

## **Le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'anorexie mentale**

### **Travail de Bachelor**

**Bürki Johanie et Magistrale Magali**

N° matricule : 08404865 et 12654976

#### **Directrices de TBSc**

Mme Isabelle Carrard, Docteure en Psychologie, Professeure HES  
Haute école de santé, filière Nutrition et diététique

Mme Aline Robert Cornide, Diététicienne Diplômée, Chargée d'enseignement HES  
Haute école de santé, filière Nutrition et diététique

#### **Membres du jury**

Mme Carole Muggler, Diététicienne Diplômée, Psychologue FSP

**Genève, juillet 2015**



Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou de Directrices de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Juillet 2015

Bürki Johanie et Magistrale Magali

## Table des matières

<b>Table des matières.....</b>	<b>3</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>5</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Anorexie mentale.....</b>	<b>8</b>
2.1 Définition.....	8
2.2 Prévalence.....	10
2.2 Facteurs de risque.....	12
2.3.1 Facteurs de risque socio-environnementaux.....	12
2.3.2 Facteurs de risque psychologiques.....	13
2.3.3 Facteurs de risque génétiques et biologiques.....	13
2.3 Conséquences.....	14
2.4.1 Modifications du transit digestif.....	14
2.4.2 Dénutrition.....	14
2.4.3 Syndrome de renutrition inappropriée.....	15
2.4.4 Complications cardio-vasculaires.....	15
2.4.5 Ostéoporose.....	15
2.4.6 Arrêt de la croissance.....	15
2.4.7 Qualité de vie.....	16
2.5 Traitement.....	17
2.5.1 Axes de traitements.....	17
2.6 Pronostic, rémission et mortalité.....	18
<b>3. La diététicienne et les troubles du comportement alimentaire.....</b>	<b>20</b>
<b>4. Définition de l'étude.....</b>	<b>23</b>
4.1 Question de recherche.....	23
4.2 Objectifs.....	23
4.3 Hypothèses.....	24
<b>5. Méthodologie.....</b>	<b>25</b>
5.1 Revue de littérature narrative.....	25
5.1.1 Stratégie de recherche documentaire.....	25
5.1.2 Mots-clés.....	25
5.1.3 Sélection des études.....	27
5.1.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	27
5.1.2.3 Sélection sur le titre.....	27
5.1.2.4 Sélection sur la lecture de l'article.....	27
5.1.2.5 Sélection selon des associations et organismes, littérature grise.....	28
5.2 Enquête par questionnaire.....	28

5.2.1 Population.....	28
5.2.2 Procédure .....	29
5.3 Rapport .....	29
<b>6. Résultats.....</b>	<b>30</b>
6.1 Résultats de la revue de littérature .....	30
6.1.1 Sélection des articles .....	30
6.1.2 Caractéristiques des études .....	32
6.1.3 Synthèse des recommandations.....	32
6.2 Résultats de l'enquête par questionnaire .....	40
6.2.1 Caractéristiques du questionnaire .....	40
6.2.2 Synthèse des résultats .....	40
6.2 Résultats de la comparaison entre revue et questionnaires.....	46
<b>7. Discussion.....</b>	<b>51</b>
7.1 Discussion de la revue de littérature.....	51
7.1.2 Interprétation des résultats .....	51
7.2.2 Limites, biais et points forts .....	54
7.2 Discussion de l'enquête par questionnaire .....	54
7.2.1 Interprétation des résultats .....	54
7.2.2 Limites, biais et points forts.....	56
7.3 Synthèse de la discussion .....	58
7.3.1 Interprétation des résultats .....	58
7.3.2. Limites, biais et points forts .....	60
<b>8. Perspectives.....</b>	<b>61</b>
<b>9. Conclusion .....</b>	<b>62</b>
<b>10. Remerciements .....</b>	<b>63</b>
<b>11. Liste de références bibliographiques .....</b>	<b>64</b>
<b>12. Liste bibliographique.....</b>	<b>69</b>
<b>13. Annexes.....</b>	<b>71</b>

## Abréviations

<b>AM</b>	Anorexie mentale
<b>CIM-10</b>	Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10 <sup>ème</sup> révision établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
<b>DSM-5</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), 2015
<b>EM</b>	Entretien motivationnel
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PSN</b>	Processus de soins en nutrition
<b>SRI</b>	Syndrome de renutrition inappropriée
<b>TCA</b>	Trouble(s) du comportement alimentaire
<b>TCC</b>	Thérapie cognitivo-comportementale

## Résumé

### Introduction

L'anorexie mentale (AM) est la maladie psychiatrique causant le plus de décès. Le traitement de ce trouble du comportement alimentaire (TCA) se base sur une approche multidisciplinaire, où les compétences nutritionnelles et diététiques d'une diététicienne<sup>1</sup> sont requises, mais peu détaillées dans la littérature.

### But

Le but du Travail de Bachelor est d'établir des perspectives destinées aux diététiciennes diplômées de Suisse romande pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de patientes<sup>2</sup> atteintes d'AM, en milieu hospitalier

### Méthode

Une revue de littérature narrative sur la prise en charge de l'AM aux niveaux médical, nutritionnel, diététique, et multidisciplinaire, est comparée à une enquête par questionnaire documentant les prises en charge nutritionnelles et diététiques de l'AM dans les hôpitaux suisses, ce qui permet l'élaboration de perspectives de prise en charge.

### Résultats

La revue de littérature narrative comporte huit articles de recommandations de prise en charge de l'AM. L'enquête par questionnaire regroupe quinze questionnaires issus des trois régions linguistiques de Suisse. Les recommandations générales de prise en charge de l'AM mentionnent les actions nutritionnelles et leur importance, sans spécifier qu'il est du ressort de la diététicienne de les effectuer. L'enquête par questionnaire met en évidence la présence de la prise en charge nutritionnelle et diététique dans le traitement de l'AM en Suisse, mais également le manque d'uniformisation des pratiques.

### Conclusion

Le manque de consensus dans la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM peut constituer une entrave à une prise en charge optimale. Par le rapport de pistes de prise en charge nutritionnelle et diététique découlent de nouvelles perspectives de recherches, visant à mieux définir le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM.

### Mots-clés

anorexie mentale; rôle ; diététicienne ; prise en charge ; nutrition ; diététique

---

<sup>1</sup> La proportion de femmes exerçant le métier étant largement supérieure à celle des hommes, le terme « diététicienne » sera utilisé au sein de ce travail.

<sup>2</sup> La proportion de femmes souffrant d'AM étant supérieure à celle des hommes, le terme « patiente » au féminin a été choisi pour désigner les personnes concernées.

## 1. Introduction

L'anorexie mentale (AM) est un trouble du comportement alimentaire (TCA) caractérisé principalement par une restriction volontaire des apports alimentaires dans le but de maintenir un poids largement inférieur aux normes, ainsi qu'une perception altérée du poids insuffisant et de l'image corporelle (1,2). En Suisse, la prévalence de cette pathologie mentale serait de 1.2% chez les femmes, et de 0.2% chez les hommes, en 2012 (3). Dans la population européenne, 0.2 à 0.5% de personnes seraient atteintes d'AM (4).

Bien que l'on n'ait pu prouver une augmentation de cette pathologie au siècle dernier (5), ce TCA peut devenir un sujet préoccupant dans le futur, en raison du rapport au poids et à l'apparence que l'on trouve aujourd'hui chez des individus de plus en plus jeunes. Selon l'enquête suisse HBSC de 2010, il semblerait que 42.4% des garçons de 15 ans, et 49.3% des filles du même âge se disent insatisfaits de leur poids corporel, soit près de la moitié des jeunes de 15 ans. Notons que 12 à 21% des filles déclarent avoir déjà entrepris une action dans le but de perdre du poids, pour 10 à 12% des garçons, chez les 11 à 15 ans (6).

En raison de la gravité des conséquences de l'AM, et de son taux de mortalité (7), il est essentiel de mener une prise en charge de qualité et basée sur des preuves. Il n'existe cependant que très peu de recommandations de bonne pratique précises sur la prise en charge diététique et nutritionnelle de cette maladie (8). En Suisse romande, la diététicienne acquiert durant sa formation des connaissances théoriques sur les TCA, dont l'AM. Ses connaissances en nutrition, en physiologie, ou encore en psychologie font qu'elle devrait avoir un rôle important dans la gestion de ce trouble, que ce soit par du conseil ou par l'administration d'un apport nutritionnel adéquat (9).

Le but du Travail de Bachelor est d'établir des perspectives de prise en charge nutritionnelle et diététique de patientes hospitalisées atteintes d'AM. Ces perspectives sont destinées aux diététiciennes diplômées de Suisse romande, pratiquant en milieu hospitalier.

## 2. Anorexie mentale

### 2.1 Définition

L'AM est un « trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle » (10). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (*DSM-5*) » définit les critères diagnostiques de l'AM de la façon suivante (traduction libre) (1) :

1. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

2 sous-types:

- a) Restrictif
- b) Accès hyperphagiques/purgatifs

La CIM-10 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>ème</sup> révision) de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) propose la définition suivante de l'AM (2) dans le chapitre des Troubles mentaux et du comportement :

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie: la peur de grossir et d'avoir un



corps flasque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

Ces définitions diagnostiques permettent de se faire une idée de l'ampleur du trouble, à différents niveaux. Le DSM-5 décline sa définition en deux sous-types, qui vont déterminer l'évolution de la maladie. Le premier sous-type consiste en une restriction alimentaire, sans crises et ainsi sans le recours à des moyens compensatoires. Le second sous-type quant à lui comprend des moyens qui vont compenser l'apport énergétique fourni par la consommation alimentaire: crises de boulimie suivies de vomissements induits, utilisation de laxatifs ou encore de diurétiques. Le DSM-5 définit les crises de boulimie comme étant des épisodes d'hyperphagie où une quantité excessive et démesurée de nourriture est consommée dans un laps de temps relativement court, associée à un sentiment de perte de contrôle. Ce sont ces crises d'hyperphagie que l'on peut retrouver dans des cas d'AM. S'ajoutent à cette importante consommation des moyens compensatoires pour prévenir un gain de poids comme, en plus de ceux énoncés précédemment, le jeûne, l'usage de médication, ou encore une pratique excessive d'exercice physique.

La manifestation de l'AM commencerait fréquemment par le type restrictif, et il semblerait que ce dernier représente davantage une phase dans l'évolution de la pathologie plutôt qu'un type en tant que tel (11,12). Se manifestent ensuite souvent des épisodes d'hyperphagie (11,12). Enfin, on constate une évolution vers le diagnostic de boulimie nerveuse dans environ la moitié des cas d'AM (13).

On peut alors résumer l'AM grâce aux définitions diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 en disant qu'une restriction volontaire des apports alimentaires est en jeu, dans le but de maintenir un poids largement inférieur aux normes. Dans le cas de l'AM comme dans d'autres TCA (la boulimie par exemple), une perception altérée du poids et de l'image corporelle est en jeu.

## 2.2 Prévalence

Il n'est pas simple d'estimer la prévalence de l'AM, car des données telles que la durée de la maladie, les méthodes de détection des cas, ou encore l'âge des sujets participant à l'étude sont nécessaires (14). Selon Simon, le calcul de l'incidence (le nombre de nouveaux cas) est plus adéquat. Toutefois, « l'incidence pour l'AM représente la situation au moment de la détection du cas et ne coïncide pas nécessairement avec le début du trouble » (14). En tenant compte de ces difficultés méthodologiques (études limitées à la détection des cas, faible échantillon), l'auteur répertorie dans son étude les résultats les plus significatifs. Il relate « une augmentation régulière de l'AM, depuis 1930, chez les femmes âgées de 15 à 19 ans », une augmentation des cas d'AM à l'adolescence, ainsi qu'une apparition de la maladie à un âge de plus en plus précoce (14). Toutefois, d'un point de vue historique, Steinhausen (5) souligne que durant les 50 dernières années, depuis le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, il n'est pas possible de prouver méthodologiquement une augmentation des cas d'AM. Ces différences et difficultés méthodologiques seront détaillées ci-après.

Selon Wittchen et al. (4), en 2010, 800'000 personnes entre 14 et 65 ans seraient affectées par l'AM, en Europe. Cela représente 0.2 à 0.5% de la population européenne. La qualité méthodologique de cette étude constituée de revues de littérature systématiques, d'analyses, et d'enquêtes au niveau national permet aux auteurs de dire que les maladies mentales en Europe sont d'une ampleur considérable. Il semblerait que l'importance de ces maladies ait été sous-estimée dans le passé. Les auteurs concluent par l'identification d'un besoin de recherches futures au niveau épidémiologique, pour ce type de pathologies.

D'après une étude transversale sur la prévalence des TCA en Suisse, la prévalence de l'AM serait de 1.2% chez les femmes, et de 0.2% chez les hommes, en 2012 (3). Cette étude démontre une apparition du trouble généralement à l'adolescence. L'enquête prend en compte des individus entre 15 et 60 ans, dans les trois régions linguistiques de Suisse, et s'est faite par interviews téléphoniques, en utilisant le « *WHO Composite International Diagnostic Interview* » comprenant les critères du DSM-IV, et ceux de la CIM-10 (3).

Aux Etats-Unis, une enquête nationale, la « *National Comorbidity Replication* » conduite entre 2001 et 2003 a été menée pour évaluer la prévalence au cours de la vie des TCA. Dans cette population anglophone et majeure, les auteurs estiment la prévalence au

cours de la vie de l'AM à 0.3% chez les hommes, et 0.9% chez les femmes, ce qui représente un total de 0.6 % (15).

Ainsi, on constate que les données de ces différentes études épidémiologiques sont souvent différentes et contradictoires. La Haute Autorité de Santé souligne ces aspects, et mentionne quelques éléments pouvant en être la cause. Si l'on reprend les données divergentes sur l'augmentation des cas d'AM au niveau historique, cela pourrait être expliqué par le fait qu'aux époques considérées, la maladie était moins connue et les professionnels de santé y étaient peut-être moins sensibilisés. En ce qui concerne la prévalence et l'incidence de la pathologie, les études effectuées ne considèrent pas toutes les mêmes populations, ni les mêmes critères diagnostiques. En effet, les critères diagnostiques du DSM-5 ont évolué avec le temps, et d'autres moyens diagnostiques sont parfois utilisés dans les différentes enquêtes (16).

La sous-estimation concernant l'ampleur de certaines pathologies mentales et leurs taux de prévalence peut être expliquée de différentes manières. Si l'on considère le lieu de soins où est effectuée l'étude, les données vont dépendre du type de l'établissement ; s'il s'agit d'un lieu spécialisé dans les TCA ou non, la prise en charge et l'identification des cas vont être différentes. En lien avec cette spécificité du lieu de soins, les professionnels de santé en jeu n'ont peut-être pas toutes les mêmes connaissances sur la maladie, ses critères diagnostiques, et ses conséquences. Notons que chaque lieu de soins a différentes pratiques, et que la demande et l'offre de soins peuvent être des facteurs influençant les données utilisées pour l'élaboration d'études épidémiologiques ; la pathologie investiguée ne sera pas représentée à la même fréquence dans toutes les populations étudiées (16).

## 2.2 Facteurs de risque

Les données concernant les facteurs de risque de l'AM sont généralement regroupées avec celles des autres TCA comme la boulimie et l'hyperphagie boulimique (17). L'étiologie de ces troubles est complexe et certaines explications sur leurs causes exactes nécessitent davantage de recherches. Les modèles tendant à définir la pathogenèse des TCA attribuent une grande importance à la minceur, considérée et véhiculée comme un idéal dans la société, et qui serait la cause de ces troubles. Cette idéologie de la minceur serait transmise à la fois par les médias, mais également par l'environnement familial (14). Cependant, la recherche scientifique actuelle et ses limites méthodologiques ne permettent pas d'établir les causes exactes des TCA et plus particulièrement de l'AM. L'origine des TCA semble être multifactorielle et impliquerait l'interaction entre des facteurs génétiques, biologiques, psychologique et socio-environnementaux (17).

### 2.3.1 Facteurs de risque socio-environnementaux

Selon Perroud (18), les sociétés les plus touchées par les TCA sont celles où la nourriture est abondante et aisément accessible. Il semblerait que la période d'après-guerre où s'est développée la société de consommation coïncide avec l'augmentation du nombre de cas d'AM. Dans certains pays où la nourriture est peu accessible, l'incidence de l'AM serait moindre (18). Rappelons toutefois l'existence de contraintes méthodologiques qui ne permettent pas de prouver ces hypothèses.

En plus de ce lien avec l'abondance de la nourriture, l'environnement social est souvent mis au centre des causes expliquant l'AM. Certains auteurs relatent une pression sociale où la minceur serait synonyme de réussite et de beauté, et pourrait être liée à l'insatisfaction corporelle (19). Depuis une trentaine d'années, les médias et différents canaux de communication entretiennent et amplifient l'idéal de la minceur. Dès l'enfance, chacun est confronté à des silhouettes minces, parfois maigres ; les corps très minces et dépourvus de masse grasse sont de plus en plus reconnus comme norme et critère de référence (14,20).

L'environnement familial semble jouer un rôle non négligeable dans l'apparition des TCA. Dans le développement de l'enfant, l'entourage familial représente un cadre de socialisation, et une source de valeurs et principes. Le message transmis par la famille

peut alors influencer l'importance prêtée à la minceur, à l'esthétisme, ainsi qu'aux régimes et à la pratique excessive du sport (14).

Le risque de développer un trouble alimentaire serait donc considérablement plus élevé dans les sociétés où la nourriture est facile d'accès, où l'exposition aux médias est importante et lorsque l'environnement familial accorde un intérêt prononcé pour l'apparence physique et la minceur.

### 2.3.2 Facteurs de risque psychologiques

Selon Rousset et al (21), certaines caractéristiques se distinguent dans la personnalité des personnes souffrant d'AM. Parmi ces facteurs sont suggérés le perfectionnisme, la rigidité psychique, une personnalité obsessionnelle-compulsive, ou encore une personnalité dite évitante. Perroud (22) mentionne l'insatisfaction corporelle et la faible estime de soi qui seraient des facteurs de risque de développement de TCA.

On constate dans ces termes un certain caractère de rigueur et de précision. Au vu de la place importante attribuée à la minceur dans la société, on peut imaginer que l'insatisfaction corporelle serait liée à une perception du corps qui n'est pas conforme aux dictats de la société, ni aux attentes des personnalités exigeantes.

### 2.3.3 Facteurs de risque génétiques et biologiques

Il n'est pas rare que plusieurs membres d'une même famille développent un TCA. Plusieurs études comparant des jumeaux monozygotes et dizygotes ont permis de mettre en évidence l'incidence de facteurs génétiques sur le risque de l'apparition de l'AM (23). Parmi les facteurs biologiques, Perroud cite des antécédents familiaux d'anxiété, d'état dépressif, de TCA ainsi que de problèmes de poids (22). Il est encore difficile d'affirmer s'il existe un lien entre la dépression et l'AM et si ces deux maladies découlent d'une même cause génétique (23). Notons que la place de ces facteurs génétiques et biologiques dans la survenue de l'AM n'est pas clairement définie, et que les données scientifiques n'apportent actuellement pas d'explication claire à ce sujet (18).

## 2.3 Conséquences

Pour rappel, l'un des deux types d'AM est dit restrictif. Des conséquences néfastes à la fois physiologiques et psychologiques se manifestent suite à une longue et importante restriction alimentaire (18). Selon Rigaud (24), la perte de poids ainsi que la dénutrition sont à l'origine d'une « cascade d'évènements métaboliques, comportementaux et hormonaux ». La dénutrition entraîne une diminution de la dépense énergétique lors des phases de jeûne. Elle est également responsable de l'aménorrhée par l'effondrement de la sécrétion de leptine et par des troubles digestifs. Le jeûne répété ainsi que les carences engendrent une réduction de plusieurs types de dépenses énergétiques : celle de repos, celle de thermorégulation et celle liée à l'activité physique. Une réduction importante de la masse corporelle en-dessous de  $15\text{kg/m}^2$  entraîne également une rétention hydrosodée (24). Ainsi, on constate que l'AM interagit directement avec les fonctions physiologiques.

### 2.4.1 Modifications du transit digestif

Les troubles fonctionnels digestifs se manifestent couramment chez des patientes souffrant d'AM, comme par exemple des régurgitations, des troubles de la vidange gastrique, ou de la constipation. Les douleurs et l'inconfort digestif sont souvent à l'origine de consultations médicales chez ces patientes, et les investigations qui en découlent retardent fréquemment le diagnostic de la pathologie mentale. De plus, ces gênes au niveau digestif peuvent compliquer la réalimentation pour les patientes, qui sera moins bien tolérée. Bien que les études scientifiques ne permettent pas d'expliquer précisément la raison des troubles digestifs en cas d'AM, il se pourrait que la dénutrition soit l'un des facteurs expliquant ces perturbations (25).

