avec une opinion positive des utilisateurs jugeant cette modalité agréable et facile d'utilisation.

Le suivi clinique de l'hyperphagie boulimique requiert chez le patient une prise en charge qui sera encouragée relativement à la gestion de sa propre santé physique, de sa prise alimentaire, du nombre d'épisodes de compulsion alimentaire et de la compréhension des facteurs d'influence. Cette collaboration demeure par contre fastidieuse et requiert un haut niveau de motivation et de participation de la personne afin de maintenir cette prise en charge autonome dans le temps. Actuellement, cette auto-observation demande au patient de compléter un journal alimentaire

incluant un volet émotif quotidiennement. On peut supposer que les cyberthérapies pourront aider à soutenir dans le temps cette prise en charge du patient. En fournissant sur une application mobile un journal de bord convivial, des outils psychoéducatifs, l'enseignement vidéo, le soutien et l'aide requise en temps réel, la personne pourrait, selon le besoin ressenti, utiliser ces différents moyens mis à sa disposition pour l'aider dans la gestion de ses propres symptômes.

La possibilité d'obtenir plusieurs fois par jour les données du patient en utilisant les technologies mobiles est actuellement possible (Chan *et al.*, 2014; Gaggioli & Riva, 2013). Portés sur soi en tout temps, les téléphones intelligents offrent la possibilité de transmettre et de recevoir du soutien, des messages textes, de l'enseignement vidéo et d'interagir en temps réel. La possibilité de créer des alertes pour le rappel de la prise alimentaire et pour la rentrée de données sur différentes variables tout en vaquant à ses activités quotidiennes est grandement facilitée. Elles redonnent à la personne un pouvoir sur sa condition clinique, ses symptômes et la gestion de son évolution. Elles offrent par ailleurs des occasions uniques de personnaliser les soins aux besoins réels de l'utilisateur et d'évoluer au rythme de la personne.

Les avenues futures

Il s'avérerait intéressant d'évaluer l'apport des cyberthérapies aux interventions traditionnelles en examinant le potentiel de les combiner à une thérapie traditionnelle face à l'abandon thérapeutique des participants. L'identification des médiateurs et modérateurs de changement pour la thérapie cognitivo-comportementale et l'ajout des cyberthérapies aux interventions traditionnelles pourraient permettre des avancées sur l'amélioration de l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale auprès de cette population. Les recherches futures devraient évaluer plus précisément l'apport du soutien thérapeutique (alimentaire et psychologique) et l'ajout des réseaux sociaux sur la réduction de la détresse psychologique et l'amélioration de la symptomatologie associée à l'hyperphagie boulimique. Jorm et ses collaborateurs (2013) mentionnent également des avantages associés à la cybersanté mentale pour la recherche clinique dans la compréhension des mécanismes impliqués dans l'efficacité d'un traitement, pour le recrutement d'un vaste échantillonnage d'individus et sur des problématiques qui ont une faible prévalence ou s'adressant à des groupes minoritaires. Les chercheurs peuvent étendre ces avantages en profitant de l'omniprésence du téléphone intelligent afin de fournir une évaluation plus précise, réaliste et quantifiable de la vie réelle des participants sollicités (Chan *et al.*, 2014).

Certains auteurs, dont Griffiths (2013), avancent que les interventions offertes par les cyberthérapies ont le potentiel de réduire les difficultés

pour le recrutement et la collecte de données de participants géographiquement dispersés, en région éloignée ou rurale. L'étude de Robinson et Serfaty (2008) en est un exemple : elle comparait un traitement de TCC offert par Internet (courriel avec thérapeute ou courriel pour encourager l'écriture thérapeutique) à un groupe contrôle sur une liste d'attente. Dans cette étude, les chercheurs avaient choisi de solliciter un grand nombre de participantes par courriel. Le recrutement par Internet se révélait une nouveauté et un choix avantageux pour cette étude. Les thérapeutes communiquaient par la suite par courriel avec les participantes pour obtenir les informations recherchées, identifier les cognitions et les comportements symptomatiques. À la fin du traitement, les auteurs ont observé une réduction du nombre de participantes répondant aux critères diagnostiques d'un trouble alimentaire comparativement au groupe contrôle (Robinson & Serfaty, 2008).

