

Anorexie mentale chez les adolescents : prise en charge incluant la famille (Family based treatment - FBT)

Travail de Bachelor

Di Capua Tiffanie et Ghezai Luwam

n°16871527 et n°16871535

Directrice de TBSc: Isabelle Carrard - Docteure en Psychologie, Professeure HES

Membres du jury: Isabelle Carrard - Docteure en Psychologie, Professeure HES
Magali Volery - Psychologue diplômée FSP, Diététicienne HES

Genève, juillet 2019



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

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

Juillet 2019

Di Capua Tiffanie et Ghezai Luwam

Table des matières

1. Liste des abréviations utilisées	5
2. Abstract.....	6
3. Introduction	7
3.1 Anorexie mentale	7
3.1.1 Origines.....	7
3.1.2 Diagnostic	7
3.1.3 Prévalence	8
3.1.4 Etiologie	8
3.1.5 Sémiologie	10
3.1.6 Populations à risque	10
3.1.7 Conditions de repérage	11
3.1.8 Complications	12
3.1.9 Prise en charge.....	12
3.1.10 Traitements	13
3.2 Family based treatment (FBT)	14
3.2.1 Rôle de la famille	14
3.2.2 L'approche Maudsley	14
4. But.....	17
5. Questions de recherche.....	18
6. Objectifs	19
7. Méthodes	19
7.1 Question de recherche N°1	19
7.1.1 Équation de recherche	19
7.1.2 Procédure générale	19
7.1.3 Stratégie de recherche documentaire	20
7.1.4 Sélections d'études	22
7.2 Question de recherche N°2.....	23
7.2.1 Procédure générale	23
7.2.2 Stratégie de la démarche qualitative.....	23
7.2.3 Déroulement	24
7.2.4 Thèmes	25
8. Résultats	25
8.1 Résultats de la revue de littérature	25
8.1.1 Sélection des articles.....	25
8.2 Résultats de l'enquête par interview	44
8.2.1 Population	44
8.2.2 Synthèse des résultats	44

9. Discussion	47
9.1 Discussion de la revue de la littérature	48
9.1.1 Rappel des résultats	48
9.1.2 Confrontation des résultats à la littérature scientifique	50
9.1.3 Limites, biais et points forts	51
9.2 Discussion de l'enquête par interview	52
9.2.1 Rappel des résultats	52
9.2.2 Limites, biais et points forts	53
9.3 Synthèse Discussion	53
9.3.1 Synthèse de la littérature et de l'enquête par interview	53
9.3.2 Limites, biais et points forts	55
10. Perspectives	56
11. Conclusion	57
12. Remerciements	58
13. Bibliographie	59
14. Annexes	64
Annexe I : Les caractéristiques, l'extraction et la synthèse des données des articles retenues	65
Annexe II : Grille d'analyse de qualité des revues	68
Annexe III : Lettre de consentement	71
Annexe IV : Questions de l'interview	72
Annexe V : Protocole	73

1. Liste des abréviations utilisées

AN	Anorexie mentale
AED	Association des Diététicien-ne-s d'Amérique
BN	Boulimie nerveuse
CCNP	Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDNOS	Troubles de l'alimentation non spécifiés
FBT	Family Based Treatment
HAS	Haute Autorité de santé
HEdS	Haute école de santé
MeSH	Terms Medical Subject Headings Terms
NICE	National Institute For Health and Care Excellence
TCA	Troubles du comportement alimentaire

2. Abstract

Introduction

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) définie par le DSM-5, débutant avec une période de restriction alimentaire à l'adolescence. Il s'agit d'une pathologie dite grave de l'adolescence pouvant se chroniciser sur le long terme. Actuellement, cela représente un enjeu de santé publique important. Selon les sociétés savantes, l'approche multidisciplinaire et la thérapie familiale démontrent l'efficacité dans la rémission des adolescents. Il est mentionné qu'inclure les parents dans la prise en charge permet de consolider les liens, améliorer la compréhension de la maladie et ainsi améliorer le processus de guérison. En ce qui concerne la prise en charge diététique, elle est actuellement lacunaire, à la fois dans le traitement du trouble du comportement alimentaire et dans les thérapies incluant les parents. C'est pourquoi nous avons construit des réflexions autour de cette thématique.