### 2.4.2 Dénutrition

Le déséquilibre entre les apports et besoins protéino-énergétiques de l'organisme causé par la restriction alimentaire entraîne des pertes tissulaires qui vont perturber certaines fonctions de l'organisme (26). Selon le Larousse Médical (27), la dénutrition est synonyme de signes cliniques observables comme un amaigrissement important, une augmentation de la taille du foie, une sécheresse de la peau et des cheveux, ou encore des ongles cassants. Selon le type de dénutrition, des oedèmes ou encore une déficience immunitaire peuvent se manifester. Notons que dans le cas d'une anorexie accompagnée de vomissements auto-induits, des signes de callosités sur les mains, d'érosion de l'émail dentaire et de gingivite apparaissent (28).

### 2.4.3 Syndrome de renutrition inappropriée

L'un des enjeux dans la prise en charge nutritionnelle de l'AM est la gestion et la surveillance du syndrome de renutrition inappropriée (SRI). Ce syndrome aux conséquences préoccupantes est défini selon Redgrave (29) comme un dérangement métabolique caractérisé par une hypophosphatémie, une hypomagnésémie, une hypokaliémie et une hypoglycémie (traduction libre). Le syndrome de renutrition inappropriée découle de la perturbation électrolytique consécutive à la dénutrition et nécessite une surveillance particulière au cours de la renutrition sans laquelle le risque de mort subite est important. (16,30)

### 2.4.4 Complications cardio-vasculaires

Selon Lupoglazoff et al (31), « les complications cardio-vasculaires sont fréquentes dans l'AM de l'adolescence et seraient à l'origine d'un tiers des décès ». Les perturbations électrolytiques et la dénutrition protéique sont à l'origine de ces complications et induisent des épisodes de bradycardie ainsi qu'un allongement de l'intervalle QT, mesure faite par l'électrocardiogramme, pouvant provoquer une mort subite. Il a été démontré que ces complications sont réversibles après une renutrition hospitalière et que la plupart des anomalies électriques sont rétablies (31).

### 2.4.5 Ostéoporose

Chez les adolescentes atteintes d'AM, l'ostéopénie est une complication fréquemment observée (32). Cette conséquence de la maladie s'explique d'une part par l'apport insuffisant en protéines et en calcium induit par la restriction alimentaire, et d'autre part par l'arrêt du cycle menstruel provoquant d'importantes perturbations hormonales responsables du maintien de la masse osseuse. Lors d'une ostéopénie prolongée, le risque d'ostéoporose devient sérieux et ne serait plus réversible (32).

### 2.4.6 Arrêt de la croissance

Les jeunes filles adolescentes ou au début de l'âge adulte représentent la population la plus touchée par l'AM. Si la dénutrition s'installe avant la fin de la puberté, on peut observer un arrêt de la croissance ainsi qu'un risque de déficit sur la taille adulte définitive. L'âge d'apparition du trouble est problématique en raison du développement de la croissance qui se fait durant l'adolescence ; c'est à cette période que le volume squelettique et la masse minérale osseuse augmentent (33). Les degrés de restriction

alimentaire et de dénutrition, ainsi que l'âge de survenue de la pathologie vont alors être déterminants pour l'évolution de la croissance de la personne souffrant d'AM.

#### 2.4.7 Qualité de vie

L'AM altère la qualité de vie des individus touchés par la maladie. Selon Perroud (18), les préoccupations au sujet des aliments rendent les repas en famille ou en société difficiles et provoquent des situations de stress et d'inconfort. La maladie est également à l'origine de tensions et de conflits au sein de l'entourage, d'autant plus qu'elle peut être complexe à comprendre pour ceux qui ne la vivent pas. Il est fréquent qu'un individu souffrant d'AM voie sa relation changer avec son entourage ; le repli sur soi-même ainsi que le manque d'intérêt envers autrui en sont souvent la raison. Les fluctuations de l'humeur et les émotions négatives telles que la tristesse et la frustration sont également fréquentes et sont généralement consécutives à une perte de contrôle sur l'alimentation (18).

Ainsi, un lien direct peut s'établir entre dénutrition et complications pour l'organisme, à différents niveaux : digestif, cardiaque, hormonal, ou encore osseux. Ces complications résultent de la restriction alimentaire, qui est également synonyme d'isolement, de repli, et donc d'altération de la qualité de vie. Le rétablissement de ces différentes conséquences passe par un enjeu commun, la renutrition, qui se doit d'être gérée et mise en place avec attention, afin d'éviter le SRI qui influence négativement l'évolution de la pathologie mentale et de son pronostic.



## 2.5 Traitement

L'AM est un TCA pouvant mener au décès (33). Il est important que la prise en charge de la maladie soit adéquate et basée sur les preuves scientifiques actuelles. Plusieurs professionnels sont concernés par la prise en charge de cette pathologie : médecin, psychiatre, psychologue, diététicienne, physiothérapeute, etc. Il est nécessaire que les patientes souffrant d'AM ne soient pas prises en charge par un seul professionnel de la santé, mais par un ensemble de professionnels qui collaborent et coopèrent. L'interdisciplinarité et la collaboration entre les soignants font partie intégrante du traitement (34,35). Finalement, l'alliance thérapeutique va être une composante-clé pour une prise en charge optimale et adaptée à chaque individu (33). Notons que la résistance au traitement que manifestent souvent les personnes atteintes d'AM peut engendrer une certaine frustration de la part des soignants (36). Il est alors très important pour tout soignant de prendre en compte cet aspect qui fait partie intégrante de la pathologie, et de ne pas considérer cette résistance au traitement de façon personnelle (37).

### 2.5.1 Axes de traitements

La prise en charge de l'AM s'établit selon plusieurs axes de traitement. Selon la Haute Autorité de Santé, le premier axe de traitement est d'ordre nutritionnel. Son objectif est la renutrition ainsi que sa surveillance. Le deuxième axe de traitement est d'ordre somatique et consiste en la surveillance de l'état clinique de la patiente, la prévention, le dépistage et le traitement des complications de la maladie (38). Le dernier axe relève de composantes psychologiques et sociales. Son objectif principal est la normalisation du comportement alimentaire. Différents types de psychothérapies peuvent être utilisées telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie systémique. Il semblerait que la reprise pondérale ait un effet sur l'amélioration des troubles dépressifs ou anxieux. Selon l'évolution de la pathologie, l'usage d'antidépresseurs peut compléter la psychothérapie, pour le traitement de ces troubles (16).

## 2.6 Pronostic, rémission et mortalité

Les études investiguant le cours de l'AM démontrent une évolution très variable de la maladie. Selon Keski-Rahkonen et al. (39), environ une personne sur cinq souffre d'une forme chronique de la maladie menant à un haut risque de mortalité (traduction libre). Il est toutefois très difficile de prédire le cours de l'AM, notamment pour des raisons méthodologiques (marqueurs choisis, moment du trouble, etc.). Environ 25 à 50% des personnes souffrant d'AM n'auraient plus de symptômes de TCA dans les 10 ans de suivi, après avoir reçu un traitement dans un établissement de soins tertiaires (33,40,41).

Certaines études mettent en évidence des facteurs et caractéristiques pouvant influencer le pronostic d'AM. Il semblerait que la présence de symptômes dépressifs précédant l'apparition de l'AM représente un facteur significativement associé avec une persistance de la maladie, et donc un pronostic défavorable (39).

Dans une revue systématique de la littérature (119 études au total, comprenant 5'590 patients souffrant d'AM) (5), Steinhausen recense différents facteurs pouvant influencer le pronostic de l'AM. Sont cités des facteurs de bon pronostic tels que l'âge précoce d'apparition de la maladie, ou la faible durée des symptômes. D'autres facteurs défavorables au pronostic sont cités, tels qu'une perte de poids très importante, ou encore la boulimie et l'abus de purgatifs. Notons que l'interprétation de ces éléments doit être nuancée, car bien que certaines études aillent dans le sens du pronostic, d'autres soulignent l'impossibilité d'une interprétation significative. Le fait de souffrir d'autres TCA durant l'enfance réduit le bon pronostic de la maladie, quand d'autres facteurs peuvent être considérés comme protecteurs pour une évolution favorable, par exemple une bonne relation parent-enfant (traduction libre) (5). Il ressort de cette étude que de façon générale, plus l'AM s'installe de façon chronique, sur une certaine durée, plus l'évolution sera difficile, tout comme son rétablissement.

Bulik et al. (42) ont tenté de distinguer les caractéristiques identifiées dans des cas de rétablissement de personnes souffrant d'AM, et dans des cas où la maladie s'installe de façon chronique. Les conclusions principales de cette étude relèvent des aspects liés à la personnalité, au caractère, et aux liens parentaux qui diffèrent selon la catégorie de rétablissement: rétablissement complet, rétablissement partiel, ou maladie chronique. Ce dernier groupe se distingue par les éléments suivants : l'IMC (Indice de Masse Corporelle) souhaité par les personnes concernées est plus bas que dans les autres groupes ; et les

résultats issus des questionnaires et scores utilisés démontrent des résultats différents. Ces résultats permettent d'identifier que le groupe où la maladie s'installe de façon chronique manifeste une forte restriction cognitive, ainsi qu'une perception des soins maternel et paternel de moins bonne qualité. D'autres composantes personnelles ressortent chez ces personnes comme par exemple un évitement du danger plus important par rapport aux autres groupes, ou le fait que ces personnes ne sont pas très autodidactes. A l'inverse, le groupe pour lequel on a observé un rétablissement complet démontre une capacité importante à apprendre de façon autodidacte, ainsi qu'une capacité à coopérer également plus présente que dans les autres groupes.

En ce qui concerne la mortalité, Steinhausen (5) relève un taux moyen de mortalité de 5%. Chez les patients ayant survécu, une guérison complète est citée chez seulement 46.9% des patients, quand 33.5% ont évolué favorablement, et 20.8% ont développé une AM chronique. Concernant les symptômes, sur un échantillon plus petit, 59.6% ont eu une normalisation du poids, 57% ont retrouvé une normalisation de leurs menstruations, et 46.8% ont eu une normalisation du comportement alimentaire (5). Notons que l'AM serait la troisième maladie chronique la plus commune chez les adolescentes, après l'obésité et l'asthme (43–45).

Retenons également le caractère individuel de l'AM, comme le souligne Perroud (22): « l'issue durablement favorable n'est possible que si elle est consciemment et délibérément conquise par le sujet lui-même. L'entourage peut servir de catalyseur, voire de prescripteur des soins, mais il ne peut pas imposer la guérison. Il en va de même pour les soignants ».

Ainsi, il est difficile de tirer des certitudes quant à l'évolution de cette pathologie complexe. La motivation et le contexte personnels propres à chaque patiente vont être au centre de la prise en charge, et détermineront l'évolution de l'AM. Il est également difficile de se baser sur les études épidémiologiques concernant l'évolution et le taux de mortalité, pour les mêmes raisons méthodologiques que celles évoquées précédemment.

### 3. La diététicienne et les troubles du comportement alimentaire

En Suisse romande, les diététiciennes effectuant leur *Bachelor of Science HES-SO* en Nutrition et diététique sont formées en théorie à l'approche générale des TCA, dans le cadre d'un module sur un semestre de la formation. Le cursus de formation propose également des stages pratiques dans le domaine, à choix selon l'intérêt des étudiantes. Les diététiciennes acquièrent également des connaissances en éducation thérapeutique et sont initiées à l'utilisation de techniques relevant de la psychologie : entretien motivationnel (EM) et thérapie cognitivo-comportementale par exemple. Notons que la formation Bachelor n'offre pas la possibilité de se spécialiser dans cette voie.

En 1995 déjà, l'*American Dietetic Association* identifie que la thérapie nutritionnelle pour des patientes souffrant de TCA représente un champ d'opportunités extensible pour la pratique en nutrition et diététique, et que les connaissances dans ce domaine sont fortement variables selon les diététiciennes (traduction libre) (46). Dans cette étude, sur 116 diététiciennes des Etats-Unis interrogées, on observe une moyenne de cinq thèmes pour lesquels au minimum la moitié des professionnelles interrogées désireraient davantage d'informations : théorie et techniques sur le conseil nutritionnel; indicateurs de rétablissement ; techniques de renutrition ; coûts et remboursement par les assurances ; et apports nutritionnels ainsi que des aspects liés au comportement et à la psychologie.

Au Canada, une étude sur les diététiciennes anglophones démontre un besoin de définition du rôle de la diététicienne dans la prise en charge des TCA, ainsi qu'une définition des limites de chaque profession (47). La prise en charge dépend aussi fortement de l'établissement de travail, où certaines diététiciennes seront invitées à adopter des stratégies en lien avec le comportement et les cognitions, quand d'autres professionnelles se limiteront à l'alimentation à proprement parler. Un manque d'entraînement et de pratique avec ce type de pathologies se fait également ressentir comme un obstacle pour une prise en charge adéquate (47).

Des études mettent en évidence certaines compétences des diététiciennes qui sont pertinentes dans la prise en charge des TCA, comme des connaissances en nutrition, physiologie, et psychologie incluant le conseil nutritionnel et le soutien de patientes en

faisant un travail sur les pensées et comportements autour de la nourriture, du poids, de l'appétit, et également en donnant des conseils sur la façon d'atteindre un apport nutritionnel adéquat (9,34).

Hart et al (8), dont la revue inclut 61 références sur la nutrition en lien avec les TCA conclut que les pratiques diététiques dans le traitement de ce type de pathologies ne sont pas clairement définies. Les auteurs soulignent également un manque d'implication des diététiciennes, en lien avec la pathologie. La recherche en elle-même devrait être menée par les diététiciennes, ainsi que l'évaluation des pratiques et de l'efficacité de la prise en charge. Ceci permettrait de définir des recommandations pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM.

D'autres études parlent d'un rôle important de la diététicienne dans les TCA, notamment l'AM. Mittnacht et Bulik (43) par exemple mettent en évidence le rôle de la diététicienne pour évaluer la motivation de la patiente, pour déterminer le poids cible à atteindre, pour élaborer des stratégies alimentaires, ou encore pour appliquer des stratégies issues de thérapies psychologiques, dans le cadre du conseil nutritionnel.

Cockfield et Philpot (9) valorisent la spécialisation en TCA en disant que les diététiciennes spécialisées dans les TCA sont idéalement placées pour accompagner la patiente en agissant sur le gain de poids et une normalisation du comportement alimentaire (traduction libre). Notons toutefois qu'un manque général de recommandations basées sur des données probantes se fait ressentir pour le traitement des TCA (8). Ce renforcement de données « evidence-based » permettrait aux diététiciennes d'optimiser la qualité de leur prise en charge. Un besoin de consensus est également présent au niveau de la formation de base des diététiciennes, afin d'aider toute diététicienne, qu'elle soit spécialisée ou non dans les TCA, à mieux identifier ces troubles et éventuellement à se référer aux personnes adéquates (43). Outre la formation de base, Cairns et Milne (47) parlent d'un éventuel programme de supervision clinique, qui serait bénéfique pour toute diététicienne travaillant avec des personnes souffrant de TCA.

Ainsi, on constate un manque global de consensus au niveau international concernant le rôle que pourrait avoir la diététicienne dans la prise en charge diététique et nutritionnelle de l'AM, ainsi qu'un besoin de définition du rôle de la diététicienne par rapport à cette pathologie mentale. Sylvester et Forman (48) soulignent l'importance de s'intéresser aux recommandations de bonne pratique clinique, qui peuvent être utilisées pour comparer

des protocoles de prise en charge aux niveaux nationaux, et ainsi favoriser la prise en charge hospitalière de patientes atteintes de TCA.

## 4. Définition de l'étude

### 4.1 Question de recherche

Le but du Travail de Bachelor est d'établir des perspectives destinées aux diététiciennes diplômées de Suisse romande pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de patientes atteintes d'AM, en milieu hospitalier. L'AM étant une maladie complexe, ce travail s'oriente vers un état des lieux des pratiques et une première mise en évidence de perspectives et de pistes pour la prise en charge d'une telle maladie, en Suisse romande. La question de recherche est alors la suivante :

**« Quel est le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'anorexie mentale en milieu hospitalier? »**

### 4.2 Objectifs

Pour répondre à la question de recherche, les objectifs du Travail de Bachelor sont les suivants :

- Effectuer une revue de littérature narrative sur la prise en charge de l'AM aux niveaux médical, nutritionnel, diététique, et multidisciplinaire
- Documenter et décrire les différentes prises en charge nutritionnelles et diététiques actuelles de l'AM dans les hôpitaux de Suisse par le biais d'enquêtes par e-mails
- Identifier les points communs et les différences dans les prises en charges nutritionnelles et diététiques recensées
- Comparer les résultats de la revue de littérature avec les résultats de l'enquête
- Identifier des hypothèses et perspectives de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM
- Créer un rapport de pistes de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM destiné aux diététiciennes de Suisse romande travaillant en milieu hospitalier

## 4.3 Hypothèses

Les différents éléments concernant la physiopathologie de l'AM, ses répercussions à plusieurs niveaux, les axes de traitement, ainsi que la nécessité d'un panel de professionnels nécessaire à la prise en charge de cette maladie identifiée dans la littérature, nous font émettre les hypothèses suivantes :

- a) La diététicienne a un rôle important et indispensable dans la prise en charge de l'AM.
- b) Ce rôle comprend les éléments du Processus de Soins en Nutrition (PSN) de l'Academy of Nutrition and Dietetics (3).
- c) Au niveau international, les actions nutritionnelles de la diététicienne sont peu détaillées et uniformisées.
- d) En Suisse, dans les différents établissements hospitaliers non spécialisés dans la prise en charge de TCA, les diététiciennes ne suivent pas de recommandations précises et uniformes propres à l'AM pour effectuer leurs interventions nutritionnelles.
- e) Il existe différents degrés d'implication de la diététicienne face aux patientes dans la prise en charge de l'AM, en lien avec le manque de consensus quant à la définition du rôle de la diététicienne.



## 5. Méthodologie

La méthodologie du Travail de Bachelor comporte une revue de littérature narrative, une enquête par questionnaire, ainsi qu'une mise en commun sous forme de rapport. La revue de littérature narrative permettra de répondre à l'hypothèse concernant le rôle de la diététicienne dans la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM, et à celle que cette prise en charge serait peu détaillée dans la littérature scientifique. Cette revue narrative servira aussi à documenter la prise en charge globale de l'AM à différents niveaux. L'enquête par questionnaire permettra de répondre aux hypothèses concernant les modalités de prises en charge au niveau suisse, ainsi que le niveau d'implication des différentes professionnelles.

### 5.1 Revue de littérature narrative

Une revue de littérature narrative a été effectuée afin de trouver des éléments de réponse décrivant le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM, et également de décrire la prise en charge de l'AM aux niveaux médical, nutritionnel, diététique, et multidisciplinaire.

#### 5.1.1 Stratégie de recherche documentaire

Les bases de données et moteurs de recherche spécialisés utilisés pour la recherche documentaire sont les suivants :

- Medline via Pubmed
- Cochrane Library
- Psycinfo
- Google scholar

#### 5.1.2 Mots-clés

Les mots-clés utilisés sur les bases de données sélectionnées sont les suivants :

- Anorexia nervosa
- Dietitian
- Role
- Diet/therapy
- Nutritionnist
- Guidelines

- Eating disorders
- Skills
- Treatment
- Therapy

Ces mots-clés ont été utilisés avec les termes MeSH (Medical Subjects Headings) sur certaines bases de données. Les résultats obtenus étant trop précis et peu nombreux, un élargissement des recherches s'est avéré nécessaire. La recherche s'est majoritairement faite sous la forme de termes libres. Le tableau 1 présente les combinaisons de mots-clés qui ont été faites, à l'aide d'opérateurs booléens (Tableau 1).

Tableau 1 : combinaison de mots-clés

Combinaisons
dietitian AND role AND anorexia nervosa
anorexia nervosa AND diet/therapy
anorexia nervosa AND dietitian
anorexia nervosa AND nutritionist
dietitian AND skills AND anorexia nervosa
anorexia nervosa AND guidelines AND dietitian
anorexia nervosa AND diet therapy
anorexia nervosa AND guidelines
anorexia nervosa AND treatment
dietitian AND anorexia nervosa OR bulimia nervosa
dietitian AND eating disorders NOT obesity
eating disorders/therapy
eating disorders/therapy AND treatment

A partir des articles trouvés grâce aux mots-clés, d'autres études ont été suggérées sur les différentes bases de données, qui ont été sélectionnées ou non de la même façon. La liste des références à la fin de chaque article a parfois permis de trouver d'autres articles permettant la construction du travail.