CONCLUSION

Les difficultés d'accessibilité, de disponibilité et d'efficacité des traitements offerts aux personnes souffrant d'hyperphagie boulimique demeurent au cœur des préoccupations des cliniciens travaillant auprès de cette clientèle. Des répercussions majeures au niveau de la santé physique et psychologique en découlent. À l'instar d'autres troubles en santé mentale, l'hyperphagie boulimique se révèle une grande orpheline de l'offre de traitements s'appuyant sur des données probantes. Sa reconnaissance comme problématique distincte de l'obésité s'avérait déjà bien connue, mais l'hyperphagie boulimique comme trouble alimentaire distinct n'apparaît officiellement qu'en 2013. Certains auteurs ont émis l'hypothèse que les cyberthérapies puissent permettre une amélioration de l'accessibilité au traitement pour cette clientèle tout en ayant un impact positif sur la réduction de la symptomatologie. Par contre, à ce jour, il n'existe qu'un nombre restreint d'études portant sur le sujet. Cet article visait d'abord à décrire l'hyperphagie boulimique, c'est-à-dire sa définition, ses caractéristiques cliniques et ses particularités relativement au traitement. Nous avons présenté par la suite une recension critique de la littérature qui démontrait la définition de la cybersanté mentale et l'utilisation des cyberthérapies dans le traitement de l'hyperphagie boulimique. La présente recension des écrits se révèle à notre connaissance la première qui s'intéresse spécifiquement aux connaissances actuelles quant à l'utilisation des cyberthérapies dans le traitement de l'hyperphagie boulimique. Elle permet de constater qu'à notre connaissance il n'existe aucune étude abordant l'efficacité d'une application mobile sur la réduction de la symptomatologie de l'HB. Le nombre d'études portant sur des programmes d'auto-soins offerts sur Internet pour l'HB ou l'HB sous-clinique est très peu nombreux. Cela explique notre décision de considérer pour cette recension un échantillon

global mixte ainsi que les programmes d'autosoins dans la définition des cyberthérapies tout en étant conscient des limites quant à la portée des conclusions qui en découlent concernant le thème qui nous intéresse. De façon générale, les résultats de ces études suggèrent que les cyberthérapies peuvent être une solution pour les nombreuses personnes n'ayant pas accès aux soins, avec un impact positif sur la réduction de la symptomatologie. Il apparaît que le soutien d'un thérapeute et un contact personnalisé sont des facteurs importants pour que la personne reste engagée dans la cyberthérapie. Il semblerait que le degré de sévérité de l'importance associée au poids et à l'apparence physique ainsi que la poursuite de la minceur par des restrictions influencent grandement les résultats négatifs et le taux d'attrition des participants. À cet effet, la complexité de la symptomatologie semble expliquer en partie les résultats des études. Ainsi, certaines variables concomitantes, comme les symptômes dépressifs, devraient également être prises en considération quant à la réduction de la symptomatologie en post-traitement.

En terminant, les futures études intéressées par la cyberthérapie dans le traitement des troubles alimentaires pourraient utiliser des mesures plus personnalisées et évaluer l'apport des technologies mobiles (Apps) comme c'est le cas pour d'autres troubles en santé mentale (Boschen & Casey, 2008; Donker *et al.*, 2013; Watts *et al.*, 2013) en lien avec la réduction de la symptomatologie, le degré d'engagement et l'adhérence au traitement.

RÉFÉRENCES

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Boogaard, L. H., & Van Furth, E. F. (2014). Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder : A cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community. *Eating Behaviors, 15*(3), 350-356. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.003>
- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet : A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders, 46*(6), 539-552. doi : [10.1002/eat.22135](https://doi.org/10.1002/eat.22135)
- Aggarwal, N. K. (2012). Applying mobile technologies to mental health service delivery in South Asia. *Asian Journal of Psychiatry, 5*(3), 225-230. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2011.12.009>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, D.C. : American Psychiatric Publishing.
- Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 31*(1), 63-70.
- Bauer, S., & Moessner, M. (2013). Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 508-515.
- Bennett, G. G., & Glasgow, R. E. (2009). The delivery of public health interventions via the Internet : Actualizing their potential. *Annual Review of Public Health, 30*, 273-292. doi: [10.1146/annurev.publhealth.031308.100235](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100235)
- Boschen, M. J., & Casey, L. M. (2008). The use of mobile telephones as adjuncts to cognitive behavioral psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*(5), 546-552. doi: [10.1037/0735-7028.39.5.546](https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.5.546)
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment : A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 337-348.

- Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 34*(S1), S39-S46. doi : 10.1002/eat.10204
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 32*(1), 72-78. doi : 10.1002/eat.10072
- Burns, J. M., Durkin, L. A., & Nicholas, J. (2009). Mental Health of Young People in the United States: What Role Can the Internet Play in Reducing Stigma and Promoting Help Seeking? *Journal of Adolescent Health, 45*(1), 95-97. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.12.006>
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Golay, A., & Van der Linden, M. (2011a). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 49*(8), 482-491. doi: 10.1016/j.brat.2011.05.004
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Van der Linden, M., & Golay, A. (2011b). Acceptance and efficacy of a guided Internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clinical Practice and Epidemiology Mental Health, 7*, 8-18. doi: 10.2174/1745017901107010008
- Carrard, I., Rouget, P., Fernandez-Aranda, F., Volkart, A. C., Damoiseau, M., & Lam, T. (2006). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics, 75*(1), 101-109. doi:10.1016/j.ijmedinf.2005.07.031
- Cavanagh, K. (2010). Turn on, tune in and (don't) drop out: Engagement, adherence, attrition, and alliance with internet-based interventions. In J. Bennett-Levy, D. A. Richards, P. Farrand, H. Christensen, K. M. Griffiths, D. J. Kavanaugh, B. Klein, M. A. Lau, J. Proudfoot, L. Ritterband, J. White, & C. Williams (Eds.), *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. (pp. 227-233). New York, NY US: Oxford University Press.
- Chan, S. R., Torous, J., Hinton, L., & Yellowlees, P. (2014). Mobile tele-mental health : Increasing applications and a move to hybrid models of care. *Healthcare, 2*(2), 220-233.
- Christensen, H., & Petrie, K. (2013). Information technology as the key to accelerating advances in mental health care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(2), 114-116. doi:10.1177/0004867412471088
- Christensen, H., Reynolds, J., & Griffiths, K. M. (2011). The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: challenges and solutions. *Early Intervention in Psychiatry, 5*, 58-62. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00242.x
- Clough, B. A., & Casey, L. M. (2011). Technological adjuncts to enhance current psychotherapy practices: A review. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 279-292. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.008>
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Levine, A. S., Thuras, P., & Mitchell, J. E. (2004). A survey of binge eating and obesity treatment practices among primary care providers. *International Journal of Eating Disorders, 35*(3), 348-353. doi : 10.1002/eat.10266
- Didie, E. R., & Fitzgibbon, M. (2005). Binge eating and psychological distress : Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors, 6*(1), 35-41. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.08.007>
- Dölemeyer, R., Tietjen, A., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Internet-based interventions for eating disorders in adults : a systematic review. *BMC Psychiatry, 13*, 207. doi : 10.1186/1471-244x-13-207
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.-R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs : A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 15*(11), e247. doi : 10.2196/jmir.2791
- Eckel, R. H. (2008). Obesity research in the next decade. *International Journal of Obesity, 32*, S143-S151. doi : 10.1038/ijo.2008.251
- Engel, S. G., Kahler, K. A., Lystad, C. M., Crosby, R. D., Simonich, H. K., Wonderlich, S. A., ... Mitchell, J. E. (2009). Eating behavior in obese BED, obese non-BED, and non-obese control participants : A naturalistic study. *Behaviour Research and Therapy, 47*(10), 897-900. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.018>

- Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2010). New technologies in treatments for eating disorders. In C. M. Grilo & J. E. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. (p. 500-509). New York, NY : Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (2013). *Overcoming binge eating* (2^e éd.). New York, NY : The Guilford Press
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders : Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C., & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination (12th edition). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (dir.), *Binge Eating : Nature, Assessment, and Treatment* (p. 317-360), New York NY : Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders : a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R., & Straebler, S. (2008). Ending well. In C. G. Fairburn (dir.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 183-193). New York, NY : Guilford Press.
- Furber, G. V., Crago, A. E., Meehan, K., Sheppard, T. D., Hooper, K., Abbot, D. T., ... Skene, C. (2011). How adolescents use SMS (Short Message Service) to micro-coordinate contact with youth mental health outreach services. *Journal of Adolescent Health*, 48(1), 113-115. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.05.022>
- Gaggioli, A., & Riva, G. (2013). From mobile mental health to mobile wellbeing : Opportunities and challenges. *Studies in Health Technology and Informatics*, 184, 141-147.
- Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 490-498. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37(9), 1217-1228. doi : doi:10.1017/S0033291707000062
- Griffiths, K. M. (2013). A virtual mental health community – A future scenario. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 109-110. doi: 10.1177/0004867412471440
- Grilo, C. M. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 208-211. doi : 10.1002/eat.22082
- Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls : Refinement of a diagnostic construct. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 414-419. doi : 10.1037/0021-843X.117.2.414
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Crosby, R. D. (2012). Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 897-906. doi : 10.1037/a0027001
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 317-322.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 602-613. doi : 10.1037/0022-006X.74.3.602
- Grilo, C. M., White, M. A., Gueorguieva, R., Wilson, G. T., & Masheb, R. M. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder : Findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43(6), 1335-1344. doi : doi:10.1017/S0033291712002097

- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124-131. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002>
- Hailey, D., Roine, R., & Ohinmaa, A. (2008). The effectiveness of telemental health applications: a review. *Can J Psychiatry*, 53(11), 769-778. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19087471&site=ehost-live>
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet : a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745-764. doi: 198/3/230 [pii] 10.1192/bjp.bp.110.086843 [doi]. <http://dx.doi.org/10.1586/erp.12.67>
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 175-180. doi : 10.1037/0022-006X.75.1.175
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Javaras, K. N., Pope, H. G., Lalonde, J. K., Roberts, J. L., Nillni, Y. I., Laird, N. M., ... Hudson, J. I. (2008). Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 266-273.
- Johnson, J. G., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(8), 1455-1466. doi : doi:10.1017/S0033291701004640
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Malhi, G. S. (2013). The future of e-mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), Ruwaard, 104-106. doi: 10.1177/0004867412474076
- Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., Courcoulas, A. P., Pilkonis, P. A., Ringham, R. M.,... Rofey, D. L. (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates : Relationship to obesity and functional health status. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 328-334; quiz 374. doi : 10.1176/appi.ajp.164.2.328
- Lal, S., & Adair, C. E. (2013). E-Mental Health : A Rapid Review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32; doi : 10.1176/appi.ps.201300009
- Lambousis, E., Politis, A., Markidis, M., & Christodoulou, G. N. (2002). Development and use of online mental health services in Greece. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8 (S2), 51-52.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder : A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 649-661. doi: 10.1016/j.brat.2006.06.010
- Loucas, C. E., Fairburn, C. G., Whittington, C., Pennant, M. E., Stockton, S., & Kendall, T. (2014). E-therapy in the treatment and prevention of eating disorders : A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 122-131. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.011>
- Maon, S., Edirippulige, S., Ware, R., & Batch, J. (2012). The use of web-based interventions to prevent excessive weight gain. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(1), 37-41. doi:10.1258/jtt.2011.110306
- Marcus, M. D., & Levine, M. D. (2005). Obese patients with binge-eating disorder. In D. J. Goldstein (Éd.), *The management of eating disorders and obesity (Second edition)* (p. 143-160). Totowa, NJ : Humana Press.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Lamparski, D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10(2), 163-168. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(85\)90022-X](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(85)90022-X)
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2007). Rapid response predicts treatment outcomes in binge eating disorder : Implications for stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 639-644. doi : 10.1037/0022-006X.75.4.639