But

Le but de ce travail consiste dans un premier temps à démontrer l'efficacité de la thérapie familiale (FBT) et d'identifier les traitements existants dans une prise en charge chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale. Le but secondaire est d'identifier la procédure de la prise en charge nutritionnelle dans le cadre de la FBT.

Méthode

Ces deux questions de recherches nous ont conduites à proposer deux types de méthodologies. Concernant la première question, nous avons effectué une revue systématique de la littérature. Nous avons utilisé ces bases de données suivantes : Medline via Pubmed, CINAHL et PsycINFO.

Quant à la deuxième question, voici les thèmes qui ont été abordés : anorexie mentale chez l'adolescent, reprise pondérale et prise en charge diététique. Pour cela, nous nous sommes rendues sur le terrain des professionnels (diététicien-ne-s) munies d'un questionnaire en vue d'une interview dirigé (questions précises préparées au préalable).

Résultats

La revue de littérature comporte cinq articles traitant des effets des thérapies familiales chez les adolescents souffrants d'anorexie mentale. Les interventions incluant la famille démontrent une efficacité plus importante à court terme.

La partie qualitative met en évidence la méconnaissance de la FBT dans les prises en charge nutritionnelle de l'anorexie mentale en Suisse romande, ainsi qu'un manque d'uniformisation des pratiques.

Conclusion

Ce travail a permis d'avoir une vue d'ensemble des thérapies qui impliquent les parents et leur efficacité pour l'anorexie mentale et mettre en évidence la prise en charge nutritionnelle et pluridisciplinaire pour cette population d'adolescents.

Mots-clés

Anorexie mentale ; Thérapie familiale ; Revue systématique, adolescents

3. Introduction

3.1 Anorexie mentale

3.1.1 Origines

Le terme « Anorexie mentale » a vu le jour en 1584. Il est emprunté du latin médiéval *anorexia*, qui signifie « défaut d'appétit », lui-même emprunté du grec ancien ἀνορεξία, *anorexia*. Gull et Lasègue déjà au 19^{ème} ont distingué l'anorexie mentale de l'anorexie, afin d'indiquer qu'il s'agit d'une psychopathologie (1).

3.1.2 Diagnostic

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), publié en 2015, définit l'anorexie mentale selon les critères suivants (2) :

Deux types
A. Restrictif
B. Accès hyperphagiques/purgatif

3 critères
A. 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 normal attendu.
B. 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.
C. 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.

Degré de sévérité en fonction de l'IMC ¹
A. Léger: IMC ≥ 17 kg/m ²
B. Moyen: IMC 16 -16.99 kg/m ²
C. Grave: IMC 15 -15.99 kg/m ²
D. Extrême: IMC < 15 kg/m ²

En parallèle des critères du DSM-V, les données cliniques appuient et permettent de poser un diagnostic. Les éléments importants sont les suivants (3) (4) :

- Le poids < 85% de la normale ou IMC < 17,5 kg/m²
- Les restrictions volontaires, l'hyperactivité, les vomissements, les laxatifs, etc.
- La perturbation de l'image du corps et la peur de grossir
- L'aménorrhée ou impuissance
- Le retard de croissance et l'arrêt de la puberté

¹ indice de masse corporelle

Ces critères s'accompagnent d'un refus de maintenir un poids normal et donc une peur intense de prendre du poids.

3.1.3 Prévalence

La prévalence de cette maladie est dite rare, 0,9% à 1,5% chez les femmes et 0,2% à 0,3% chez les hommes. Elle débute en général avant la puberté, avec un âge moyen de 17 ans (il est observé deux pics de fréquence autour de 14 ans et 18 ans) (5).