### 5.1.3 Sélection des études

#### 5.1.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

##### **Design de l'article**

Par rapport au rôle de la diététicienne, nous ne nous sommes pas fixées de limite quant à un design d'étude spécifique. Nous avons jugé que tout type d'étude pouvait amener des éléments pertinents afin de documenter le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM au niveau hospitalier. Concernant la description de la prise en charge globale de l'AM, n'ont été consultées que des recommandations de pratique clinique (« clinical practice guidelines ») effectuées par des associations et groupes reconnus.

##### **Variables**

Les thèmes retenus sont les suivants : description ou mention du rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM ; la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM ; et le traitement des TCA dont l'AM pour autant que la réhabilitation nutritionnelle soit abordée.

##### **Langue et date de parution**

Les articles de langues française et anglaise et datant de 1990 au plus tôt ont été considérés.

#### 5.1.2.3 Sélection sur le titre

Le titre de l'article a permis une première sélection. S'il a été jugé intéressant pour la question de recherche, l'abstract a été lu.

#### 5.1.2.4 Sélection sur la lecture de l'article

Les articles lus ont été retenus si les résultats pouvaient être mis en lien avec la question de recherche.

#### 5.1.2.5 Sélection selon des associations et organismes, littérature grise

Afin de documenter la prise en charge globale de l'AM, une consultation de recommandations s'est faite directement depuis les sites internet d'organismes ou associations. Par exemple, ont été consultées la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées dans les Troubles du Comportement Alimentaire (AFDAS-TCA), et la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA, France) pour les recommandations françaises. Concernant les recommandations anglophones, des associations de psychiatrie ont été consultées comme le *Royal College of Psychiatrists* ou l'*American Psychiatrists Association*.

Par rapport à la littérature grise, tous les documents semblant pertinents pour la question de recherche (lien avec le rôle de la diététicienne) ont été utilisés pour la récolte de données. Ont été consultés les sites internet et liens relatifs des différentes associations francophones et anglophones de diététiciennes diplômées telles que : l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes, l'Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française (Belgique), l'*Association of UK Dietitians* (Grande Bretagne), l'*European Federation of the Associations of Dietitians* ou encore la *Dietitians Association of Australia*.

## 5.2 Enquête par questionnaire

Une enquête par questionnaire a été réalisée afin de documenter, décrire et comparer les différentes prises en charge nutritionnelles et diététiques actuelles de l'AM dans les hôpitaux de Suisse, ainsi que d'identifier les ressources et besoins des diététiciennes dans la prise en charge de l'AM en Suisse.

### 5.2.1 Population

Afin que les réponses à l'enquête soient géographiquement représentatives de la prise en charge diététique de l'AM en Suisse romande, dix-huit services diététiques d'hôpitaux de Suisse romande ont été contactés. Cette sélection s'est faite depuis le site « *Santeromande.ch* » qui répertorie les hôpitaux selon les cantons. Deux hôpitaux de Suisse allemande, et quatre de Suisse italienne ont aussi été contactés, selon nos contacts et ressources personnels. Parmi les dix-huit établissements de Suisse romande, deux sont spécialisés en TCA. La finalité du Travail de Bachelor vise la Suisse romande, mais il nous semblait important d'inclure d'autres parties du pays pour construire ces perspectives de prise en charge. L'annexe I présente les différents hôpitaux contactés.

### 5.2.2 Procédure

Nous avons construit ce questionnaire par rapport à la structure du PSN (49). Nous y avons également ajouté des questions en lien avec nos hypothèses. Ce questionnaire a été approuvé par les directrices du Travail de Bachelor (annexe II). Nous avons ensuite traduit ce questionnaire en allemand et en italien.

C'est à partir d'un logiciel en ligne et gratuit qu'une version électronique du questionnaire a été créée. Nous avons contacté par téléphone les dix-huit services diététiques d'hôpitaux de Suisse romande. Si les diététiciennes des hôpitaux contactés étaient disposées à répondre, elles ont reçu par e-mail un questionnaire disponible via un lien internet, comportant 37 questions. Les services diététiques de Suisse allemande et italienne ont été contactés uniquement par e-mail, pour des raisons de langue et de compréhension.

### 5.3 Rapport

La synthèse du Travail de Bachelor se présente sous forme d'un rapport concis comportant les pistes de prise en charge issues de la revue de littérature, et de l'enquête par questionnaire.

Suite aux résultats issus de la revue de littérature narrative, de l'enquête par questionnaire et de leur comparaison, un rapport de 15 pages a été construit selon la structure du PSN (49). Ce rapport sera destiné aux diététiciennes de Suisse romande pratiquant en milieu hospitalier

## 6. Résultats

### 6.1 Résultats de la revue de littérature

#### 6.1.1 Sélection des articles

Pour documenter la prise en charge de l'AM, huit articles ont été retenus ; ces derniers figurent dans le tableau 2.

Tableau 2 : recommandations retenues pour l'analyse des résultats

Association/Groupe	Abréviation	Titre des recommandations (année de parution)
American Dietetic Association	<b>ADA</b>	Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders (2011)
Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire – Haute Autorité de Santé	<b>AFDAS-TCA/HAS</b>	Recommandations de bonne pratique – anorexie mentale : prise en charge (2010)
American Psychiatric Association	<b>APA</b>	Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition (2006)
Dietitians Association of Australia	<b>DAA</b>	Role Statement for Accredited Practising Dietitians practising in the area of Eating Disorders (2013)
National Health Scotland Quality Improvement Scotland	<b>NHS</b>	Eating Disorders in Scotland – Recommendations for Management and Treatment (2006)
National Collaborating Centre for Mental Health – National Institute for Clinical Excellence	<b>NICE</b>	Eating disorders- Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (2004)
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	<b>RANZCP</b>	Clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders (2014)
Royal College of Psychiatrists - London	<b>RCPL</b>	Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa (2005)

Parmi ces huit articles, deux d'entre eux concernaient les interventions nutritionnelles effectuées par la diététicienne et son rôle (ADA et DAA), et sont publiés par des associations professionnelles de diététiciennes.

Les six autres articles ont été retenus car ils proposaient des prises en charges globales de l'AM dont la prise en charge nutritionnelle et diététique ; et ils sont publiés par des organismes reconnus au niveau international. Le choix définitif de ces articles s'est fait en fonction de leur récurrence dans les références des autres articles concernant la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM. Le tableau 3 présente les bases de données, organisations, et mots-clés ayant permis la sélection des recommandations.

Tableau 3 : Base de données ou organisation et mots-clés utilisés des articles définitifs

	Base de données ou organisation	Mots-clés utilisés
<b>ADA</b>	Pubmed Site internet professionnel de l'association : <a href="http://www.eatrightpro.org/">http://www.eatrightpro.org/</a>	dietitian role anorexia nervosa dietitian role anorexia nervosa
<b>AFDAS-TCA/HAS</b>	Google scholar	recommandations anorexie mentale
<b>APA</b>	Pubmed	eating disorders/therapy
<b>DAA</b>	Site internet de l'association : <a href="http://daa.asn.au">http://daa.asn.au</a>	eating disorders dietitian
<b>NHS</b>	<i>Référence d'un article (Cockfield et Philpot) (9)</i>	-
<b>NICE</b>	Pubmed	treatment anorexia nervosa
<b>RANCZP</b>	Pubmed	guidelines eating disorders
<b>RCPL</b>	Site internet de l'organisation : <a href="http://www.rcpsych.ac.uk/default.aspx">http://www.rcpsych.ac.uk/default.aspx</a>	Guidelines anorexia nervosa

Notons la particularité de certains articles retenus comme celui de la DAA par exemple qui, bien qu'il ne figurait pas sur une base de données scientifique, a été retenu car il permettait de répondre à la question de recherche de ce Travail de Bachelor.

### 6.1.2 Caractéristiques des études

L'AM relevant du domaine de la psychiatrie, plusieurs associations psychiatriques ont été retenues : APA, RANZCP et RCP. Les recommandations du RCP avaient la particularité de concerner uniquement la réhabilitation nutritionnelle dans l'AM ; elles ont alors été sélectionnées. Par leur renommée au niveau de la qualité et la reconnaissance de leur expertise clinique, les recommandations de NICE et NHS ont été choisies. Enfin, les recommandations de la AFDAS-TCA/HAS ont été retenues pour leur expertise et reconnaissance en France ; les associations suisses diététiques étant proches de celles de ce pays au niveau géographique ainsi qu'au niveau des pratiques diététiques.

Ont été exclus les articles concernant des aspects purement pharmacologiques ou de dépistage de la pathologie, ou encore ceux concernant seul le médecin, du fait qu'ils ne répondaient pas à l'orientation de ce Travail de Bachelor. N'ont pas été retenus les protocoles de soins réalisés dans divers établissements spécialisés dans la prise en charge des TCA.

### 6.1.3 Synthèse des recommandations

Les différentes recommandations analysées concernaient pour la plupart différents TCA : AM, boulimie, ainsi que les accès hyperphagiques. Certaines recommandations s'appliquaient à tous ces troubles, quand d'autres étaient spécifiques à l'un d'eux. Les tableaux 4a et 4b présentent un récapitulatif des recommandations analysées, centré sur les thèmes de la nutrition et diététique au sens large par rapport à l'AM, ainsi que le rôle de la diététicienne. On y constate que la diététicienne est citée dans chacune de ces recommandations, mais avec différents niveaux de précision.



Tableau 4a : Synthèse des liens avec la nutrition et la diététique et l'AM des recommandations ; ADA (37), AFDAS-TCA/HAS (16), APA(50) et DAA (51)

	<b>ADA</b>	<b>AFDAS-TCA/HAS</b>	<b>APA</b>	<b>DAA</b>
<b>Thème principal</b>	Détail des interventions nutritionnelles dans le traitement des TCA.	Recommandations de bonne pratique concernant les enfants, préadolescents, adolescents et jeunes adultes souffrant d'AM ; destinées à tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux.	Recommandations de traitement selon le niveau de sévérité des différents TCA.	Définition du rôle de la diététicienne par rapport aux TCA.
<b>Lien entre AM et nutrition et diététique /réhabilitation nutritionnelle</b>	Réhabilitation nutritionnelle très détaillée selon le PSN : l'évaluation et le traitement effectués par une diététicienne reconnue sont une composante essentielle de la prise en charge.	Réhabilitation nutritionnelle détaillée : renutrition; prise pondérale; rythme des pesées; administration des repas; surveillance et prévention SRI; courbes de croissance; support nutritionnel.	Réhabilitation nutritionnelle détaillée : buts; prise pondérale; supports nutritionnels; SRI; plan alimentaire.	Réhabilitation nutritionnelle détaillée selon plusieurs axes : évaluation; référencement; éducation thérapeutique; soutien; pluridisciplinarité; supervision; mises en garde.
<b>Rôle de la diététicienne</b>	Est au cœur des recommandations ; détail des interventions nutritionnelles.	Les recommandations s'appliquent à tous les professionnels dont les diététiciennes, mais pas spécifié que la réhabilitation nutritionnelle doit être effectuée par une diététicienne. L'accompagnement par une diététicienne est « souhaitable » pour réintroduire l'alimentation orale. Diététicienne expérimentée pour évaluer les ingesta.	Est responsable du conseil nutritionnel, et aide la patiente à choisir ses repas.	Est au cœur des recommandations ; listing des interventions.

Tableau 4b : Synthèse des liens avec la nutrition et la diététique et l'AM des recommandations ; NHS (52) ; NICE (53), RANCZP (54) et RCPL (55)

	NHS	NICE	RANCZP	RCPL
<b>Thème principal</b>	Identification, prise en charge et traitement des TCA (reprend certaines recommandations établies par NICE).	Identification, traitement et prise en charge des TCA.	Evaluation et traitement des TCA par psychiatres et autres professionnels de santé.	Prise en charge nutritionnelle de l'AM.
<b>Lien entre AM et nutrition et diététique /réhabilitation nutritionnelle</b>	Réhabilitation nutritionnelle citée dans le rapport : surveillance SRI ; mesures anthropométriques ; les aspects nutritionnels sont détaillés en annexe (éducation nutritionnelle ; plans et carnet alimentaires ; suivi poids).	Réhabilitation nutritionnelle détaillée : prise pondérale ; apport énergétique ; signes physiques axés sur la nutrition ; support nutritionnel ; éducation nutritionnelle ; surveillance du SRI.	Réhabilitation nutritionnelle éparpillée : évaluation (restriction alimentaire, histoire pondérale, perturbation image de soi, compulsions, satiété précoce) ; surveillance du SRI.	Réhabilitation nutritionnelle détaillée, au cœur des recommandations: mesures anthropométriques ; signes physiques axés sur la nutrition ; données de laboratoire; prise pondérale ; apport énergétique ; surveillance du SRI.
<b>Rôle de la diététicienne</b>	Son rôle est explicité en annexe en fin de document ; valorisation du rôle et des compétences de la diététicienne.	Ce document s'adresse à tous les professionnels de santé dont les diététiciennes, et dit que ces dernières s'occupent normalement de prodiguer le conseil nutritionnel, mais que cette pratique n'est pas uniformisée ni bien définie et ne doit pas être la seule composante du traitement.	La présence de la diététicienne n'est mentionnée que pour le traitement en ambulatoire ; il est dit que le conseil nutritionnel ne doit pas être effectué isolément des autres axes de traitement, sans collaboration pluridisciplinaire.	Il est précisé que l'histoire alimentaire doit être effectuée par une diététicienne, et comprend les éléments suivants : évaluation des carences, des apports en liquides, de la consommation de caféine, d'alcool et de tabac, de l'usage de suppléments en vitamines et les mesures anthropométriques.

L'aperçu des recommandations permet d'identifier deux documents axés directement sur la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM : celui de l'ADA et de la DAA. Notons que les recommandations de la DAA sont présentées de façon plus synthétique et moins détaillée que celles de l'ADA, en reprenant les points-clés du rôle de la diététicienne dans la prise en charge des TCA.

Ces deux documents mentionnent les compétences et connaissances-clés de la diététicienne, qui vont être au centre de la justification de sa présence dans la prise en charge des TCA, dont l'AM. Est mis en avant le large champ de connaissances sur l'alimentation, les sciences et technologies alimentaires, la physiologie et psychologie du jeûne, le syndrome de renutrition inappropriée, et le lien entre alimentation et bien-être. Sont également déclinées les compétences en pédagogie et enseignement qu'ont les diététiciennes concernant la relation complexe entre alimentation et santé psychique ; notions pouvant être explorées par des entretiens d'éducation thérapeutique, l'utilisation de modèles de psychologie tels que la TCC et de techniques de communication comme l'EM, et surtout, la création de l'alliance thérapeutique. En plus de la patiente, cette composante relative à l'enseignement concerne aussi l'entourage, et les autres professionnels. Une autre plus-value qu'ont les diététiciennes est la valeur scientifique et probante des données recueillies et utilisées dans leur pratique. L'ADA met en avant le fait que leur compréhension de la complexité et de la sensibilité des comportements alimentaires permet de limiter la progression du TCA, et que la diététicienne a un rôle dans la prévention, l'intervention, et le traitement de ces troubles (traduction libre) (37,51).

La prise en charge nutritionnelle et diététique est détaillée par l'ADA et la DAA selon les termes se rapportant au PSN. Les tableaux 5a et 5b présentent une synthèse de ces deux documents de recommandations et axes d'intervention, structurés selon la classification du PSN.

Tableau 5a : prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM selon l'ADA et la DAA (37,51)

ADA et DAA	
Evaluation	
<i>Histoire alimentaire</i>	<p>Apports en aliments et nutriments : rythme des repas, anamnèse alimentaire, habitudes</p> <p>Utilisation de suppléments, médicaments</p> <p>Connaissances et croyances sur l'alimentation : règles, rituels, degré d'attention aux calories et aux chiffres, habitudes rigides, exclusions alimentaires</p> <p>Activité physique : type, activité, fréquence, intensité, durée</p> <p>Qualité de vie en lien avec la nutrition, et avec l'activité physique</p> <p>Symptômes liés au comportement : compulsions, usage de purgatifs (fréquence, quantité, type) ; pertes de contrôles ; affect</p> <p>Antécédents</p>
<i>Mesures anthropométriques</i>	<p>Poids, taille, IMC, histoire pondérale : fréquence des pesées, poids idéal, travail autour de l'image corporelle</p> <p>Courbes de croissance</p> <p><b>Ne pas conduire de mesures de plis cutanés, action considérée comme inutile selon la DAA</b></p>
<i>Données biochimiques et examens</i>	<p>Analyse des données de laboratoire : carences nutritionnelles, risque de SRI</p> <p>Mesures de la composition corporelle</p> <p>Procédures médicales (ex : DEXA, test oral de tolérance au glucose)</p>
<i>Signes physiques axés sur la nutrition</i>	<p>Ensemble de signes d'alertes et observations :</p> <p>comportements typiques des personnes atteintes de TCA</p> <p>signes physiologiques (fatigue, faiblesse, douleurs abdominales, troubles du transit, aménorrhée, pertes de mémoire, insomnie, dépression, anxiété, peau sèche, chute de cheveux, lanugo, pâleur)</p>
Diagnostic	Selon le PSN

En **gras** figurent des éléments qui délimitent les compétences et le champ d'action de la diététicienne dans cette prise en charge.

Tableau 5b : prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM selon l'ADA et la DAA (37,51)

Interventions	
<i>Apport en aliments et nutriments</i>	<p>Calcul et gestion des apports énergétiques et en macronutriments</p> <p>Qualité de l'alimentation, variété des aliments consommés</p> <p>Normalisation des perceptions de faim et satiété</p> <p>Adaptation support nutritionnel</p> <p>Surveiller la prise pondérale et ajuster les apports alimentaires en fonction</p> <p>Surveiller le SRI</p>
<i>Education nutritionnelle</i>	<p>Physiologie de la prise pondérale, réapprentissage des habitudes alimentaires, plan alimentaire qualitatif (éventuellement)</p> <p>Structure, éducation et support thérapeutique pour encourager le retour à la normalisation des habitudes</p> <p>Education thérapeutique, alliance thérapeutique : relation centrée sur la patiente</p>
<i>Counseling nutritionnel</i>	<p>Soutien psychosocial et renforcement positif</p> <p>Promouvoir le changement en prenant compte de la condition individuelle de chacun</p> <p>Utilisation d'outils psychologiques : modèle transthéorique de changement, EM, TCC</p> <p>Soutien auprès de la famille : compréhension de la difficulté de la situation, éducation sur la pathologie, le rétablissement, la renutrition à domicile</p> <p>Engagement thérapeutique par empathie, renfort positif inconditionnel, congruence, écoute active</p> <p><b>Ne pas donner de conseils psychologiques au-delà du champ de compétences</b></p>
<i>Coordination des soins nutritionnels</i>	<p>Conseil aux autres professionnels : sélection des aliments selon les préférences de la patiente ; ressources disponibles ; adresser aux unités spécialisées si besoin ; support nutritionnel ; informer médecins qui ne sont pas spécialisés en TCA (ex : en ambulatoire)</p> <p>Sensibilisation : expliquer le protocole de renutrition pour maximiser la tolérance</p> <p>Transmissions : communiquer les progrès individuels à l'équipe et faire des ajustements au plan de traitement avec eux</p> <p>Définition des rôles de chaque membre de l'équipe, coordination des soins (médecins n'ont pas le temps)</p> <p>Se positionner comme personne ressource, valoriser le traitement basé sur des preuves</p> <p>Soutien équipe multidisciplinaire pour l'utilisation de données probantes, être activement impliquée dans les rencontres entre professionnels</p> <p><b>Ne pas agir sans soutien de la part du médecin ou de l'équipe multidisciplinaire</b></p> <p><b>Ne pas pratiquer dans le domaine des TCA sans supervision clinique ou projet professionnel en lien avec TCA</b></p>

Les différentes recommandations définissaient les modalités de la réhabilitation nutritionnelle en milieu hospitalier. Afin de détailler cette dernière, le tableau 6 présente les recommandations de la AFDAS-TCA/HAS (16) qui sont les seules recommandations francophones analysées.