- Mental Health Commission of Canada. (2014). *E-mental health in Canada : Transforming the mental health system using technology*. Ottawa, ON : Hental Health Commission of Canada. Document en ligne : <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., ... Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 581-592. doi: 10.1016/j.brat.2008.02.004
- Mitchell, J. E., Lancaster, K. L., Burgard, M. A., Howell, L. M., Krahn, D. D., Crosby, R. D., ... Gosnell, B. A. (2001). Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 11(4), 464-468. doi : 10.1381/096089201321209341
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders : Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders* (Clinical guideline No.9). Londres : Auteur.
- Nevonen, L., Mark, M., Levin, B., Lindström, M., & Paulson-Karlsson, G. (2006). Evaluation of a new Internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 463-468. doi:doi:10.1080/08039480601021993
- Pretorius, N., Arcelus, J., Beecham, J., Dawson, H., Doherty, F., Eisler, I., . . . Schmidt, U. (2009). Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: The acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 729-736. doi:10.1016/j.brat.2009.05.006
- Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., & Ruggiero, K. J. (2013). mHealth: A mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. doi:10.1002/cpp.1855
- Reslan, S., & Saules, K. K. (2011). College students' definitions of an eating "binge" differ as a function of gender and binge eating disorder status. *Eating Behaviors*, 12(3), 225-227. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.03.001>
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Moretti, S., Di Bernardo, M., Bertelli, M., ... Faravelli, C. (2001). Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder : A one-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 298-306.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004>
- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V., & Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 234-240. doi : 10.1002/eat.20101
- Robinson, P. H., & Serfaty, M. A. (2001). The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9(3), 182-193. doi: 10.1002/erv.411.abs
- Robinson, P., & Serfaty, M. (2008). Getting better byte by byte : a pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 84-93. doi: 10.1002/erv.818
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One*, 5(6), 1-9. doi : 10.1371/journal.pone.0010942
- Rouleau, C. R., & von Ranson, K. M. (2011). Potential risks of pro-eating disorder websites. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 525-531. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.005>
- Sánchez-Ortiz, V. C., Munro, C., Stahl, D., House, J., Startup, H., Treasure, J., ... Schmidt, U. (2011). A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41(2), 407-417. doi : 10.1017/s0033291710000711
- Schmidt, U., Andiappan, M., Grover, M., Robinson, S., Perkins, S., Dugmore, O., ... Williams, C. (2008). Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 493-500. doi : 10.1192/bjp.bp.107.046607

- Shapiro, J. R., Reba-Harrelson, L., Dymek-Valentine, M., Woolson, S. L., Hamer, R. M., & Bulik, C. M. (2007). Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive behavioural treatment for binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 15(3), 175-184.
- Shingleton, R. M., Richards, L. K., & Thompson-Brenner, H. (2013). Using technology within the treatment of eating disorders : A clinical practice review. *Psychotherapy*, 50(4), 576-582. doi : 10.1037/a0031815
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., ... Nonas, C. (1992). Binge eating disorder : A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology : Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 53-61. doi : 10.1002/1098-108x(199401)15:1<53::aid-eat2260150107>3.0.co;2-0
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet Treatment for Depression : A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. *PLoS One*, 5(6), e10939. doi : 10.1371/journal.pone.0010939
- Titov, N., Dear, B., & Rapee, R. (2013). New horizons for e-mental health research and practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(2), 107-108. doi: 10.1177/0004867412470011
- Wagner, G., Penelo, E., Wanner, C., Gwinner, P., Trofaiar, M. L., Imgart, H., . . . Karwautz, A. F. (2013). Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 202, 135-141. doi:10.1192/bjp.bp.111.098582
- Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A., & Andrews, G. (2013). CBT for depression : a pilot RCT comparing mobile phone vs. computer. *BMC Psychiatry*, 13, 49.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder : Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641-649.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216. doi : 10.1037/0003-066X.62.3.199
- Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79-81. doi : http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17669-1
- Ybarra, M. L., & Eaton, W. W. (2005). Internet-Based Mental Health Interventions. *Mental Health Services Research*, 7(2), 75-87. doi : 10.1007/s11020-005-3779-8

RÉSUMÉ

L'hyperphagie boulimique (HB) représente le trouble alimentaire le plus fréquent avec une prévalence qui est plus élevée que celles combinées de l'anorexie nerveuse et de la boulimie (Hudson *et al.*, 2007). Bien que l'HB a fait officiellement son entrée dans le DSM-5, il demeure de grandes difficultés concernant l'accessibilité et la disponibilité des traitements s'appuyant sur des données probantes. Le but de cet article est de présenter une recension critique de la littérature qui fera ressortir l'utilisation de la cyberthérapie dans le traitement de l'HB ainsi que les implications au niveau de la pratique clinique et de la recherche.

MOTS CLÉS

cyberthérapie, hyperphagie boulimique, cybersanté mentale, revue de la littérature

ABSTRACT

Binge eating disorder (BED) is the most common eating disorder, with a prevalence higher than the prevalence of anorexia nervosa and bulimia combined (Hudson *et al.*, 2007). Although BED officially entered the DSM-5, there are still great difficulties regarding the

Cyberthérapie et HB : recension de la littérature

accessibility and availability of evidence-based treatments. The purpose of this paper is to present a critical review of the literature highlighting the use of e-therapy for BED as well as the implications for clinical practice and research.

KEYWORDS

e-therapy, binge eating disorder, e-mental health, literature review