Néanmoins, il s'agit d'une des maladies psychiatriques qui cause le plus de décès (suicide, complications somatiques), jusqu'à 10% selon les études qui comportent un suivi de plus de 10 ans (3).

3.1.4 Etiologie

Selon la Haute autorité de santé (HAS) (3), l'anorexie mentale est définie comme étant un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui a plusieurs origines :

- Facteurs personnels de vulnérabilité psychologique
- Biologique et génétique
- Facteurs d'environnement
- Facteurs familiaux
- Facteurs socioculturels (importance de l'image du corps)

Selon le Dr. Alain Perroud (6) (7), il existe des facteurs inducteurs, déclencheurs et avérés de l'anorexie mentale qui rejoignent ceux décrits par la Haute autorité de santé (HAS) mais avec plus de détails. Il affirme qu'il n'existe pas de cause précise mais qu'il s'agit de l'accumulation de facteurs qui peut déclencher une anorexie mentale.

Facteurs inducteurs (initiateurs, facilitants) (6) (7) :

- L'adolescence, car c'est une période de changement corporel, transformation de la silhouette surtout chez les filles. Elles peuvent ne pas aimer ce changement et les remarques ou critiques à ce sujet peuvent les déstabiliser, surtout dans la mesure où l'avis des autres est important à cet âge.
- Les hormones œstrogènes et progestérone augmentent à l'adolescence et cela induit une localisation de la masse grasse plus importante aux cuisses, fesses et ventre. Ces parties seront particulièrement détestées par la personne malade.
- La jeun(e) fille/garçon quitte l'enfance pour devenir adulte.
- Des désirs sexuels déclenchés par des récepteurs cérébraux apparaissent à l'adolescence et il/elle n'est pas forcément préparé à cela.
- L'adolescent désire être plus autonome mais est angoissé d'être séparé ce qui le déstabilise.
- Un traumatisme dans 15% des cas pour différents cas de TCA, de nature physique, psychique ou les deux. Le traumatisme fera des dégâts supplémentaires si l'enfant a un manque de confiance en lui, d'estime de soi ou un mal-être.
- Un stress post-traumatique non traité.
- Une maladie nutritionnelle dérangement tel que : le surpoids, l'obésité, le diabète et la maladie cœliaque.
- Les restrictions involontaires suite à un mal-être.
- Suite à un régime, les personnes ont plus tendances à avoir des compulsions alimentaires. Idem pour un diabétique.

- Les différents types de personnalité : personnalité obsessionnelle compulsive, perfectionniste, troubles obsessionnels compulsifs, personnalité évitante ou dépendante, tendances/conduites impulsives.
- La tendance à éviter les conflits familiaux.

Facteurs déclencheurs (6) (7) :

- Le régime hypocalorique volontaire trop strict ou trop rigide ou involontaire suite à une dépression, chirurgie ou maladie.
- Un changement de mode de vie.
- Une perte affective (éloignement, rupture, divorce, décès).
- L'injonction pondérale (forcer quelqu'un à prendre ou perdre du poids) provenant d'une personne qui compte (parents, entraîneur, amis).

Facteurs avérés (6) (7) :

La génétique : transmission de la susceptibilité à développer un TCA, une tendance à déclencher l'anorexie mentale et non l'anorexie mentale elle-même dans 30% des cas.

- Le neuromédiateur « Agouti Related Peptide (AgRP) est orexigène (déclenche la faim) et le polymorphisme « Ala67Thr » de l'AgRP est significativement associé à l'anorexie mentale. Autres neuromédiateurs/polymorphisme associés : BDNF et 5HT2A (anorexigènes et induisent une hyperactivité physique), TrkB et CB1dT (anorexigène, diminue la douleur physique et psychique, favorise l'addiction).
- L'environnement : un parent qui suit continuellement un régime hypocalorique dans le but de maigrir et un qui est préoccupé par le physique de sa fille et non de ses garçons. Les filles intéressées par les médias valorisant la minceur.
- La croissance : augmentation des hormones sexuelles et féminines agissant comme modulateurs de la prise alimentaire et du comportement alimentaire.
- Les régimes amaigrissants.
- L'excès d'activité physique associé à un régime hypocalorique.