Tableau 6 : synthèse des recommandations de l'AFDAS-TCA /HAS pour la renutrition

	Recommandations (16)
<b>Objectifs de la renutrition (16)</b>	<p>« Atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel adaptés pour les adultes, ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents</p> <p>Obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée avec un retour à des comportements, des choix alimentaires, des apports énergétiques plus adaptés, et la capacité à s'alimenter en société</p> <p>Obtenir une attitude détendue et souple face à l'alimentation</p> <p>Obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété ainsi qu'une réponse adaptée à l'éprouvé des patients</p> <p>Eviter les complications potentielles de la renutrition, en cas de dénutrition sévère »</p>
<b>Détermination de l'objectif pondéral</b>	<p>Discuter avec la patiente</p> <p>Selon : âge, histoire pondérale, menstruations, ovulation</p> <p>Etapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stabilisation du poids</li> <li>2) Prise de 0.5 à 1kg par semaine</li> </ol> <p>Fixer objectif dès admission pour faciliter alliance thérapeutique si possible ; stabiliser poids avant sortie</p>
<b>Rythme des pesées</b>	<p>Selon l'état clinique</p> <p>Si dénutrition grade III (BMI 13 à 14.9kg/m<sup>2</sup>), surveillance 2 fois par semaine au début, puis 1 fois par semaine si poids stabilisé</p>
<b>Renutrition</b>	<p>Par étapes</p> <p>Si un adulte consomme moins de 1600kcal/j, donner des compléments alimentaires</p> <p>Par voie orale avec régime adapté et à défaut, donner des compléments alimentaires voire des apports sous nutrition entérale</p>
<b>Nutrition artificielle</b>	<p>Nutrition entérale si la dénutrition met en jeu le pronostic vital, ou si stagnation pondérale prolongée ; considérée comme aide transitoire</p> <p>Pas de nutrition parentérale car rarement des troubles d'absorption</p> <p>Reprise alimentation per os avant le transfert dans des structures psychiatriques car ces dernières ne sont souvent pas formées à l'alimentation artificielle</p>
<b>Surveillance SRI</b>	<p>Limiter les apports énergétiques au début de la renutrition</p> <p>Complémenter en phosphore, vitamine et oligoéléments par voie orale</p> <p>Reporter de 24 à 48 heures les apports énergétiques si le bilan électrolytique est perturbé, et compléter en phosphore, vitamines et oligoéléments par voie veineuse avant la renutrition</p> <p>Eviter l'apport de glucose par voie veineuse</p>
<b>Aspects psycho-sociaux</b>	<p>Comprendre et modifier attitudes dysfonctionnelles liées au TCA pour améliorer gain de poids et tendre vers alimentation équilibrée</p>
<b>Particularités</b>	<p>Si AM chronique, l'enjeu relève de l'amélioration qualité de vie plus que de l'obtention d'un poids optimal</p>

## 6.2 Résultats de l'enquête par questionnaire

### 6.2.1 Caractéristiques du questionnaire

Sur les dix-huit établissements de Suisse romande contactés par téléphone, deux ont été exclus et n'ont pas reçu le questionnaire du fait qu'il n'y a jamais de patientes souffrant d'AM pris en charge dans ces hôpitaux. Seize questionnaires ont donc été envoyés en Suisse romande et douze questionnaires remplis ont été récoltés, représentant au total neuf établissements. Dans trois établissements romands, deux diététiciennes du même hôpital mais de différents services ont répondu au questionnaire. Sur les quatre questionnaires traduits en italien et envoyés en Suisse italienne, deux questionnaires remplis ont été récoltés, représentant 2 établissements. Finalement, sur les deux questionnaires traduits en allemand et envoyés en Suisse allemande, un questionnaire rempli a été récolté. Trois établissements romands ont répondu hors délai et n'ont pas pu être pris en compte dans les résultats finaux de l'étude en raison de la validité du questionnaire en ligne dont l'accès était limité dans le temps. Au total, l'analyse des résultats comportait quinze questionnaires (n=15).

### 6.2.2 Synthèse des résultats

Les tableaux 7a et 7b présentent l'existence ou non d'une prise en charge diététique des patientes souffrant d'AM dans les différents établissements, ainsi que la synthèse des actions nutritionnelles et diététiques effectuées lors d'une prise en charge. Les différents paramètres mis en évidence dans le tableau correspondaient aux étapes du PSN, qui avaient également été utilisés lors de la construction du questionnaire. Les établissements en couleur sont les deux lieux de soins spécialisés dans la prise en charge des TCA.



Tableau 7a : Prises en charge diététique recensées dans l'enquête par questionnaire

<b>Etablissement</b>	<b>Numéro de questionnaire</b>	<b>Prise en charge diététique</b>	<b>Evaluation nutritionnelle</b>	<i>Histoire alimentaire</i>	<i>Mesures anthropométriques</i>	<i>Données biochimiques et procédures d'examens cliniques</i>	<i>Signes physiques axés sur la nutrition</i>	<i>Antécédents</i>
<b>HUG</b>	1	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Riviera-Chablais</b>	2	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>La Côte</b>	3	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
<b>Jura</b>	4	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>HUG Beau séjour</b>	5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>HNE</b>	6	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Delémont</b>	7	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>CHUV</b>	8	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Belmont</b>	9	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
<b>Aigle</b>	10	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
<b>Saint-loup (ABC)</b>	11	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>HNE</b>	12	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>EOC</b>	13	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
<b>EOC</b>	14	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Stadtspital Zürich</b>	15	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

Tableau 7b : Prises en charge diététique recensées dans l'enquête par questionnaire

Etablissement	Numéro de questionnaire	Diagnostic nutritionnel	Intervention nutritionnelle	Provision d'aliments /nutriments	Coordination des soins nutritionnels
HUG	1	Oui	Oui	Oui	Oui
Riviera-Chablais	2	Oui	Oui	Oui	Oui
La Côte	3	Non	Non	Non	Oui
Jura	4	Oui	Oui	Oui	Oui
HUG Beau séjour	5	Oui	Oui	Oui	Oui
HNE	6	Oui	Oui	Oui	Oui
Delémont	7	Oui	Oui	Oui	Oui
CHUV	8	Oui	Oui	Oui	Oui
Belmont	9	Oui	Oui	Oui	Oui
Aigle	10	Oui	Oui	Oui	Oui
Saint-loup (ABC)	11	Oui	Oui	Oui	Oui
HNE	12	Oui	Oui	Oui	Oui
EOC	13	Non	Oui	Oui	Oui
EOC	14	Oui	Oui	Oui	Oui
Stadtspital Zürich	15	Oui	Oui	Oui	Oui

Les tableaux 8a et 8b mettent en évidence d'autres données considérables récoltées via les questionnaires telles que l'utilisation ou non de recommandations, protocoles et manuel de diagnostic ; la considération des autres professionnels de santé ; la participation à d'autres formations en lien avec la prise en charge des TCA ; le ressenti individuel face à la prise en charge de l'AM, ainsi que les besoins identifiés par les diététiciennes.

Le tableau 8a nous permet de constater que seuls 60% des questionnaires (n=9) ont fait ressortir l'utilisation de recommandations lors de la prise en charge de l'AM et, qu'un seul établissement a dit se référer à un protocole local de prise en charge. On constate également qu'au sein d'un même groupe hospitalier (HNE), les recommandations utilisées semblent différentes selon les diététiciennes.

Les colonnes « formation complémentaire » et « ressenti individuel/compétences » des tableaux 8a et 8b permettent de mettre en évidence une corrélation entre la participation à une formation complémentaire en lien avec les TCA et le niveau de confort dans la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM. Les items « ressenti individuel/compétences » concernent les questions suivantes : « vous sentez-vous à l'aise face à une patiente souffrant d'AM ? » et « pensez-vous avoir les compétences pour prendre en charge ces patientes ? ». Les personnes ayant suivi une formation complémentaire semblaient être plus à l'aise dans ce type de prise en charge et considèrent avoir les compétences nécessaires.

Les raisons invoquées par lesquelles les diététiciennes qui pensaient manquer de compétences et ne se sentaient pas à l'aise avec la prise en charge de l'AM étaient que cette maladie appartient au domaine de la psychiatrie et qu'il s'agit d'une maladie complexe. Certaines diététiciennes disaient se sentir à l'aise pour la gestion de la renutrition, mais moins avec les aspects psychiatriques.

Finalement, la dernière colonne du tableau 8b présente les besoins identifiés par les diététiciennes des différents établissements. Il en ressort qu'une collaboration interprofessionnelle plus étroite ainsi que des formations complémentaires en lien avec la prise en charge des TCA étaient un manque ressenti par la quasi majorité des diététiciennes ayant répondu au questionnaire.

Tableau 8a : Autres données recensées dans l'enquête par questionnaire

Etablissement	Numéro de questionnaire	Recommandations	Protocole dans l'établissement	Référentiel de diagnostic	Considération de la part des autres professionnels
HUG	1			Non	Oui
Riviera-Chablais	2			Oui ; PSN	Oui
La Côte	3			Non	Oui
Jura	4	Guidelines		Oui ; score nutritionnel	Oui
HUG Beau séjour	5	SFNEP		Oui	Oui
HNE	6			Oui ; document interne	Oui
Delémont	7	Protocole CHUV		Oui ; TIND et DRG	Oui
CHUV	8	HAS	Oui	Oui ; Waterlow	Oui
Belmont	9	Fairburn		Non	Oui
Aigle	10	Up to date		Oui ; DSM-IV	Oui
Saint-loup (ABC)	11	HAS, NICE, ESPEN, journals		Oui ; OMS	Oui
HNE	12	HAS		Oui ; document interne	Oui
EOC	13	ENES		Non	Oui
EOC	14			Non	Oui
Stadtspital Zürich	15			Oui ; PSN	La plupart du temps

Tableau 8b : Autres données recensées dans l'enquête par questionnaire

Etablissement	Numéro de question-naire	Formation complémentaire (FC)	Ressenti individuel/ compétences	Besoins
HUG	1		Peu à l'aise / Non	
Riviera-Chablais	2	FC TCA	Moyennement à l'aise / Moyennement	Outils de psychologie, méthodes d'éducation thérapeutique
La Côte	3		Moyennement à l'aise/ Moyennement	
Jura	4		Peu à l'aise / Moyennement	Formation complémentaire
HUG Beau séjour	5		Peu à l'aise / Moyennement	
HNE	6	CAS ET FC	A l'aise / Oui	Davantage de collaboration avec soignants/médecins, cadre plus approprié pour les repas
Delémont	7		A l'aise / Moyennement	Personne de référence
CHUV	8		A l'aise / Oui	Formation complémentaire
Belmont	9		Très à l'aise / Oui	
Aigle	10		Moyennement à l'aise/ Moyennement	
Saint-loup (ABC)	11	FC TCA EPFL	Très à l'aise / Oui	Partage interprofessionnel
HNE	12		A l'aise / Oui	Equipe, guidelines, échanges, animations, médecin spécialisés, cadre plus adéquat
EOC	13	FC	Moyennement à l'aise / Oui	
EOC	14	FC	Très à l'aise / Oui	
Stadtspital Zürich			Peu à l'aise / Oui	Outils de psychologie, équipe interdisciplinaire

## 6.2 Résultats de la comparaison entre revue et questionnaires

Les tableaux 9a et 9b illustrent la comparaison entre les résultats obtenus à l'aide des questionnaires concernant la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM en Suisse, avec les recommandations de l'ADA, la DAA et l'AFDAS/TCA-HAS que nous avons exposées en détails au point 6.1 (résultats de la revue de littérature).

Les recommandations de l'AFDAS/TCA-HAS étaient riches et complètes, et englobaient la prise en charge de l'AM dans son ensemble. Bien que la prise en charge nutritionnelle était très détaillée, il n'est pas précisé que c'est à la diététicienne de la mener. Le document s'adresse à l'ensemble des soignants pouvant être confrontés à cette pathologie complexe. Ainsi nous avons recensé les actions nutritionnelles pouvant être réalisées par la diététicienne, que nous avons ensuite structurées selon le PSN.

Le questionnaire étant déjà structuré selon le PSN, nous avons repris les différents items que nous avons fait figurer dans le tableau ou non selon leurs taux de fréquence dans les réponses des diététiciennes interrogées. Si l'item était présent chez plus de la moitié des répondants (= >50%), il a été retenu dans le tableau.

La dernière colonne du tableau ci-dessous représente un aperçu des actions que les diététiciennes de Suisse ont dit effectuer en milieu hospitalier. A première vue, elles correspondaient aux recommandations analysées, toutefois, ces actions n'étaient pas effectuées par l'ensemble des diététiciennes interrogées.

Tableau 9a : comparaison des résultats

	ADA / DAA	AFDAS-TCA/HAS	Questionnaires
<b>Evaluation</b>			
<i>Histoire alimentaire</i>	Apports	Apports	Apports
	Connaissances et croyances		Connaissances et croyances
	Activité physique	Activité physique	Activité physique
	Qualité de vie	Qualité de vie	Qualité de vie
	Symptômes liés au comportement	Symptômes liés au comportement	Symptômes liés au comportement
	Antécédents	Antécédents	Antécédents
<i>Mesures anthropométriques</i>	Poids	Poids	Poids
	Taille	Taille	Taille
	IMC	IMC	IMC
	Histoire pondérale	Histoire pondérale	Histoire pondérale
<i>Données biochimiques, procédures et examens cliniques</i>	Résultats des données de laboratoires	Résultats des données de laboratoires	Résultats des données de laboratoires
	Résultats des examens cliniques		Résultats des examens cliniques

<i>Signes physiques axés sur la nutrition</i>	Apparence		Apparence
	Fonte musculaire	Fonte musculaire	Fonte musculaire
	Perte tissu adipeux		Perte tissu adipeux
	Etat de la peau, cheveux et ongles	Etat de la peau, cheveux et ongles	Etat de la peau, cheveux et ongles
<b>Diagnostic nutritionnel</b>	Selon le PSN	Aucun	Non



Tableau 9b : comparaison des résultats

	ADA / DAA	AFDAS-TCA/HAS	Questionnaires
<b>Intervention</b>			
<i>Apport en aliments et nutriments</i>	Calcul des besoins		Calcul des besoins
	Adaptation des apports	Adaptation des apports	Adaptation des apports
	Normalisation des sensations alimentaires	Normalisation des sensations alimentaires	
	Surveiller prise pondérale et SRI	Surveiller prise pondérale et SRI	Surveiller prise pondérale et SRI
<i>Education nutritionnelle</i>	Education thérapeutique		
	Physiologie de la prise pondérale		
	Eventuellement plan alimentaire qualitatif		
<i>Counseling nutritionnel</i>	Outils : changement, EM, TCC	Outils : EM	
	Engagement thérapeutique		
	Soutien psychologique patiente et famille		
		Association d'une psychothérapie à la renutrition	

<i>Coordination des soins nutritionnels</i>	Information aux autres soignants		Information aux autres soignants
	Sensibilisation des soignants		Sensibilisation des soignants
	Transmission		Transmission
	Collaboration		Collaboration

## 7. Discussion

Le but de ce Travail de Bachelor était d'établir des perspectives destinées aux diététiciennes diplômées de Suisse romande pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de patientes atteintes d'AM, en milieu hospitalier.

La question de recherche était la suivante : **quel est le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'anorexie mentale en milieu hospitalier ?**

La discussion permet d'aborder les principaux résultats issus de la revue de littérature narrative et de l'enquête par questionnaire, afin de les mettre en perspective avec d'autres références de littérature.

### 7.1 Discussion de la revue de littérature

#### 7.1.2 Interprétation des résultats

Sur les huit articles de recommandations retenus, deux concernaient la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM, destinée aux diététiciennes (ADA et DAA). Les six autres articles de recommandations concernaient la prise en charge globale de la pathologie. On constate que la diététicienne est citée dans chacune de ces recommandations, mais que ses actions sont détaillées à différents niveaux de précision. Ces documents permettent de mettre en évidence que beaucoup d'actions nutritionnelles qui entrent dans le champ de compétences et connaissances de la diététicienne sont mentionnées, mais que le rôle de la diététicienne n'est pas défini, sauf pour les documents directement issus d'associations professionnelles de diététiciennes.

#### **Recommandations générales**

Les recommandations sur la prise en charge générale de l'AM n'accordent pas toutes la même importance à la nutrition, et à la diététicienne.

Concernant la réhabilitation nutritionnelle, cette dernière est souvent explicitée, contrairement aux autres actions relatives à la diététique telles que le soutien et l'accompagnement psychologique qui ne sont pas détaillées, voire mentionnées. Jáuregui-Lobera et Bolaños-Ríos (56) relèvent ceci en disant que dans la littérature, les aspects diététiques et nutritionnels sont abordés en surface, et que seules des

recommandations « basiques » sur la gestion des apports alimentaires des patientes sont disponibles. Certaines recommandations comme celles de NICE et RANCZP précisent que la réhabilitation nutritionnelle ne doit pas être considérée comme unique composante à la prise en charge.

Le rôle de la diététicienne est différemment abordé selon les recommandations en question. Celles de l'AFDAS/TCA-HAS détaillent les actions propres à la réhabilitation nutritionnelle, sans préciser qu'un grand nombre de ces interventions peuvent être effectuées par une diététicienne. Au contraire, les actions nutritionnelles décrites dans le tableau 6 des résultats font partie de l'évaluation clinique, où il est précisé que seule l'évaluation des ingesta relève des compétences d'un « diététicien expérimenté ». Pour les autres données relevant de l'évaluation nutritionnelle selon le PSN, il n'est pas spécifié qu'il est du ressort de la diététicienne de s'en occuper (16). Les recommandations de la NHS détaillent dans une annexe le rôle de la diététicienne dans le traitement des TCA, en valorisant la diversité de ses compétences et connaissances. L'éducation nutritionnelle est également argumentée, en considérant la préoccupation face à la nourriture observable chez des patientes atteints de TCA qui est une problématique majeure (52). D'autres recommandations restent vagues ; l'APA par exemple mentionne la présence d'une diététicienne pour le conseil nutritionnel ou le choix des repas, sans l'impliquer davantage (50). NICE définit le conseil diététique dans le glossaire en toute fin de document, en précisant qu'il ne s'agit pas d'une intervention bien détaillée, dont les pratiques sont très variables (53). Les recommandations du RCPL, bien qu'elles soient spécifiques à la prise en charge nutritionnelle de l'AM, ne mentionnent le rôle de la diététicienne qu'une seule fois (55).

Bien que les recommandations ne spécifient pas systématiquement le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM, sa présence nous semble nécessaire. En plus de son large champ de compétences et connaissances, Cockfield et Philpot (9) affirment que les diététiciennes peuvent prendre une place dans le soutien de la patiente, par rapport à la prise pondérale et la normalisation des comportements alimentaires. Les auteurs soulignent également le manque de recherche sur les interventions nutritionnelles en lien avec l'AM (9). Ce manque de définition du rôle de la diététicienne identifié dans la littérature peut être mis en lien avec l'interdisciplinarité. Cette dernière est indispensable à une prise en charge optimale de l'AM (34). Chaque professionnel a un champ d'action et de compétences bien défini sans toutefois avoir une connaissance approfondie du domaine d'action des autres professionnels lors de cette prise en charge. De ce fait, la diététicienne se doit de valoriser ses compétences auprès des autres professionnels afin

de renforcer l'interdisciplinarité et ainsi son rôle ; son champ d'action étant primordial dans cette prise en charge.

### **Recommandations des associations professionnelles de diététiciennes**

Les associations professionnelles américaines et australiennes (ADA et DAA) mettent au cœur de leurs recommandations le large champ de connaissances et compétences qu'a la diététicienne pour une prise en charge optimale de l'AM (37,51). Selon Cockfield et Philpot (9), les diététiciennes ont un mélange unique de compétences et connaissances dans de nombreux domaines incluant la nutrition, physiologie, psychologie, sociologie et le changement de comportement, qui peuvent être appliquées dans le soutien de patientes autour des pensées et comportements relatifs à la nourriture, le poids, et l'appétit (traduction libre). De plus, la prise en charge comprend aussi le travail d'éducation et de counseling nutritionnels comme la physiologie de la nutrition et de la prise de poids ou le soutien psychologique et autres techniques d'éducation nutritionnelle (37,51) La DAA souligne également l'importance de définir ses limites, en citant des aspects qui ne relèvent pas du rôle de la diététicienne (51). Il est intéressant de constater que pour définir un rôle, cela passe aussi par la reconnaissance de ses limites.