Facteurs d'entretien (6) (7) :

- La famille selon la réaction et son investissement dans les soins.
- Les conflits familiaux pouvant déclencher des crises et vomissements.
- La chute des hormones sexuelles provoquant la disparition des caractéristiques sexuelles, une diminution des envies et des émotions et induisant une voix de petite fille.
- La diminution du tissu adipeux (leptine) induisant une perte de la faim.
- L'hypersecretion du cortisol provoquant de l'anxiété et de l'hyperactivité physique.
- Les troubles digestifs (trouble de l'évacuation de l'estomac, constipation) induits par la dénutrition.
- Une crise d'hyperphagie qui amène à de la restriction.
- La restriction alimentaire qui engendre des compulsions/crises alimentaires.
- Les carences nutritionnelles.
- Les vomissements (perte de nutriments) poussant le malade à refaire une crise, ce qui engendre un cercle vicieux.
- La dénutrition et la restriction augmentent les pensées/état de type : frustration, mauvaise image de soi et sentiment d'impuissance, hypersensibilité, hyperémotivité et susceptibilité.

- La peur de tout et des émotions négatives (tristesse, colère, peur) induites par la dénutrition.
- La dénutrition grave (IMC <15kg/m²) : perte des sensations et émotions, à l'exception de la honte, de la culpabilité et de l'impuissance, qui restent présentes.
- L'hypersécrétion d'adiponectine et de ghréline vont favoriser les crises suite à l'augmentation de la faim.
- Le stress (de guérir et de faire souffrir l'entourage).
- Le malade se voit/sent différent et s'éloigne des autres.

3.1.5 Sémiologie

L'adolescence permet la transition de l'enfance à l'adulte et s'accompagne de difficultés à plusieurs niveaux : physique, psychique et social. Il s'agit d'une période de paradoxe, où l'adolescent recherche à la fois des repères et à la fois rejette ceux acquis durant l'enfance.

« Ces changements provoquent un bouleversement de l'identité des adolescents, de leur relation à leur corps, à eux/elles-mêmes et aux autres » (8). Ce besoin d'équilibre perpétuel est l'enjeu de l'adolescent.

Une des manières d'acquérir de l'autonomie est d'avoir le contrôle sur un des paramètres qui est l'image de soi. Il y a un besoin important du contrôle de poids, une peur de grossir et surtout du regard des autres. Ce problème devient central et « occupe toute la place dans l'esprit de l'adolescent, l'alimentation devient alors l'unique préoccupation de sa vie. Elle s'associe souvent à une hyperactivité physique et sportive pour lutter contre l'angoisse de grossir à nouveau » (9).

« L'anorexie mentale, c'est aussi s'infliger de terribles restrictions alimentaires en luttant contre le sentiment de faim (prépondérant au début) et avec la satisfaction extrême de la maîtrise absolue de son corps » (9).

3.1.6 Populations à risque

Les populations à risque sont (4) :

- Les adolescentes
- Les jeunes femmes
- Les mannequins
- Les danseurs et sportifs (sports esthétiques, à catégorie de poids, nécessitant de contrôler son poids, endurance (poids faible), compétitif)
- Les sujets atteints de pathologies qui impliquent des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale etc.

Signes évocateurs pour ces populations (4) :

- Nouvelles préoccupations autour de l'alimentation
- Préoccupations exagérées vis-à-vis de l'image corporelle
- Restriction alimentaire du type : comptage des calories, tri/exclusion des aliments, évitement des repas
- Comportements compensatoires : purge (vomissements volontaires, prises de laxatifs ou diurétiques, hyperactivité physique et hyper investissement scolaire/professionnel)

3.1.7 Conditions de repérage

La HAS (3) a publié des recommandations de bonne pratique en 2010, stipulant un dépistage et une prise en charge précoce pour ses effets bénéfiques. Il prévient « le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescentes (grade C)² ». Ceci permettra d'instaurer une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.