Ces deux associations encouragent la supervision par des spécialistes des TCA, ainsi que la participation à des projets de formation et de développement professionnel sur le thème (37,51). Hart et al. (8) mentionnent l'importance pour les diététiciennes de s'impliquer dans la recherche et l'évaluation des pratiques en lien avec les TCA. Ces recommandations abordent également d'autres composantes plus techniques relevant du rôle de la diététicienne, comme la mesure de la composition corporelle. Selon Mika et al. (57), la bioimpédancemétrie semble être un outil utile dans la réhabilitation et l'évaluation nutritionnelles pour l'AM; cet outil fait partie de l'apprentissage dans la formation en nutrition et diététique suisse. Ceci illustre une nouvelle compétence nécessaire qu'ont les diététiciennes en lien avec l'AM.

Ainsi, on établit le constat que la réhabilitation nutritionnelle est présente dans l'ensemble des recommandations générales, et que de nombreuses actions relatives à la diététique sont recommandées, sans pour autant définir la diététicienne comme responsable de ces actions. Les recommandations d'associations professionnelles de diététiciennes quant à elles permettent de reconnaître ces actions comme faisant partie du champ de compétences des diététiciennes.

### 7.2.2 Limites, biais et points forts

Bien que nous recherchions des recommandations de pratique clinique, certains articles retenus comme les recommandations du RCPL mentionnent que les faits relèvent plutôt de positions et perspectives, que de recommandations définitives (55). Nous les avons quand même incluses en vue de leur utilité pour notre comparaison et analyse. Les recommandations retenues concernaient des groupes reconnus, et le fait de ne pas inclure de protocoles locaux propres à des établissements renforce la validité des recommandations étudiées.

Rappelons que ce Travail de Bachelor comporte une revue narrative, type de revue étant définie comme une « synthèse d'études originales qui n'ont pas été répertoriées ou analysées de façon systématique, c'est-à-dire standardisée et objective » (58) ; la sélection des articles s'est faite selon les éléments permettant de répondre au mieux à la question de recherche.

Une limite à cette revue concerne les langues ; seuls des articles en anglais et français ont été retenus. Il existe alors certainement d'autres recommandations, notamment en allemand car dans l'enquête par questionnaire, une diététicienne tessinoise a mentionné suivre des recommandations en allemand de l'ENES (Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz), que nous n'avions pas incluses dans notre analyse.

## 7.2 Discussion de l'enquête par questionnaire

### 7.2.1 Interprétation des résultats

Sur les vingt-quatre établissements où les questionnaires ont été envoyés par e-mail, quinze questionnaires ont été remplis, récoltés et analysés. Soixante-six pourcent (n=10) des questionnaires ont répondu favorablement à l'existence d'une prise en charge diététique de l'AM. Soixante pourcent des établissements (n=9) utilisent des recommandations lors de leur prise en charge et seul un établissement se réfère à un protocole local de prise en charge (n=1). Les réponses aux questionnaires ont également permis de mettre en évidence différents besoins identifiés par les diététiciennes tels que des formations complémentaires en lien avec les TCA et une étroite collaboration avec l'équipe soignante lors de ce type de prise en charge.

### **Rôle de la diététicienne peu défini**

L'ensemble des questionnaires récoltés nous a permis d'identifier les différentes interventions nutritionnelles réalisées par les diététiciennes en Suisse, dans la prise en charge de l'AM en milieu hospitalier. La vue d'ensemble des résultats de l'enquête par questionnaire permet de mettre en évidence que les réponses ne sont pas uniformes au niveau des actions nutritionnelles.

### **Manque de protocole**

Les établissements hospitaliers semblent manquer de protocole de prise en charge permettant aux diététiciennes d'organiser leur intervention de manière structurée et en adéquation avec celle des autres professionnels de santé. En effet, seul un établissement disposait d'un protocole interne. Le rôle de la diététicienne n'étant pas précisément défini, un protocole de prise en charge permettrait également aux diététiciennes de mieux percevoir leur place dans la prise en charge globale de l'AM ainsi que de justifier leurs interventions. Selon Mittnacht et Bulik (43), une prise en charge nutritionnelle et diététique est optimisée et facilitée si elle est basée sur des données probantes et ce, dans l'avantage du soignant et de la patiente.

### **Peu de recommandations utilisées**

La majorité des diététiciennes ne se réfèrent pas ou peu à des recommandations concernant la prise en charge de l'AM. Les recommandations utilisées sont des recommandations générales et non spécifiques à la prise en charge diététique et nutritionnelle telles que celles trouvées sur des sites de référencement (« UpToDate ») ou concernant uniquement la renutrition (ESPEN, SFNEP). Selon l'ADA (37), il est nécessaire que les diététiciennes basent leur prise en charge sur des recommandations fiables et qu'elles participent activement à la recherche et l'actualisation de leurs connaissances.

### **Orientation de prise en charge vers la réhabilitation nutritionnelle**

La prise en charge des diététiciennes semble concerner presque uniquement la réhabilitation nutritionnelle et non l'éducation nutritionnelle ou le counseling nutritionnel. Cela peut être lié au fait que la plupart des questionnaires ont été envoyés dans des lieux de soins aigus où la réhabilitation nutritionnelle est la priorité de la prise en charge. Rappelons que ceci ressort également dans les recommandations identifiées dans la revue de littérature et permet de constater que très peu de diététiciennes se sentent compétentes et à l'aise dans la prise en charge thérapeutique de l'AM. Notons que seuls

les établissements spécialisés en TCA ou les diététiciennes ayant fait des formations complémentaires disent pratiquer les repas thérapeutiques, qui représentent une intervention nutritionnelle regroupant à la fois l'éducation et le counseling nutritionnels.

### **Prise en charge facilitée par les formations complémentaires**

Les diététiciennes semblent être plus à l'aise dans la prise en charge de ce type de patientes lorsqu'elles ont suivi une formation complémentaire en lien avec les TCA ; ou si elles exercent dans un lieu de soins spécialisé où leur rôle ainsi que les actions nutritionnelles sont mieux définis. La plupart des diététiciennes semblent nécessiter des ressources supplémentaires afin de faciliter leur prise en charge et se sentir mieux armées face à cette pathologie complexe. Là encore, un protocole de soin ainsi qu'une formation permettant aux diététiciennes de cibler leur prise en charge selon des recommandations fiables semblent être des outils manquants dans les différents établissements. Ceux-ci permettraient également aux diététiciennes de mieux définir leur implication dans la prise en charge de patientes souffrant d'AM et d'orienter leurs interventions de manière probante, leur permettant ainsi de se sentir plus compétentes face à ce type de prise en charge.

### **Besoins identifiés par les diététiciennes**

Les diététiciennes des différents établissements semblent manquer d'une collaboration plus étroite avec les autres professionnels de santé et de moments d'échanges consacrés à ce type de prise en charge. Une personne ressource permettant de les guider dans leurs interventions serait également un atout dans les différents services, ainsi que des protocoles de soins et des outils spécialisés. Finalement, les diététiciennes semblent trouver le cadre hospitalier peu propice à ce type de prise en charge par le peu de temps consacré aux patientes ainsi que le manque d'activités liées au traitement de la pathologie tels que les repas thérapeutiques.

#### **7.2.2 Limites, biais et points forts**

Lors de la réalisation de ce travail, il n'était pas envisageable de récolter les données de l'ensemble des hôpitaux de Suisse romande. L'état des lieux concerne donc un sous-échantillon d'établissements et il est impossible de prouver sa représentativité au niveau méthodologique. Toutefois, la récolte de donnée est représentative au niveau géographique et nous permet de considérer les résultats obtenus.



Les données récoltées via notre questionnaire sont des données sensibles et il est difficile d'évaluer l'implication des diététiciennes qui ont répondu aux questions. Certaines réponses ont été plus détaillées que d'autres selon les participantes et certaines informations ont pu être oubliées ou négligées comme l'aspect éducationnel qui ne figurait pas dans les questions, ou d'autres éléments auxquels nous n'aurions pas pensé, et donc pas donné la possibilité d'y répondre dans le questionnaire. L'enquête par questionnaire nécessitait trente minutes pour y répondre de manière précise et complète. On peut imaginer que toutes les diététiciennes ne disposaient pas forcément de ce temps. Ceci peut être considéré comme une limite.

Le questionnaire permettait aux diététiciennes d'ajouter des commentaires personnalisés mais cette possibilité a peu été exploitée. Nous pouvons donc imaginer que d'autres informations auraient pu compléter nos résultats si les questionnaires avaient été réalisés en « face à face ». Ceci n'était cependant pas réalisable dans ce travail par manque de temps et constitue une limite.

Dans certains établissements, plusieurs diététiciennes se sont regroupées pour répondre à un seul questionnaire, ceci nous permet d'imaginer que les données obtenues représentent un consensus et donc un échantillon plus grand, mais cependant, difficilement estimable.

Certains établissements ne nous ont pas avisées lors de l'entretien téléphonique qu'ils ne recevaient jamais ce type de patiente ; ils ont donc été inclus dans l'étude alors que d'autres avaient été exclus pour cette même raison. Ceci constitue donc un biais de sélection.

Un établissement a mentionné que la diététicienne participait à la prise en charge des patientes souffrant d'AM. Toutefois, les réponses aux questions montrent qu'aucune des actions nutritionnelles proposées dans nos choix de réponse n'a été sélectionnée. Ceci peut suggérer que le rôle de la diététicienne ne concerne ni la réhabilitation nutritionnelle ni l'éducation ou le counseling nutritionnels, mais la commande de repas spéciaux, ou encore que le questionnaire a été fait rapidement ; cela reste une interprétation.

Nous avons inclus la Suisse allemande et italienne dans ce travail bien que la formation ne soit pas assurément identique dans toutes les parties la Suisse, et qu'il n'y ait pas de programme de formation commun. Les résultats de notre travail s'adressent alors de préférence à la Suisse romande. Il est cependant intéressant d'avoir intégré la vision des

différentes parties de la Suisse dans le projet de l'élaboration de perspectives de prise en charge.

Les résultats de la revue de littérature ayant souligné l'importance d'intégrer l'éducation et le counseling dans la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM, des données concernant ces angles de prise en charge se sont avérées manquantes lors de l'interprétation des résultats. Ceci est dû au fait que lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons mis l'accent sur la réhabilitation nutritionnelle, et que les aspects liés à l'éducation et au counseling sont ressortis plus tard dans l'analyse, grâce à la littérature.

Notre questionnaire ayant été réalisé selon le PSN, ceci constitue une force pour l'interprétation de nos résultats. Le PSN étant un outil permettant l'uniformisation des pratiques et terminologies diététiques (49), il nous a permis de structurer nos questions concernant les étapes importantes de la prise en charge diététique. De plus, notre questionnaire a été approuvé par nos directrices de travail de Bachelor.

## 7.3 Synthèse de la discussion

### 7.3.1 Interprétation des résultats

Lors de la comparaison entre certaines recommandations issues de la littérature, et l'enquête par questionnaire, on constate que la grande majorité des actions propres à la diététicienne définie par des recommandations issues d'associations professionnelles (ADA et DAA) sont effectuées par les diététiciennes interrogées de Suisse. Les recommandations de l'AFDAS-TCA/HAS mentionnent l'importance de ces actions dans la prise en charge nutritionnelle de l'AM, sans préciser qu'il est du ressort de la diététicienne de les effectuer.

#### **Uniformisation des pratiques**

Malgré le fait qu'au moins la moitié des diététiciennes interrogées soient amenées à faire la plupart des actions nutritionnelles investiguées dans l'enquête par questionnaire, il est possible que le niveau perçu de confort et de compétences influence l'implication des diététiciennes dans leurs interventions nutritionnelles. En effet, les diététiciennes se sentant moins à l'aise seraient celles qui n'ont pas de formation complémentaire ou une moindre expérience avec les TCA. Ceci peut être mis en lien avec le fait que la plupart des recommandations analysées, comme par exemple celles de l'APA (50),

recommandent à tout professionnel de prendre connaissance du fonctionnement de l'AM, ses répercussions ainsi que les différents aspects du traitement.

Les besoins exprimés par les diététiciennes montrent qu'elles manquent également de ressources et de fil conducteur. Bien que toutes ces actions soient possibles, rappelons que la majorité des diététiciennes interrogées ne travaillent pas dans un lieu spécialisé dans les TCA, et que ces interventions se font de manière aléatoire. De plus, lorsque plusieurs diététiciennes ont répondu séparément pour un même établissement, les pratiques recensées différaient pour certains aspects tels que les recommandations utilisées.

Les recommandations de l'AFDAS-TCA/HAS illustrent l'importance de la prise en charge nutritionnelle de l'AM, mais également le manque d'uniformisation. Ce manque de consensus ressort également dans la littérature. Hart et al. (59) parlent d'un « besoin urgent » pour la recherche dans le domaine de l'AM afin d'améliorer la prise en charge hospitalière et la prise de décisions d'un point de vue de la réhabilitation nutritionnelle (traduction libre). L'AFDAS-TCA/HAS précise également l'importance d'un panel de professionnels dont la diététicienne en lien avec une optimisation du traitement, dans tous lieux de soins y compris ceux non spécialisés dans la prise en charge des TCA (16).

### **Confirmation des hypothèses**

Les différents éléments issus de cette discussion permettent la confirmation des hypothèses de départ.

- a) La diététicienne a un rôle important et indispensable dans la prise en charge de l'AM, et ses actions font partie d'un enjeu majeur dans la prise en charge de l'AM : la réhabilitation nutritionnelle.
- b) Ce rôle englobe les différentes étapes du PSN, que nous avons utilisé comme fil conducteur et comme structure du fait que nous faisons partie de la première volée en Suisse à utiliser ce processus de soins de façon systématique durant la formation Bachelor en Nutrition et diététique.
- c) Au niveau international, ce rôle n'est pas clairement défini et uniforme dans la littérature, à l'exception des recommandations issues d'associations professionnelles de diététiciennes.

- d) En Suisse, la pratique hospitalière des diététiciennes diffère selon les établissements et les soignantes, bien que les points-clés de la réhabilitation nutritionnelle soient dans l'ensemble effectués. Par ailleurs, il a été clairement identifié grâce à l'enquête par questionnaire que des recommandations de pratique clinique ne sont pas systématiquement utilisées et ne proviennent pas des mêmes sources.
- e) Finalement, on constate qu'en Suisse, la diététicienne s'implique différemment dans cette prise en charge, ce qui peut être mis en lien avec le manque ressenti de ressources et de compétences.

### 7.3.2. Limites, biais et points forts

Il est important de prendre en compte la subjectivité de la comparaison entre les recommandations et les résultats de l'enquête par questionnaire qui vise la mise en visibilité de certains aspects et non le détail de chaque action nutritionnelle effectuée par les diététiciennes. Une limite constatée lors de la réalisation de ce travail relève du fait que l'élaboration du questionnaire s'est faite préalablement aux résultats de la revue de la littérature. En effet, certains items importants mis en évidence par les résultats de la revue de littérature ne figurent pas dans le questionnaire, comme l'éducation et le counseling nutritionnels.

Notons le point fort du Travail de Bachelor dans son ensemble qui a permis la confirmation des hypothèses de départ.

## 8. Perspectives

Notre travail a permis de constater le manque d'uniformisation des pratiques dans la prise en charge de l'AM. Ce manque de consensus est un besoin ressenti à la fois à travers la littérature et aussi par les diététiciennes travaillant en milieu hospitalier, en Suisse. Ce besoin peut être amélioré par la définition du rôle de la diététicienne. Selon l'ADA, la définition de ce rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire permet une prise en charge favorable et basée sur des preuves de l'AM, et des TCA en général (37).

Ce Travail de Bachelor a permis l'identification des aspects importants de la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM, ainsi que la création d'un rapport où figure l'ensemble de ces aspects. Ce rapport est disponible en annexe III.

Bien que nos résultats aient permis d'identifier le besoin d'un protocole au sein des établissements, il n'était pas réalisable d'en créer un dans le cadre de ce travail. Le rapport issu du travail est donc une synthèse de pistes pour l'élaboration d'un éventuel protocole propre à la pratique hospitalière, pouvant néanmoins s'élargir à une pratique ambulatoire en ce qui concerne l'évaluation, l'éducation et le counseling nutritionnels. De plus, certains aspects de la prise en charge de l'AM sont également applicables à d'autres TCA, au vu du regroupement de ces troubles identifié dans la littérature. Le rapport s'est construit selon la synthèse des recommandations de l'ADA, DAA, et AFDAS-TCA/HAS. Les autres recommandations analysées dans ce travail proposent parfois d'autres indicateurs ou valeurs pour l'intervention nutritionnelle ; ces éléments complémentaires figurent dans l'annexe IV. S'y sont ajoutés les sujets importants permettant la compréhension de la maladie et la nécessité de l'intervention nutritionnelle.

Notons que dans les recommandations de pratique clinique comme celles de NICE, il est précisé qu'il ne faut pas négliger l'individualité de chaque patiente et de chaque contexte de soins ; les recommandations citent également l'importance de l'aspect organisationnel des soins qui serait presque aussi important que le traitement apporté (53).

Les limites liées à ce travail permettent l'identification de perspectives de recherches plus approfondies. Il serait pertinent de s'intéresser à la disparité au sein d'un même établissement ainsi qu'aux actions relevant de la psychologie qui font partie du rôle de la diététicienne, comme l'éducation et le counseling nutritionnels. Le dépistage et le référencement sont également des composantes essentielles à une prise en charge optimale des TCA, ce qui selon Watson et Bulik améliorerait le pronostic de l'AM (60).

## 9. Conclusion

L'AM est une pathologie complexe comportant plusieurs axes de traitement, dont la réhabilitation nutritionnelle. Ce travail a permis de mettre en évidence l'importance du rôle de la diététicienne dans la prise en charge de cette maladie. Nous avons identifié les différentes actions nutritionnelles et diététiques nécessaires lors du traitement de l'AM, et les avons mises en lien avec le champ de compétences des diététiciennes. En effet, un manque de consensus et d'uniformisation des pratiques diététiques est ressorti à la fois dans les recommandations de prise en charge de la pathologie, et également dans l'enquête par questionnaire réalisée en Suisse.

Le caractère novateur de ce Travail de Bachelor a pu souligner ce manque de consensus, qui peut constituer une entrave à une prise en charge optimale de l'AM. Il ressort également que l'interdisciplinarité, qui passe par la connaissance du rôle de chaque professionnel, est un aspect essentiel lors du traitement de la maladie. De ce travail découlent de nouvelles perspectives de recherches, visant à mieux définir le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM et son importance.

Le rapport de pistes de prise en charge destiné aux diététiciennes de Suisse romande pratiquant en milieu hospitalier devrait donner un fil conducteur à la prise en charge diététique et nutritionnelle, et représente une synthèse visant l'uniformisation des pratiques. Ce rapport est à considérer comme un guide, qui doit être adapté à chaque patiente dans son contexte.

Ce travail nous a permis de prendre la posture d'une personne ressource en nutrition et diététique, et résulte des compétences acquises durant nos trois années de formation Bachelor.

## 10. Remerciements

Nous remercions nos directrices de Travail de Bachelor, Mesdames Isabelle Carrard et Aline Robert Cornide. Nous sommes très reconnaissantes pour le temps qui nous a été consacré, et il a été un plaisir pour nous de réaliser ce travail sous leur supervision.

Nous remercions également toutes les personnes ayant contribué à la relecture de ce travail ainsi qu'à la traduction des questionnaires ; Mesdames Audrey Bürki Foscini, Monique Bürki, Flurina Bürki, Christine Magistrale et Messieurs Samuel Bürki et Bernard Sulliger.

Finalement, nous sommes particulièrement reconnaissantes envers Florian et Elvis qui nous ont soutenues durant ces trois années d'études et la réalisation de ce Travail de Bachelor.

## 11. Liste de références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5). Paris: Elsevier Masson; 2015.
2. CIM-10/ICD-10 : Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement , Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic. (S.I.). Elsevier Masson; 1993.
3. Schnyder U, Milos G, Meichun Mohler-Kuo, Dermota P. Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz [En ligne]. 2012 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/13287/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=fr)
4. Wittchen H, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. J Eur Coll Neuropsychopharmacol. 2011;21(9):655–79.
5. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry. 2002;159(8):1284–93.
6. Currie C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey [En ligne]. 2012 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: <http://www.euro.who.int/en/countries/armenia/publications/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>
7. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 2001;24(2):201–214.
8. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc. 2011;24(2):144–53.
9. Cockfield A, Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. Proc Nutr Soc. 2009;68(3):281–8.
10. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Argumentaire [En ligne]. 2010 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
11. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. The Lancet. 2003;361(9355):407-16.
12. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. Int J Eat Disord. 2002;31(2):191-201.



13. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(11):704-7.
14. Simon Y. Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme.* 2007;21(4):137-42.
15. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61(3):348-58.
16. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations. [En ligne]. 2012 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)
17. Bakalar JL, Shank LM, Vannucci A, Radin RM, Tanofsky-Kraff M. Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(6):1-10.
18. Perroud A. Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie. Lausanne: Favre; 2000.
19. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2002;128(5):825-48.
20. Blowers LC, Loxton NJ, Grady-Flessner M, Occhipinti S, Dawe S. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eat Behav.* 2003;4(3):229-44.
21. Rousset I, Kipman A, Adès P, Gorwood P. Personnalité, tempérament et anorexie mentale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2004;162(3):180-8.
22. Perroud A. Faire face à l'anorexie: Une démarche pour guérir. Paris: Retz; 2009.
23. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* 2000;157(3):393-401.
24. Rigaud D. Conséquences métaboliques de l'AM. *Nutr Clin Métabolisme.* 2007;21(4):159-65.
25. Déchelotte P, Grigioni S, Fetissov S. Conséquences digestives de l'AM. *Nutr Clin Métabolisme.* 2007;21(4):166-71.

26. Haute Autorité de Santé - Anaes. Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés [En ligne]. 2003 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition\\_rap\\_2006\\_09\\_25\\_\\_14\\_20\\_46\\_269.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_rap_2006_09_25__14_20_46_269.pdf)
27. Encyclopédie Larousse en ligne - dénutrition [En ligne]. 2015 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: <http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/d%C3%A9nutrition/12438>
28. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Dermatologic signs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Dermatol*. 1987;123(10):1386-90.
29. Redgrave GW, Coughlin JW, Schreyer CC, Martin LM, Leonpacher AK, Seide M, et al. Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: Challenging current guidelines. *Int J Eat Disord*. 2015;n/a–n/a.
30. Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional Rehabilitation: Practical Guidelines for Refeeding the Anorectic Patient. *J Nutr Metab*. 2010;2010:1-7.
31. Lupoglazoff JM, Berkane N, Denjoy I, Maillard G, Leheuzey MF, Mouren-Simeoni MC, et al. Conséquences cardiaques de l'AM de l'adolescence. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2001;94(5):494–8.
32. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2005;37:S52-9.
33. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2008;77(2):187-95.
34. Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry*. 2009;8(3):150–5.
35. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003;67(2):297-304.
36. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. 2006;45(Pt 3):343-66.
37. American Dietetic Association. Practice Paper of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders [En ligne]. 2011 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: [http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice%20papers/practice\\_paper\\_nutrition\\_intervention.ashx](http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice%20papers/practice_paper_nutrition_intervention.ashx)

38. Rigaud D. Anorexie, boulimie et compulsions. Saint-Amand-Montrond: Marabout; 2003.
39. Keski-Rahkonen A, Raevuori A, Bulik CM, Hoek HW, Rissanen A, Kaprio J. Factors associated with recovery from anorexia nervosa: A population-based study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(2):117-23.
40. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1998;155(7):939-46.
41. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):293-309.
42. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *Int J Eat Disord*. 2000;28(2):139-47.
43. Mittnacht AM, Bulik CM. Best nutrition counseling practices for the treatment of anorexia nervosa: A Delphi study. *Int J Eat Disord*. 2015;48(1):111-22.
44. Misra M, Aggarwal A, Miller KK, Almazan C, Worley M, Soyka LA, et al. Effects of Anorexia Nervosa on Clinical, Hematologic, Biochemical, and Bone Density Parameters in Community-Dwelling Adolescent Girls. *Pediatrics*. 2004;114(6):1574-83.
45. Lucas AR, Beard M, Michael O'Fallon W, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991;148(7):917-22.
46. Whisenant SL, Smith BA. Eating disorders: current nutrition therapy and perceived needs in dietetics education and research. *J Am Diet Assoc*. 1995;95(10):1109-12.
47. Cairns J, Milne RL. Eating disorder nutrition counseling: strategies and education needs of English-speaking dietitians in Canada. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(7):1087-94.
48. Sylvester CJ, Forman SF. Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20(4):390-7.
49. Atkins M, Basualdo C, Hotson B. Perspectives canadiennes sur le processus de soins en nutrition et la terminologie internationale de diététique et de nutrition [En ligne]. 2010 [mis à jour juin 2012; consulté le 18 juin 2015]. Disponible: <http://www.dietitians.ca/Downloads/Public/NCP-and-IDNT-Statement-Fre.aspx>
50. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Thir Edition. [En ligne]. 2006 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdis](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdis)

orders.pdf

51. Dietitians Association of Australia. Eating Disorders Role Statement, Role Statement for Accredited Practising Dietitians practising in the area of Eating disorders [En ligne]. 2013 [mis à jour mars 2015; consulté le 22 juin 2015]. Disponible: <http://daa.asn.au/wp-content/uploads/2015/04/Eating-disorders-role-statement-detailed-dec-2013.pdf>
52. National Health Scotland Quality Improvement Scotland. Eating Disorders in Scotland, Recommendations for Management and Treatment [En ligne]. 2006 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible: <http://www.healthcareimprovementscotland.org/idoc.ashx?docid=1b23c5ca-def3-4d9a-a6bc-da39aae05a8e&version=-1>
53. National Institute for Clinical Excellence. Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders [En ligne]. 2004 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible: <http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/NICE%20Eating%20Disorders.pdf>
54. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2014;48(11):977–1008.
55. Royal College of Psychiatrists. Guidelines for the nutritional management of anorexia [En ligne]. 2005 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr130.pdf>
56. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nervosa. Rev Médica Chile. 2012;140(1):98–107.
57. Mika C, Herpertz-Dahlmann B, Heer M, Holtkamp K. Improvement of Nutritional Status as Assessed by Multifrequency BIA During 15 Weeks of Refeeding in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. J Nutr. 2004;134(11):3026–30.
58. HtaGlossary.net | revue narrative (n.f.) [En ligne]. 2015 [consulté le 24 juin 2015]. Disponible: [http://htaglossary.net/revue+narrative+\(n.f.\)](http://htaglossary.net/revue+narrative+(n.f.))
59. Hart S, Franklin RC, Russell J, Abraham S. A review of feeding methods used in the treatment of anorexia nervosa. J Eat Disord. 2013;1(1):36.
60. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychol Med. 2013;43(12):2477–500.

## 12. Liste bibliographique

ABA. Association Boulimie Anorexie [En ligne]. (S.l.): (s.n.); (S.d.) [consulté le 27 mai 2015]. Disponible: <http://www.boulimie-anorexie.ch/accueil.php>

AFDAS-TCA – HAS. Recommandations de bonne pratique – anorexie mentale : prise en charge [En ligne]. 2010 [consulté le 27 mai 2015]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

AFDN. Association Française des Diététiciens Nutritionnistes [En ligne]. (S.l.) : (S.d.) [consulté le 27 mai 2015].

Apfeldorfer G. Anorexie boulimie obésité. Evreux : Flammarion ; 1995.

Barras-Moret A-C, Guex E, Coti Bertrand P. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2011;25(2):86–90.

Berg K, Hurley D, McSherry J, Strange N. Les troubles du comportement alimentaire. Bruxelles : De Boeck ; 2005.

EFAD. European Federation of the Associations of Dietitians [En ligne]. (S.l.) : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 27 mai 2015]. Disponible : <http://www.efad.org/everyone>.

FNA-TCA. Fédération Nationale d'Associations TCA [En ligne]. (S.l.) : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 27 mai 2015]. Disponible : <http://www.fna-tca.fr>

Guillemot A, Laxenaire M. AM et boulimie, le poids de la culture. Paris : Masson ; 1993.

Hofer M, Pozzi A, Joray M, Ott R, Hähni F, Leuenberger M, et al. Safe refeeding management of anorexia nervosa inpatients: an evidence-based protocol. Nutrition. 2014;30(5):524–30.

Madden S, Miskovic-Wheatley J, Clarke S, Touyz S, Hay P, Kohn MR. Outcomes of a rapid refeeding protocol in Adolescent Anorexia Nervosa. J Eat Disord. 2015 ;3(8) :1-8.doi :10.1186/s40337-015-0047-1

Melchior J-C, Hanachi M, Crenn P. Quand et comment conduire une nutrition entérale au cours de l'anorexie mentale ? Nutrition Clinique et Métabolisme. 2007;21(4):201–8.

Pascal Crenn M-PV. Suivi biologique du patient en nutrition artificielle. Nutrition Clinique Et Metabolisme - NUTR CLIN METAB. 2009;23(3):149–59.

Position of the American Dietetic Association. Journal of the American Dietetic Association. 2001 Jul 1;101(7):810–9.

Quilliot D, Bachmann P, Bouteloup C, Guex E, Petit A, Thibault R et al. Questions de Nutrition Clinique de l'adulte. (S.I.) SFNEP ; 2012.

UPDLF-ASBL. Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française [En ligne]. (S.I.) : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 6 mars 2015]. Disponible : <http://updlf-asbl.be/>

## 13. Annexes

**Annexe I** Liste des établissements contactés

**Annexe II** Questionnaire envoyé aux diététiciennes

**Annexe III** Rapport de pistes de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'anorexie mentale

**Annexe IV** Informations complémentaires concernant la réhabilitation nutritionnelle

**Annexe V** Protocole du Travail de Bachelor

## Annexe I – Liste des établissements contactés

### ***Suisse romande***

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Hôpital de la Tour de Genève
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
- Hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL)
- Clinique Bois-Cerf, Lausanne
- Clinique La Source, Lausanne
- Hôpital de Nyon
- Ensemble Hospitalier de la Côte
- Hôpital Riviera Chablais, site du Samaritain, Vevey
- Hôpital Riviera Chablais, site de Monthey
- Hôpital de Sion
- Hôpital de Sierre
- Hôpital du Jura, Delémont
- Hôpital de Fribourg
- Hôpital de la Broye
- Hôpital neuchâtelois, Pourtalès
- Diététiciennes spécialisées en TCA :
  - Clinique Belmont
  - Centre vaudois anorexie boulimie, Saint-Loup

### ***Suisse allemande***

- Hôpital de Zürich
- Hôpital de Berne

### ***Suisse italienne***

#### *Groupe EOC (Ente ospedaliero cantonale)*

- Hôpital de Lugano
- Hôpital de Locarno
- Hôpital de Mendrisio
- Hôpital de Bellinzona



## Annexe II – Questionnaire envoyé aux diététiciennes

### Question 1

Dans quel établissement exercez-vous actuellement ?

*Réponse obligatoire*

### Question 2

Êtes-vous systématiquement appelé-e lors de l'entrée d'un-e patient-e souffrant d'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

☐ Oui

☐ Non

Commentaires

### Question 3

Si non, comment prenez-vous connaissance de l'arrivée d'un-e patient-e souffrant d'anorexie mentale?

### Question 4

Quelle est la durée moyenne du séjour hospitalier lors d'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

### Question 5

Combien de fois par semaine intervenez-vous auprès d'un-e patient-e souffrant d'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

☐ moins d'une fois

☐ une fois

☐ deux fois

☐ plus de deux fois

☐ jamais

☐ Autre

Commentaires

### Question 6

Basez-vous votre prise en charge sur des recommandations lors d'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

☐ Oui

☐ Non

### Question 7

Si oui, lesquelles?

**Question 8**

Existe-t'il dans votre lieu de travail, un document de prise en charge de l'anorexie mentale pour les diététicien-ne-s?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Décocher

Commentaires

**Question 9**

Lors de l'évaluation nutritionnelle, évaluez-vous l'histoire alimentaire?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 10**

Si oui, quels paramètres évaluez-vous?

- ☐ Bilan des apports  
☐ Administration d'aliments/nutriments  
☐ Utilisation de médicaments/suppléments  
☐ Connaissances et croyances sur l'alimentation  
☐ Activité physique  
☐ Qualité de vie en lien avec la nutrition  
☐ Autre

Commentaires

**Question 11**

Lors de l'évaluation nutritionnelle, évaluez-vous les mesures anthropométriques?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 12**

Si oui, quels paramètres évaluez-vous?

- ☐ Taille  
☐ Poids  
☐ BMI  
☐ Courbe staturo-pondérale  
☐ Histoire alimentaire  
☐ Histoire pondérale  
☐ Autre

Commentaires

**Question 13**

Lors de l'évaluation nutritionnelle, évaluez-vous les données biochimiques et procédures d'exams cliniques?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 14**

Si oui, quels paramètres évaluez-vous?

- ☐ Données de laboratoires  
☐ Exams cliniques  
☐ Tests en lien avec l'état nutritionnel  
☐ Autre

Commentaires

**Question 15**

Lors de l'évaluation nutritionnelle, évaluez-vous les signes physiques axés sur la nutrition?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 16**

Si oui, quels paramètres évaluez-vous?

- ☐ Apparence  
☐ Fonte musculaire  
☐ Perte du tissu adipeux  
☐ Etat de la peau, des cheveux et des ongles  
☐ Appétit  
☐ Affect  
☐ Autre

Commentaires

**Question 17**

Lors de l'évaluation nutritionnelle, évaluez-vous les antécédents?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 18**

Si oui, quels paramètres évaluez-vous?

- ☐ Antécédents personnels  
☐ Antécédents familiaux  
☐ Antécédents médicaux  
☐ Antécédents sociaux  
☐ Antécédents nutritionnels  
☐ Autre

Commentaires

**Question 19**

Posez-vous un diagnostic nutritionnel ?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 20**

Si oui, utilisez-vous un référentiel de diagnostic ?

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Décocher

Commentaires

**Question 21**

Si oui, lequel?

**Question 22**

Quelles actions nutritionnelles effectuez vous lors de votre intervention?

- ☐ Mise en place de suppléments nutritifs oraux  
☐ Mise en place d'une nutrition artificielle entérale  
☐ Mise en place d'une nutrition artificielle parentérale  
☐ Enrichissement de l'alimentation  
☐ Repas thérapeutiques  
☐ Autre

Commentaires

**Question 23**

Effectuez-vous des actions nutritionnelles propres à l'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 24**

Si oui, lesquelles?

- ☐ Rythme des pesées  
☐ Réintroduction des repas  
☐ Surveillance des électrolytes  
☐ Demande d'examens sanguins supplémentaires  
☐ Sensibilisation de l'équipe concernant le syndrome de renutrition inapproprié  
☐ Suggestion de prescription médicale de compléments alimentaires  
☐ Autre

Commentaires

**Question 25**

Avec quels professionnels de santé coordonnez-vous vos actions de soin?

- ☐ Médecin généraliste  
☐ Médecin psychiatre  
☐ Psychologue  
☐ Physiothérapeute  
☐ Infirmier  
☐ Ergothérapeute  
☐ Psychomotricien  
☐ Technicien en radiologie médicale  
☐ Autre

Commentaires

**Question 26**

Participez-vous aux colloques interdisciplinaires afin de transmettre les informations nutritionnelles concernant les patient-e-s souffrant d'anorexie mentale au reste de l'équipe soignante?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Décocher

Commentaires

**Question 27**

Votre avis est-il pris en considération par le médecin responsable des patients souffrant d'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Décocher

Commentaires

**Question 28**

Votre avis est-il pris en considération par les autres professionnels de santé?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Décocher

Commentaires

**Question 29**

Pensez-vous que votre intervention est nécessaire dans la prise en charge de l'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Décocher

Commentaires

**Question 30**

Avez-vous suivi une formation complémentaire vous aidant dans la prise en charge de l'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 31**

Si oui, laquelle ?

**Question 32**

Vous sentez-vous à l'aise face à un-e patient-e souffrant d'anorexie mentale? Pourquoi?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Très à l'aise  
☐ A l'aise  
☐ Moyennement à l'aise  
☐ Peu à l'aise  
☐ Pas à l'aise  
☐ Autre

Commentaires

**Question 33**

Pensez-vous avoir les compétences pour prendre en charge ces patient-e-s?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Moyennement

Décocher

Commentaires

**Question 34**

Pensez-vous disposer de suffisamment de ressources pour une prise en charge optimale de patient-e-s souffrant d'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non  
☐ Autre

Commentaires

**Question 35**

Si non, de quoi auriez-vous besoin?

**Question 36**

Souhaiteriez-vous recevoir des recommandations de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'anorexie mentale?

*Réponse obligatoire*

- ☐ Oui  
☐ Non

Décocher

**Question 37**

Si oui, à quelle adresse?

Annexe III – Rapport de pistes de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'anorexie mentale

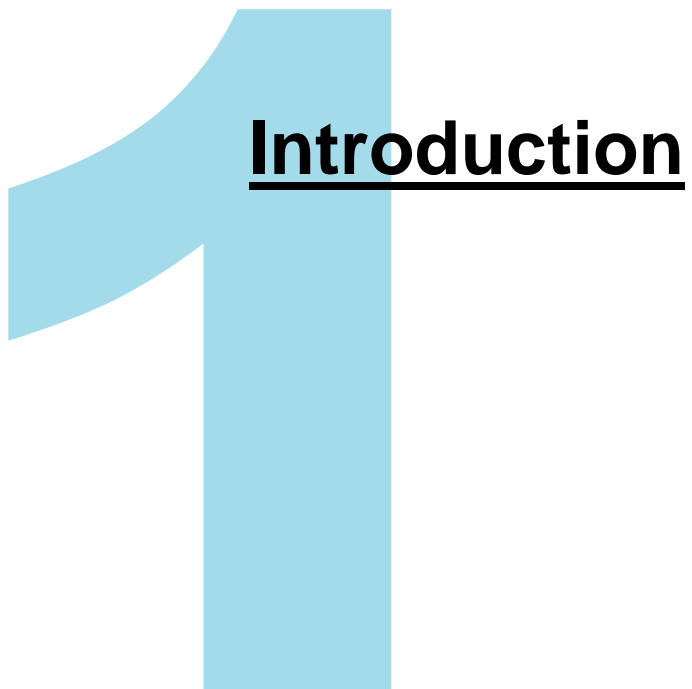
# **Pistes de prise en** **charge nutritionnelle** **et diététique de** **l'anorexie mentale** **en milieu hospitalier**

Destiné aux diététiciennes de Suisse romande pratiquant en milieu hospitalier non spécialisé dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Par Johanie Bürki et Magali Magistrale

Juillet 2015





# **Introduction**

## Définition de l'anorexie mentale

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5 ) définit les critères diagnostiques de l'anorexie mentale de la façon suivante (1) :

1. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

## 2 sous-types

- a) Restrictif
- b) Accès hyperphagiques/purgatifs

## Degrés de sévérité

- Léger : IMC  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>
- Moyen : IMC 16 à 16.99 kg/m<sup>2</sup>
- Grave : IMC 15 à 15.99 kg/m<sup>2</sup>
- Extrême : IMC  $< 15$  kg/m<sup>2</sup>

## Rôle de la diététicienne


La diététicienne a des compétences en nutrition clinique qui sont centrales dans la prise en charge de l'anorexie mentale en milieu hospitalier.