Pour parvenir au repérage des populations à risque, il existe plusieurs formes de dépistages proposés par la HAS (3).

Il est recommandé de :

- poser des questions de façon systématique comme: « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
- utiliser le questionnaire SCOFF-F (initialement DFTCA : définition française des troubles du comportement alimentaire, traduction française validée du SCOFF) en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA:
 - 1) Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 - 2) Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 - 3) Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 - 4) Pensez-vous que vous êtes gros-se alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 - 5) Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

En parallèle des questions, il est également recommandé d'avoir un suivi des paramètres anthropométriques :

- suivi systématique des courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer leur IMC

Le tableau « Signes évocateurs de l'anorexie mentale » de la HAS (3) permet également de dépister et ainsi approfondir la recherche d'une anorexie mentale (tableau 1).

Tableau n°1 : Signes évocateurs d'une anorexie mentale

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	<ul style="list-style-type: none">• Ralentissement de la croissance staturale• Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle)• Nausées ou douleurs abdominales répétées
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	<ul style="list-style-type: none">• Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie• Adolescent ayant un retard pubertaire• Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles• Hyperactivité physique• Hyperinvestissement intellectuel

² Grade C : Faible niveau de preuve scientifique

3.1.8 Complications

De plus, l'anorexie mentale est à risque de provoquer diverses conséquences (3) :

- Physiques : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, infections dentaires et cutanées, amyotrophie, œdèmes de carence, troubles digestifs, rénaux et métaboliques
- Psychiques : dépression, anxiété, suicide, auto-agression, phobies, obsessions, hypocondrie, troubles de la personnalité, baisse de l'estime de et de la confiance en soi, conduites addictives (alcool, drogues, etc.)
- Risque de chronicité <4 ans de suivi = 34%, 4-10 ans = 20% >10 ans = 14% (10) : fréquentes au début de la maladie avec rituels alimentaires, sans rémission stable et durable
- Sur la qualité de vie : isolement social, rituel et rigidité des attitudes, impact sur la vie affective, sexuelle, relationnelle et professionnelle
- Risque de rechutes
- Risque de mort : 0,5 % par année d'évolution

La chronicité peut être définie lorsque la maladie persiste depuis plus de 5 ans avec encore de la restriction alimentaire, un IMC inférieur à 17,5kg/m², une persistance de la peur de grossir, une dysmorphophobie et des comportements compensatoires avec des conduites de boulimie un cas sur deux.

3.1.9 Prise en charge

Selon la HAS (3), les objectifs de la première consultation en cas d'éviction de toute suspicion de gravité immédiate, sont de « confirmer le diagnostic, une information sur l'anorexie mentale et la recherche d'une alliance thérapeutique ».

- 1) Confirmation du diagnostic : la première rencontre est importante dans la solidification de l'alliance thérapeutique. Il est recommandé d'adopter une attitude « empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle » dans le but d'avoir un contexte sécurisant dans lequel le patient peut s'exprimer en confiance, par exemple sur ses nouvelles habitudes alimentaires ou sur sa préoccupation excessive de son image du corps, des conduites restrictives ou encore de l'hyperactivité physique. Ces éléments ne sont pas toujours tous présents mais l'existence de plusieurs d'entre eux associée à une perte de poids importante doit faire évoquer un TCA. Il est alors recommandé de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale par la présence de chacun des critères diagnostiques d'une des classifications internationales.

- 2) Information du patient et recherche d'alliance, il est recommandé de :

- Nommer et expliquer la maladie tout en évitant la stigmatisation.
- Affirmer que cette maladie peut devenir chronique, avec des conséquences à court et long terme nécessitant des soins spécifiques (médicaux et psychiques).
- Expliquer l'objectif des soins (restaurer le poids, avec un objectif de guérison plus large comprenant une dimension psychologique, sociale et relationnelle)

Le déni des troubles est un obstacle à la prise en charge. Afin de simplifier le processus vers la guérison, l'entourage ainsi que les professionnels peuvent participer et instaurer une relation de qualité.