### ➤ Objectifs nutritionnels

1. Mettre en place la renutrition, éviter le syndrome de renutrition inappropriée (SRI).

*SRI : Déangement métabolique caractérisé par une hypophosphatémie, une hypomagnésémie, une hypokaliémie et une hypoglycémie. Le syndrome de renutrition inappropriée découle de la perturbation électrolytique consécutive à la dénutrition et nécessite une surveillance particulière au cours de la renutrition sans laquelle le risque de mort subite est important.*

2. Normalisation du comportement alimentaire.



# **Prise en charge nutritionnelle et diététique de l'anorexie mentale**

## A. En soins aigus

**Si le degré de sévérité est grave ou extrême et/ou le pronostic vital engagé.**

**1. Suite à l'évaluation nutritionnelle, calculer les besoins protéino-énergétiques et déterminer l'objectif pondéral :**

- Selon pratique usuelle  
ou
- 30-35 kcal/kg/j et 1.2-1.5g protéines/j (2)
- Objectif pondéral : reprise de 0.5 à 1kg par semaine (3)

**2. Choix du type de support nutritionnel selon l'indice de masse corporelle (IMC) (4) :**

- Si IMC inférieur à 11kg/m<sup>2</sup> : nutrition entérale fortement recommandée
- Si IMC entre 11 et 13 kg/m<sup>2</sup> : selon le contexte (présence d'oedèmes, épuisement physique, et/ou présence d'hypoglycémies symptomatiques) et si l'albuminémie est inférieure à 30g/l, si les ingesta sont inférieurs à 500 kcal/j et/ou si la transthyréline est inférieure à 150mg/l, la nutrition entérale est recommandée
- Si IMC supérieur à 13kg/m<sup>2</sup> il est indiqué d'évaluer si le contexte de la patiente permet une nutrition per os partielle ou totale
- Si une nutrition per os est envisagée, il est recommandé de négocier les aliments tolérés avec la patiente

Que ce soit une alimentation entérale, parentérale ou per os, mener la réalimentation de la façon suivante mais **uniquement si la phosphatémie est supérieure à 60mmol/l** (2, 5) :

- Commencer la réalimentation par 10-15kcal/kg/j et ne dépassant pas 500 kcal/j durant les 3 premiers jours
- Progresser jusqu'à la cible énergétique (30-35 kcal/kg/j et 1.2 à 1.5g protéines/kg/j) en une à deux semaines
- Débuter avec un apport de glucose à 1.5g/kg/j en continu et atteindre max 4g/kg/j en une à deux semaines
- Surveiller quotidiennement les électrolytes pendant la renutrition

### 3. Prévention et traitement du SRI (2, 5) :

- Ne pas commencer/stopper la nutrition si la phosphatémie est inférieure à 0.60mmol/l
- Contrôler les électrolytes : K, Ph, Mg et être attentif aux apports en Na et en eau en prévention d'oedèmes.
- Rééquilibrer les électrolytes : rôle du médecin
- Proposer systématiquement une administration de 300mg IV de thiamine (vitamine B1) car carence fréquente lors de dénutrition (anorexie mentale) et risque de troubles neurologiques

### 4. Suivi :

- Rythme des pesées : si degré de sévérité extrême, surveillance du poids 2 fois par semaine au début puis 1 fois par semaine si stabilisation poids (3)
- Suivi des données de laboratoires significatives (glycémie, électrolytes)

### 5. Exemples de diagnostics nutritionnels (6) :

#### **Catégorie apports : Malnutrition/dénutrition (code AP-5.2)**

Malnutrition protéino-énergétique en lien avec une restriction des apports et un excès d'activité physique dans un contexte d'anorexie mentale, comme le démontrent le pourcentage de perte de poids, un IMC de x, les données de laboratoires, et les signes cliniques et symptômes

### 6. Remarques :

Les patientes souffrant d'anorexie mentale sont souvent sujettes à des modifications du transit digestif telles que des régurgitations, des troubles de la vidange gastrique ou de la constipation. Ces différents éléments sont à prendre en considération lors de la réalimentation.

Notons que les diététiciennes doivent légitimer les éventuelles douleurs résultant de troubles digestifs, et les considérer comme étant un symptôme réel et non une stratégie d'évitement de la prise alimentaire de la part de la patiente.

## B. En soins chroniques

**La patiente est toujours hospitalisée mais le pronostic vital n'est plus engagé et la réalimentation a déjà été initiée.**

### 1. Suivi de la prise pondérale et de la réalimentation :

- Identifier les aliments consommés : aliments « autorisés » / aliments « interdits »
- Evaluer la tolérance digestive et adapter l'alimentation en fonction
- Evaluer la qualité de vie en lien avec la nutrition : angoisses, culpabilité, vécu de l'hospitalisation, etc.

### 2. Normalisation du comportement alimentaire :

- Education nutritionnelle : sujets à aborder
  - Physiologie de la prise pondérale et du métabolisme
  - Réapprentissage des habitudes alimentaires, horaire des repas (3 par jour, collations), alimentation variée équilibrée, apports adéquats en macro- et micronutriments
  - Un plan alimentaire **qualitatif** peut être réalisé pour rassurer la patiente et l'aider à normaliser ses habitudes alimentaires
  - Réapprentissage des sensations de faim et de satiété
- Counseling nutritionnel = soutien psychosocial et renforcement positif
  - Utilisation de l'entretien motivationnel, de stratégies cognitivo-comportementales, et du modèle transthéorique de changement
  - Soutien auprès de la famille : compréhension des difficultés engendrées par la situation, apporter les connaissances et informations sur la pathologie et préparer au retour à domicile

### 3. Exemples de diagnostics nutritionnels :

#### ***Catégorie comportemental-environnemental: Trouble de conduite alimentaire (CE-1.5)***

Trouble de conduite alimentaire (anorexie mentale) en lien avec une influence significative des préoccupations à l'égard du poids sur l'estime de soi, comme le démontrent une perte de poids significative de x, un évitement d'aliments et de boissons caloriques, une préoccupation permanente à l'égard des aliments et du poids (et des crises de boulimie).





# **Coordination des soins**

## **Lors de la prise en charge de l'anorexie mentale, une approche interdisciplinaire est primordiale afin d'optimiser le traitement.**

### **1. Informer les autres professionnels :**

- Sélection des aliments selon les préférences de la patiente et les ressources disponibles
- S'adresser aux unités spécialisées si besoin
- Informer les médecins qui ne sont pas spécialisés en TCA (ex : en ambulatoire)

### **2. Sensibiliser les autres professionnels :**

- Expliquer le protocole de renutrition pour maximiser la tolérance

### **3. Participer aux transmissions :**

- Communiquer les progrès individuels à l'équipe
- Faire des ajustements au plan de traitement avec eux

### **4. Soutenir l'équipe multidisciplinaire :**

- Utilisation de données probantes
- S'impliquer activement dans des rencontres entre professionnels



# **Pour aller plus loin**

1. Il est recommandé aux soignants d'investiguer l'usage d'internet et autres sources d'informations et d'être prêt à discuter des idées véhiculées par ces sources (sites web, chat, forums, associations pro-anorexiques).
2. Reconnaître ses limites en tant que diététicienne, ne pas aller au-delà de son champ de compétences (ex : les formes de thérapies existantes ne devraient pas être utilisées si aucune formation n'a été suivie).
3. Solliciter la supervision de professionnels plus expérimentés dans le domaine.
4. Utilisation du modèle transthéorique du changement et de l'entretien motivationnel avec précaution. En effet, on observe chez la personne dénutrie des effets sur la cognition et il est donc difficile d'atteindre les motivations et d'agir sur la disposition au changement des patientes.
5. Il existe des formations complémentaires sur les TCA ou les techniques relevant de la psychologie (ex : TCC, EM). Se référer aux sites des universités, hautes écoles, et associations professionnelles de diététiciennes. Les diététiciennes spécifiquement formées au TCA rapportent se sentir plus à l'aise avec ces pathologies.
6. La diététicienne a un rôle important dans la prise en charge de l'anorexie mentale tant au niveau de la réhabilitation nutritionnelle que dans le counseling et l'éducation nutritionnelle. L'anorexie mentale est une pathologie complexe et il arrive que le soignant se sente désarmé et découragé face à cette prise en charge en raison de la résistance au traitement souvent observée chez des patientes souffrant d'anorexie mentale. Il est essentiel de persévérer et d'interagir avec les autres soignants.

# Bibliographie

## Liste de références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5) Paris: Elsevier Masson; 2015.
2. Quilliot D, Bachmann P, Bouteloup C, Guex E, Petit A, Thibault R et al. Questions de Nutrition Clinique de l'adulte. (S.I.) SFNEP ; 2012.
3. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations. [En ligne]. 2012 [consulté le 18 juin 2015]. Disponible: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)
4. Melchior J-C, Hanachi M, Crenn P. Quand et comment conduire une nutrition entérale au cours de l'anorexie mentale ? Nutrition Cliniques et Métabolisme. 2007 ;21(4) :201-8.
5. Barras-Moret A-C, Guex E, Coti Bertrand P. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. Nutrition Clinique et Métabolisme. 2011;25(2):86–90.
6. Academy of Nutrition and Dietetics. Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) : terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition [Quebec] : Presse de l'Université Laval ; 2013

## Liste bibliographique

American Dietetic Association. Practice Paper of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders [En ligne]. 2011 [consulté le 24 juin 2015]. Disponible: [http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice%20papers/practice\\_paper\\_nutrition\\_intervention.ashx](http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice%20papers/practice_paper_nutrition_intervention.ashx)

American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition. [En ligne]. 2006 [consulté le 22 juin 2015]. Disponible: [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf)

Dietitians Association of Australia. Eating Disorders Role Statement, Role Statement for Accredited Practising Dietitians practising in the area of Eating disorders [En ligne]. 2013 [mis à jour mars 2015; consulté le 22 juin 2015]. Disponible: <http://daa.asn.au/wp-content/uploads/2015/04/Eating-disorders-role-statement-detailed-dec-2013.pdf>

Hofer M, Pozzi A, Joray M, Ott R, Hähni F, Leuenberger M, et al. Safe refeeding management of anorexia nervosa inpatients: an evidence-based protocol. *Nutrition*. 2014;30(5):524–30.

Madden S, Miskovic-Wheatley J, Clarke S, Touyz S, Hay P, Kohn MR. Outcomes of a rapid refeeding protocol in Adolescent Anorexia Nervosa. *J Eat Disord*. 2015 ;3(8) :1-8.doi :10.1186/s40337-015-0047-1

Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional Rehabilitation: Practical Guidelines for Refeeding the Anorectic Patient. *J Nutr Metab*. 2010;2010:1-7.

Pascal Crenn M-PV. Suivi biologique du patient en nutrition artificielle. *Nutrition Clinique Et Métabolisme - NUTR CLIN METAB*. 2009;23(3):149–59.

Position of the American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*. 2001 Jul 1;101(7):810–9.

Perroud A. Faire face à l'anorexie: Une démarche pour guérir. Paris: Retz; 2009.

Redgrave GW, Coughlin JW, Schreyer CC, Martin LM, Leonpacher AK, Seide M, et al. Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: Challenging current guidelines. *Int J Eat Disord*. 2015;n/a–n/a.

## Annexe IV : Informations complémentaires concernant la réhabilitation nutritionnelle

	Prise pondérale	Nutrition artificielle	Apports énergétiques, repas et SRI
<b>APA</b>	<p>Surveiller les apports hydriques pour éviter augmentation artificielle du poids.</p> <p>Au début de la reprise pondérale, beaucoup de craintes et symptômes anxieux et dépressifs voire suicidaires resurgissent ; ces symptômes sont normaux et diminuent au fur et à mesure que le poids augmente 1 à 1.3kg/semaine.</p>	<p>Si refus de manger et poids insuffisant uniquement, une sonde naso-gastrique est à favoriser par rapport à la nutrition parentérale.</p> <p>Si la sonde naso-gastrique est refusée ou arrachée, la gastrostomie ou jéjunostomie peuvent être des alternatives.</p> <p>Nutrition entérale en continu.</p>	<p>Fournir un plan alimentaire structuré qui assure adéquation apports avec besoins, sans exclusion alimentaire.</p> <p>30 à 40kcal/kg/j au début, puis 70-100kcal/kg/j pendant la prise pondérale.</p> <p>D'abord suppléments nutritifs puis exposer progressivement à la nourriture (permet prise de poids efficace). En cas de refus de la patiente, 200 à 300kcal supplémentaires à ce que consommé habituellement.</p>
<b>NICE</b>	0.5 à 1kg en hospitalier = 3500 à 7000 extra calories par semaine.	Pas de nutrition parentérale totale sauf si dysfonction gastro-intestinale significative.	<p>S'assurer d'organiser renutrition prudemment surtout les premiers jours, associé à une intervention psychosociale.</p> <p>Plans alimentaires pour enfants et adolescents.</p>
<b>NHS</b>		Supplément nutritif oral que si la patiente préfère cela aux repas normaux mais sinon éviter.	
<b>RCPL</b>	0.5 à 1kg par semaine ; 2200 à 2500kcal/j. Autres : attention particulière au cas de végétarisme et végétalisme pour assurer couvrir besoins en micronutriments + religion (respecter traditions dans mesure du possible, sauf si jeûne drastique par ex).	<p>Suppléments de phosphate, vit B et C dans produits de nutrition entérale (1kcal/ml).</p> <p>Conseil diététique est nécessaire en complément à la nutrition entérale.</p>	<p>Evaluation alcool, caféine, tabac (mis à part entière).</p> <p>Approche individualisée quand unité non spécialisée.</p>

Annexe V : Protocole de Travail de Bachelor

# **METHODOLOGIE DE RECHERCHE 3**

## **Travail de Bachelor**

### **Protocole**

#### **Le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM**

##### **Etudiantes**

Johanie Bürki. Etudiante à la Haute Ecole de Santé filière Nutrition et diététique.  
[johanie.burki@etu.hesge.ch](mailto:johanie.burki@etu.hesge.ch)

Magali Magistrale. Etudiante à la Haute Ecole de Santé filière Nutrition et diététique.  
[magali.magistrale@etu.hesge.ch](mailto:magali.magistrale@etu.hesge.ch)

##### **Directrices du Travail de Bachelor**

Aline Robert Cornide. Diététicienne Diplômée, Chargée d'enseignement HES. Haute Ecole de Santé filière Nutrition et diététique. Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge. [aline.robert@hesge.ch](mailto:aline.robert@hesge.ch)

Isabelle Carrard. Docteure en psychologie, Professeure HES. Haute Ecole de Santé filière Nutrition et diététique. Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge. [isabelle.carrard@hesge.ch](mailto:isabelle.carrard@hesge.ch)

Décembre 2014



## Table des matières

### RESUME

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Epidémiologie .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Définition et critères de diagnostic.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Choix du sujet et problématique nutritionnelle .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Structure.....</b>	<b>5</b>
<b>2. CONTEXTE.....</b>	<b>5</b>
<b>3. QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>6</b>
<b>4. BUT.....</b>	<b>6</b>
<b>5. OBJECTIFS .....</b>	<b>6</b>
<b>6. HYPOTHESES.....</b>	<b>7</b>
<b>7. METHODES ET DEROULEMENT .....</b>	<b>8</b>
<b>7.1 Design du projet.....</b>	<b>8</b>
<b>7.2 Procédures et déroulement.....</b>	<b>9</b>
7.2.1 Stratégie de recherche documentaire.....	9
7.2.2 Mots-clés.....	9
7.2.3 Sélection des articles .....	10
7.2.3 Enquêtes et entretiens.....	10
<b>7.3 Variables.....</b>	<b>11</b>
<b>7.4 Analyse des résultats .....</b>	<b>12</b>
<b>8. ETHIQUE .....</b>	<b>12</b>
<b>9. CALENDRIER.....</b>	<b>13</b>
<b>10. BUDGET - RESSOURCES.....</b>	<b>14</b>
<b>11. CONCLUSION .....</b>	<b>14</b>
<b>12. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>15</b>
<b>12.1 Liste de références bibliographiques.....</b>	<b>15</b>
<b>12.2 Liste bibliographique.....</b>	<b>16</b>

# RESUME

## Introduction

L'AM est la maladie psychiatrique causant le plus de décès. Le traitement de ce TCA se base sur une approche multidisciplinaire, où les compétences nutritionnelles et diététiques d'une diététicienne<sup>1</sup> sont requises, mais peu détaillées dans la littérature. Le but du Travail de Bachelor est d'établir des perspectives de prise en charge nutritionnelle et diététique des patientes<sup>2</sup> atteintes d'AM hospitalisées pour les diététiciennes diplômées de Suisse romande.

## Objectifs

### Etat des lieux

Les objectifs sont : 1) effectuer une revue de littérature narrative sur la prise en charge de l'AM aux niveaux médical, nutritionnel, diététique, et multidisciplinaire 2) documenter et décrire les différentes prises en charge nutritionnelles et diététiques actuelles de l'AM dans les hôpitaux de Suisse romande par le biais d'enquêtes par e-mails 3) identifier les points communs et les différences dans les prises en charges nutritionnelles et diététiques recensées.

### Pistes

Les objectifs sont : 1) identifier des hypothèses de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM 2) créer un rapport de pistes de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM destiné aux diététiciennes de Suisse romande travaillant en milieu hospitalier.

## Méthodologie

Le travail se décline en deux parties : état des lieux des pratiques, et perspectives de prise en charge. L'état des lieux comporte une revue de littérature narrative, et une partie pratique avec des enquêtes par e-mails.

## Perspectives

La perspective finale de ce Travail de Bachelor est de faciliter la prise en charge diététique et nutritionnelle de l'AM en milieu hospitalier, en Suisse romande.

---

<sup>1</sup> La proportion de femmes exerçant le métier étant largement supérieure à celle des hommes, le terme « diététicienne » sera utilisé au sein de ce travail.

<sup>2</sup> La proportion de femmes souffrant d'AM étant supérieure à celle des hommes, le terme « patiente » au féminin a été choisi pour désigner les personnes concernées.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Epidémiologie

En 2009, l'Office fédéral de la statistique a répertorié 322 cas d'hospitalisations pour AM chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans en Suisse (1). On estime que l'incidence du « syndrome anorexique » serait « évalué à 1/100000 habitants dans la population générale et à 20 à 30/100000 habitants chez les jeunes filles de 15 à 35 ou 45 ans » (2). L'AM concernerait 2 à 3% de la population générale (3). Selon une étude transversale sur la prévalence des TCA en Suisse, la prévalence de l'AM serait de 1.2% chez les femmes, et de 0.2% chez les hommes, en 2012 (4). Cette étude démontre une apparition du trouble généralement à l'adolescence (4). Concernant le taux de guérison, « si près de 50% des patientes anorexiques sont guéries et que 25 à 30% sont améliorées par un traitement approprié, celui-ci est le plus souvent long (sur plusieurs années) et régulièrement marqué par des rechutes » (5).

## 1.2 Définition et critères de diagnostic

L'AM est une maladie complexe dont la prise en charge s'effectue sur trois plans : psychiatrique, nutritionnel et somatique (6). Les critères diagnostiques de l'AM, selon la 5ème édition de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (7), sont les suivants (traduction libre) :

1. Restriction persistante des apports énergétiques menant à un poids corporel significativement insuffisant (par rapport à ce qui est attendu dans le minimum des normes selon l'âge, le sexe, le développement et la santé physique)
2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou un comportement persistant qui interfère avec le gain de poids (même si le poids est significativement insuffisant)
3. Perturbation de la perception du corps induisant une influence de la forme corporelle et du poids sur l'estime de soi, ou un persistant déni de la gravité du poids actuel qui est insuffisant

2 sous-types:

- Restrictif
- Avec crises de boulimie et vomissements et/ou laxatifs

Selon l'American Dietetic Association, le traitement par une équipe multidisciplinaire est considéré comme étant la meilleure pratique ; il existe toutefois des variations considérables dans la composition des équipes, selon le plan de traitement, et selon le stade de la maladie (traduction libre) (6). L'AM serait l'un des troubles psychiatriques les plus difficiles à traiter en raison de la rareté du trouble, de la résistance au traitement que manifestent les patientes, et des complications médicales qui souvent requièrent un écart aux protocoles de traitement (traduction libre) (8).

## 1.3 Choix du sujet et problématique nutritionnelle

Lors de nos trois années de Bachelor en Nutrition et diététique, nous avons été amenées à effectuer des stages dans divers lieux de formation. Nous avons régulièrement été confrontées à plusieurs cas d'AM que ce soit en milieu hospitalier, dans différents services, ou en ambulatoire. En milieu hospitalier, le rôle de la diététicienne n'est pas précisément défini lors de la prise en charge d'une patiente souffrant d'AM. Parfois, elle est très impliquée dans le traitement nutritionnel ou dans la relation de la patiente avec l'alimentation. Il arrive aussi que la diététicienne soit rarement, voire pas appelée pour s'occuper de ces patientes. Du point de vue médical, la stabilisation de l'état nutritionnel est souvent prépondérante mais les médecins ne font pas systématiquement appel à une diététicienne.

Pourtant formées à prendre part à la prise en charge d'une patiente souffrant d'AM, les diététiciennes peinent parfois à s'imposer. Bien que toutes ne se sentent pas à l'aise face à ces situations complexes appartenant au domaine de la psychiatrie, l'état nutritionnel souvent délétère de ces patientes requiert des compétences qui font partie de l'expertise des diététiciennes.

## 1.4 Structure

Le travail se compose de deux parties principales : état des lieux, et pistes

### A. Etat des lieux :

- Revue de littérature narrative
- Enquêtes par e-mails en Suisse

### B. Pistes

- Rapport synthétique : une dizaine de pages qui reportent les résultats pertinents identifiés grâce à la revue de littérature narrative, ainsi que les éléments apportés par les professionnels interrogés.

## 2. CONTEXTE

C'est dans le cadre d'un Travail de Bachelor en Nutrition et Diététique à la Haute école de santé de Genève que ce projet sera réalisé, sous la supervision de deux professeurs : Aline Robert Cornide et Isabelle Carrard.

La thématique des TCA s'inscrivant dans le cursus de la formation Bachelor en Nutrition et diététique, le traitement de l'AM concerne directement les compétences des

diététiciennes. Le rôle de ces dernières étant peu explicité et uniformisé, et manquant de consensus, nous pensons nécessaire en tant que futures professionnelles de la santé de s'intéresser à ce sujet. Un travail permettant de donner des pistes aux diététiciennes serait alors utile, afin de pouvoir justifier le rôle dans la prise en charge nutritionnelle et diététique lors d'une situation d'AM en milieu hospitalier. Ce travail visera uniquement les diététiciennes pratiquant dans les différents hôpitaux de Suisse romande.

### 3. QUESTION DE RECHERCHE

Initialement, nous avons imaginé créer un référentiel de recommandations de bonne pratique pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM, cette pathologie étant «la maladie psychiatrique causant le plus de décès », et comportant de nombreuses complications à la fois somatiques et psychiatriques (9). Toutefois, pour pouvoir définir des recommandations, il faut des résultats (le taux de guérison par exemple) ; ce qui serait difficile à obtenir avec une maladie aussi complexe que l'AM, dans un cadre de Travail de Bachelor. Ainsi, plutôt que de se diriger vers des guidelines ou recommandations, ce travail s'oriente vers une mise en évidence de perspectives et de pistes pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM. La question de recherche est la suivante :

**« Quel est le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'AM ? »**

### 4. BUT

Le but du Travail de Bachelor est d'établir des perspectives destinées aux diététiciennes diplômées de Suisse romande pour la prise en charge nutritionnelle et diététique de patientes atteintes d'AM, dans le milieu hospitalier.

Les hypothèses et perspectives relevées par ce travail seraient alors synthétisées dans un rapport d'une dizaine de pages au maximum, afin de permettre un consensus concis, utile à toute diététicienne pratiquant en milieu hospitalier.

### 5. OBJECTIFS

#### A. Etat des lieux :

- Effectuer une revue de littérature narrative sur la prise en charge de l'AM aux niveaux médical, nutritionnel, diététique, et multidisciplinaire
- Documenter et décrire les différentes prises en charge nutritionnelles et diététiques actuelles de l'AM dans les hôpitaux de Suisse par le biais d'enquêtes par e-mails

- Identifier les points communs et les différences dans les prises en charges nutritionnelles et diététiques recensées

## **B. Pistes et perspectives**

- Identifier des hypothèses et perspectives de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM
- Créer un rapport de pistes de prise en charge nutritionnelle et diététique de l'AM destiné aux diététiciennes de Suisse romande travaillant en milieu hospitalier

## **6. HYPOTHESES**

Nos premières lectures et expériences professionnelles mettent en évidence certaines hypothèses. La diététicienne aurait un rôle considérable dans la prise en charge de l'AM.

La diététicienne « ne se limite pas aux seuls bilans nutritionnels et à l'éducation diététique ; elle détecte aussi les comportements alimentaires anormaux qu'elle communique aux autres membres de l'équipe, et, pendant la longue marche vers la guérison, elle soutient obstinément les efforts des patientes » (10).

Il y aurait différents degrés d'implications de la diététicienne face à des patientes souffrant d'AM. Les diététiciennes n'ont pas forcément de ressources à disposition pour savoir la façon dont s'y prendre. Voilà pourquoi une description de la pathologie, de ses manifestations, ainsi que ses conséquences au niveau relationnel sera faite dans ce Travail de Bachelor. L'aspect relationnel sera abordé, car de premières expériences en stage ainsi que certaines lectures soulignent un impact de la prise en charge de l'AM sur le ressenti et les émotions du soignant concerné.

Enfin, un travail fait en deuxième année Bachelor dans le module « Méthodologie de recherche 2 » sur les méthodes de recherche qualitative nous a permis de réaliser un entretien semi-directif auprès d'une jeune femme ayant souffert d'AM. De ce travail qualitatif ressortait que la diététicienne avait un rôle à part entière dans la prise en charge de l'AM et qu'elle accompagnait les patientes durant l'entier de cette prise en charge.

## 7. METHODES ET DEROULEMENT

### 7.1 Design du projet

#### A. Etat de des lieux

La revue narrative définit « les travaux qui synthétisent les résultats et conclusions de minimum deux études sur un sujet donné, sans essayer d'identifier toutes les publications sur le sujet »<sup>1</sup>. Ce type de revue ne requiert pas de structure particulière, et permet « le développement de différents aspects » sur la question de recherche en lien avec un thème<sup>1</sup>. Cette méthodologie offre deux avantages. Premièrement, on sait qu'il existe peu de données précises en lien avec la question de recherche. Il sera donc plus pertinent d'effectuer une revue narrative où le choix des études à inclure est libre, plutôt qu'une revue systématique. Ensuite, ce design d'étude permet le développement de plusieurs notions en lien avec la question de recherche comme les intentions de la diététicienne dans le cadre de ses interventions, par exemple. Le risque lié aux revues narratives serait de sélectionner uniquement les articles conformes aux hypothèses<sup>1</sup>. Le choix des mots-clés permet d'éviter ces risques.

Les enquêtes par e-mails permettront un aperçu des pratiques en Suisse, chez des diététiciennes exerçant en milieu hospitalier uniquement.

#### B. Pistes et perspectives

La synthèse du projet se fera sous forme de rapport d'une dizaine de pages, pour lequel les termes doivent être choisis avec minutie. Les revues narratives ont un faible niveau de preuve, en raison de la qualité de leur méthodologie<sup>1</sup>. Voilà pourquoi la partie pratique avec un recueil d'informations à l'aide de questionnaires définis est importante ; elle permettra de compléter la revue narrative pour l'élaboration de cette synthèse. La finalité du projet, sous forme de pistes et perspectives, va de pair avec la méthodologie choisie (revue narrative), cette dernière ayant l'avantage de « donner des pistes de réflexion pour la pratique clinique »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Notes de cours : Jotterand Chaparro C. Revues systématiques – Revues narratives [Support de cours]. Genève : Haute école de santé ; 2013.

## 7.2 Procédures et déroulement

### 7.2.1 Stratégie de recherche documentaire

Pour sélectionner les articles à inclure dans la revue de littérature, nous allons utiliser diverses bases de données telles que PUBMED (MEDLINE), BDSP (Banque de Données de Santé Publique), CINAHL, et la Cochrane Library. Nous allons nous créer des comptes d'utilisateurs pour certaines de ces bases de données, afin de faciliter nos recherches à l'aide d'historiques.

Une recherche de littérature grise sera aussi effectuée. Seront consultés les sites internet et liens relatifs des différentes associations de diététiciennes diplômées, en Europe, telles que : l'Association Française des Diététiciens Nutritionnistes, l'Union Professionnelle des diplômés en Diététique de Langue Française (Belgique), l'Association of UK Dietitians (Grande Bretagne) et l'European Federation of the Associations of Dietitians.

D'autres organismes seront également consultés : la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a publié des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de l'AM ; l'Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées dans les TCA (AFDAS-TCA) ; et la Fédération Nationale d'Associations TCA (FNA-TCA, France), par exemple.

Pour compléter notre rapport final, les recommandations de prise en charge de l'AM au niveau international seront utilisées, comme celle des USA ou du Canada ; un important nombre de références evidence-based en nutrition et diététique provenant de ces pays.

### 7.2.2 Mots-clés

Au commencement du projet en juin 2014, les mots-clés suivants ont été définis avec l'aide des directrices du Travail de Bachelor: anorexia nervosa ; dietitian ; rôle ; efficacité ; guidelines ; traitement.

Les premières recherches ont été effectuées essentiellement sur PUBMED avec les combinaisons suivantes : dietitian role anorexia nervosa ; anorexia nervosa diet therapy ; anorexia nervosa dietitian ; dietitian skills anorexia ; anorexia nervosa guidelines dietitian. Les résultats obtenus étant trop précis et peu nombreux, un élargissement des recherches s'est avéré nécessaire.

Les futures recherches se feront sur les mots-clés suivants, utilisés un par un ou avec des opérateurs booléens tels que « and », « or », ou « and not », et traduits en MeSH Terms selon les bases de données: anorexia nervosa ; dietitian ; role ; efficacité ; traitement, skills ; nutrition.



Les articles de langues française et anglaise seront inclus. Seuls les articles datant au plus tôt de 1990 seront considérés.

### 7.2.3 Sélection des articles

Le titre de l'article permettra une première sélection. S'il est jugé intéressant pour la question de recherche, l'abstract sera lu. Si les résultats peuvent être mis en lien avec la question de recherche, l'article sera retenu.

Tous les articles liés à la question de recherche seront retenus dans la synthèse. Si le design des articles le permet, les articles en question seront analysés selon la grille d'analyse qualité de l'Academy of Nutrition and Dietetics (11).

Concernant la littérature grise, tous les documents nous semblant pertinents par rapport à notre question de recherche (lien avec le rôle de la diététicienne, recommandations de bonne pratique, etc) seront utilisés pour la récolte de données.

### 7.2.3 Enquêtes et entretiens

Des enquêtes par questionnaires seront réalisées afin de rassembler les informations permettant d'identifier les ressources et besoins des diététiciennes dans la prise en charge de l'AM. Selon le temps à disposition pour l'accomplissement de ce travail, il a été décidé que 19 services diététiques des hôpitaux de Suisse romande seraient contactés, et que un hôpital de Suisse allemande, et un de Suisse italienne seraient aussi sollicités.

#### **A. Questionnaires**

- *Diététiciennes Suisse romande:*

Afin que les réponses aux questionnaires soient représentatives, au niveau géographique, de la prise en charge diététique de l'AM en Suisse romande, nous allons contacter plusieurs hôpitaux suisse-romand. La première sélection des hôpitaux romands s'est faite depuis le site « Santeromande.ch » qui répertorie les hôpitaux selon les cantons. Les hôpitaux choisis sont les suivants :

- Hôpitaux universitaires genevois
- Clinique de Belle-idée
- Hôpital de la Tour de Genève
- Centre hospitalier universitaire vaudois
- Hôpital de l'enfance de Lausanne
- Clinique Bois-Cerf de Lausanne
- Clinique La Source de Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte
- Hôpital de Nyon
- Hôpital Riviera Chablais– sites du Samaritain et site de Monthey
- Hôpital de Sion

- Hôpital de Sierre
- Hôpital du Jura à Delémont
- Hôpital de Fribourg
- Hôpital de la Broye
- Hôpital neuchâtelois (Pourtalès)

Tous les services de nutrition des établissements de cette liste seront contactés par téléphone, et seront retenus dans la mesure où ceux-ci répondent au critère suivant : hospitaliser des patientes souffrant d'AM. Selon les réponses des personnes en question, un questionnaire sera envoyé par mail sous forme de lien internet aux diététiciennes disposées à y répondre.

- *Diététiciennes Suisse alémanique et Suisse italienne :*  
Afin d'inclure les deux autres parties de la Suisse, un questionnaire adapté sera envoyé à un ou deux hôpitaux de Suisse alémanique (Zürich et Berne), et à un ou deux hôpitaux du Tessin (Lugano, Locarno, et éventuellement Mendrisio) selon le contact possible par mail.
- *Professionnels spécialistes des TCA :*  
Le même questionnaire sera envoyé à des diététiciennes spécialisées dans la prise en charge des TCA, travaillant en milieu hospitalier. Sandie Lelerre (clinique Belmont), ainsi que les diététiciennes du Centre vaudois anorexie boulimie sur le site de Saint-Loup.

## 7.3 Variables

Les variables étudiées par la revue de littérature seront les différents guidelines et recommandations pour l'AM, et le taux de rémission/d'amélioration de l'AM.

Le terme de « rôle de la diététicienne » comprend les variables suivantes : le moment où la diététicienne intervient dans la prise en charge d'une patiente souffrant d'AM, la fréquence du suivi, et les actions nutritionnelles. Les actions nutritionnelles seront définies selon les différentes étapes du « Processus de Soins en Nutrition » de l'Academy of Nutrition and Dietetics. D'autres actions spécifiquement en lien avec l'AM seront abordées comme la renutrition et la surveillance de cette dernière.

L'interdisciplinarité fera également partie de la définition du rôle en ce qui concerne la place dans l'équipe de soins, la coordination des soins et les transmissions. On abordera également les sujets de formations complémentaires pouvant aider dans la prise en charge diététique et nutritionnelle de la maladie ; le parcours professionnel de la personne interrogée ; ainsi que la notion du soutien auprès de la patiente.

Selon les résultats de la recherche de données, nous inclurons, si possible, des données concernant d'autres TCA associés à l'AM.

## 7.4 Analyse des résultats

Les résultats des questionnaires seront analysés sous forme de statistiques et de tableaux. Ils seront mis en comparaison avec les résultats des guidelines trouvés, dans un tableau comparatif.

## 8. ETHIQUE

Les aspects éthiques concernant la partie de recherche documentaire ne seront pas abordés, ce Travail de Bachelor comportant une revue de littérature narrative.

Une commission d'éthique ne sera pas nécessaire. Bien que la population concernée par la question de recherche soit des patientes souffrant d'AM, ces dernières ne seront pas interrogées. Nous n'aurons aucun contact avec des patientes, et n'interrogerons que des soignants.

## 9. CALENDRIER

<b>Calendrier</b> <b>(dernière mise à jour le 27 mai 2015)</b>	
Juin 2014	Choix des mots-clés Orientation des recherches pour permettre définition question de recherche
Juillet 2014	Avancement de la revue de littérature Réflexion sur direction à prendre : revue + recommandations
Juillet – Octobre 2014	Avancement de la revue de littérature 1 <sup>ère</sup> sélection des articles - lectures Choix de la méthodologie (revue narrative) Conseils pour la recherche documentaire : élargir
Novembre – Décembre 2014	Définition question de recherche Rédaction protocole
19 déc. 15	Reddition protocole
12-16 jan. 2015	Préparation du séminaire
19 jan. 2015	Séminaire
02-13 fév. 2015	Révisions examens S5 + examens
Février – Avril 2015	Stage (100% ou 80%) (16 fév. – 10 avr. 15 ou 16 fév. – 30 avr. 15) Définition critères inclusion et exclusion Choix définitif articles Lecture des articles Préparation et envoi e-mails institutions/diététiciennes
Mai 2015	Récolte et analyse des données
Mai – Juin 2015 28 mai 2015 1er juin 2015 Sem. 29 juin 2015	Rédaction du Travail de Bachelor Première relecture cadre de références Séminaire analyse des résultats Première relecture Travail de Bachelor
Sem. 13 juillet 2015 28 juillet 2015	Deuxième relecture Travail de Bachelor Impression
31 juillet 2015	Reddition du Travail de Bachelor
1 <sup>er</sup> septembre 2015	Soutenance orale

## **10. BUDGET - RESSOURCES**

Dans l'établissement du budget, différents frais d'impressions seront pris en compte.

Concernant la littérature à inclure dans la revue narrative, nous disposons d'un budget pour l'achat d'éventuels articles, pris en charge par l'école.

Nos ressources sont nos contacts personnels et professionnels que nous avons pu développer durant nos différentes formations pratiques. Nous comptons également sur nos prises de contact avec l'étranger pour apporter du contenu à ce projet.

## **11. CONCLUSION**

Les perspectives de ce Travail de Bachelor sont de faciliter la prise en charge diététique et nutritionnelle de l'AM en milieu hospitalier, en Suisse romande, et de donner des pistes de réflexion pour la pratique clinique.

Idéalement, le Travail de Bachelor fera ressortir les prises en charges qui semblent être les plus adéquates pour répondre au mieux aux besoins des patientes souffrant d'AM, ainsi qu'aux besoins des diététiciennes. Les différents aspects de la maladie qui doivent être maîtrisés et pris en compte lors du traitement nutritionnel et diététique seront explicités.

Chaque pratique hospitalière étant différente, ce travail permettra de synthétiser les différentes prises en charge diététiques et nutritionnelles lors d'AM de façon précise et uniforme.

## 12. BIBLIOGRAPHIE

### 12.1 Liste de références bibliographiques

- (1) Office fédéral de la statistique. Résultats de la statistique médicale 2009 – Les hospitalisations à l'adolescence [En ligne]. 2010 [consulté le 8 décembre 2014]. Disponible : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/search.html>
- (2) Devaud C, Michaud P-A, Narring F. L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 1995;43(4):347–60.
- (3) Simon Y. Epidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'AM. *Nutrition Clinique et Métabolisme* 2007;21:137-42.
- (4) Schnyder U, Milos G, Mohler-Kuo M et al. Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz [En ligne]. 2012 [consulté le 15 décembre 2014]. Disponible : <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr>
- (5) Gebhard S, Dorogi Y, Giusti V, Stagno D, Lanz M, Schmidt D et al. AM et boulimie: l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire. *Rev Med Suisse*. 2011; (282): 381-384.
- (6) Ozier AD, Henry BW, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011 Aug;111(8):1236–41.
- (7) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- (8) Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):150–5.
- (9) Giusti V, Gebhard S. Anorexie : évaluation et prise en charge somatiques. *Rev Med Suisse*. 2011 ; (288) : 711-715.
- (10) Berg K, Hurley D, McSherry J, Strange N. Les TCA. Bruxelles : De Boeck ; 2005.
- (11) Academy of Nutrition and Dietetics. Evidence Analysis Manual : Steps in the Academy Evidence Analysis Process [En ligne]. 2012 [mis à jour janvier 2012 ; consulté le 8 décembre 2014]. Disponible : [http://www.andeal.org/files/Docs/2012\\_Jan\\_EA\\_Manual.pdf](http://www.andeal.org/files/Docs/2012_Jan_EA_Manual.pdf)

## 12.2 Liste bibliographique

ABA. Association Boulimie Anorexie [En ligne]. (S.l.): (s.n.); (S.d.) [consulté le 28 novembre 2014]. Disponible: <http://www.boulimie-anorexie.ch/accueil.php>

AFDAS-TCA – HAS. Recommandations de bonne pratique – AM : prise en charge [En ligne]. 2010 [consulté le 6 mars 2015]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

AFDN. Association Française des Diététiciens Nutritionnistes [En ligne]. (S.l.) : (S.d.) [consulté le 6 mars 2015].

Alberque C, Auberjonois K. Traitement de l'AM en institution: apport de la thérapie familiale. *Psychiatrie*. 2010 Sep 22;Volume 263(33):1750–2.

ANDID. Associazione Nazionale Dietisti [En ligne]. Verona : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 6 mars 2015]. Disponible : <http://www.andid.it/>

Atkins M, Basualdo C, Hotson B. Perspectives canadiennes sur le processus de soins en nutrition et la terminologie internationale de diététique et de nutrition [En ligne]. 2010 [mis à jour juin 2012 ; consulté 6 mars 2015]. Disponible : <http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/NCP-and-IDNT-Statement-Fre.aspx>

Cockfield A, Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proc Nutr Soc*. 2009 Aug;68(3):281–8.

Gebhard S, Dorogi Y, Giusti V, Stagno D, Lanz M, Schmidt D et al. AM et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire. *Rev Med Suisse*. 2011 ; (282) : 381–384.

EFAD. European Federation of the Associations of Dietitians [En ligne]. (S.l.) : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 6 mars 2015]. Disponible : <http://www.efad.org/everyone>.

FNA-TCA. Fédération Nationale d'Associations TCA [En ligne]. (S.l.) : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 6 mars 2015]. Disponible : <http://www.fna-tca.fr>

Giusti V, Gebhard S. Anorexie : évaluation et prise en charge somatiques. *Rev Med Suisse*. 2011 ; (288) : 711-715.

Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):150–5.

Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*. 2012 Jan;140(1):98–107.

Kruseman M. Protocole [Support de cours]. Genève : Haute Ecole de Santé ; 2014.

Mittnacht AM, Bulik CM. Best nutrition counseling practices for the treatment of anorexia nervosa: A Delphi study. *Int J Eat Disord*. 2015 Jan 1;48(1):111–22.

Ozier AD, Henry BW, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011 Aug;111(8):1236–41.

Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003 Jan 15;67(2):297–304.

Santé Romande. AM [En ligne]. (S.l.) : (s.n.) ; 2014 [mis à jour mars 2012 ; consulté le 28 novembre 2014]. Disponible :  
<http://www.santeromande.ch/Structure/F03.375.100.html>

UPDLF-ASBL. Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française [En ligne]. (S.l.) : (s.n.) ; (S.d.) [consulté le 6 mars 2015]. Disponible : <http://updlf-asbl.be/>

Williams PM, Goodie J, Motsinger D. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2008 Jan;77(2):187–95.