- 3) Création de l'alliance thérapeutique : le médecin de premier recours peut se positionner en médecin coordinateur des différents intervenants ou orienter le patient vers un autre confrère pour une prise en charge spécifique.

3.1.10 Traitements

La prise en charge est pluridisciplinaire (psychologues, psychiatres, médecins, diététicien-ne-s, infirmier-e-s, aide-soignant, coach de vie). Il existe des recommandations nutritionnelles et non nutritionnelles selon NICE (11) dans le traitement de l'anorexie mentale pour les enfants/adolescents.

Traitements de l'anorexie mentale

- Inclure la psychoéducation sur le trouble
- Inclure la surveillance du poids, de la santé mentale et physique ainsi que des facteurs de risque
- Être multidisciplinaire et coordonné entre les services
- Impliquer les membres de la famille de la personne ou les aidants (selon le cas)
- Aider les personnes à atteindre un poids de santé ou un IMC correspondant à leur âge
- La prise de poids est essentielle pour soutenir les autres changements psychologiques, physiques qui sont liés à la qualité de vie nécessaires à l'amélioration ou au rétablissement
- Lors de la pesée des personnes souffrant d'anorexie mentale, envisager de partager les résultats avec eux et avec les membres de leur famille ou leurs aidants

Traitements nutritionnels

Il est conseillé d'offrir uniquement des conseils diététiques dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.

- Encourager les personnes souffrant d'anorexie mentale à prendre un supplément multivitaminique et multiminéral par voie orale en fonction de leur âge, jusqu'à ce que leurs apports alimentaires soient suffisants pour correspondre à leurs valeurs nutritionnelles de référence
- Inclure les membres de la famille ou les personnes qui s'occupent de l'enfant dans les programmes d'éducation alimentaire ou de planification des repas destinés aux enfants et aux jeunes atteints d'anorexie mentale
- Offrir des conseils diététiques supplémentaires aux enfants et aux jeunes souffrant d'anorexie mentale et à leur famille (ou aux personnes qui s'en occupent) pour les aider à satisfaire leurs besoins alimentaires en matière de croissance et de développement (en particulier au cours de la puberté)

La HAS (3) propose des objectifs axés sur la renutrition chez les enfants et adolescents :

- Atteindre et maintenir une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents
- Obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée
- Obtenir une attitude détendue et souple face à l'alimentation
- Obtenir la réapparition des sensations de faim et de satiété
- Accéder à la renutrition, en cas de dénutrition sévère

De plus, il est recommandé de déterminer l'objectif pondéral en discutant avec le patient de l'objectif de poids à atteindre de manière progressive.

De manière générale, le maintien du poids est le premier objectif avant d'entamer la route de prise de poids. Dans la phase de reprise, une prise de poids de 1 kg par mois est considéré comme objectif « mesuré et acceptable ». Toutefois, il est recommandé de valoriser l'aspect de la prise de poids et éviter de fixer d'avance un poids minimal afin que cela ne tourne pas à l'obsession.

Pour les enfants et les adolescents, « les objectifs de poids réévalués régulièrement en fonction des percentiles d'IMC reposent sur : l'âge ; la taille ; l'étape de puberté ; le poids pré morbide ; les courbes de croissance » (3).

« En cas de dénutrition, une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère (grade III), puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise » (3).

3.2 Family based treatment (FBT)

3.2.1 Rôle de la famille

Au cours des dernières décennies, de nombreux cliniciens ont mis en évidence que la perturbation ou particularité familiale peut avoir une influence sur l'émergence des TCA, notamment l'anorexie mentale. « Certains pionniers de la thérapie familiale, notamment S. Minuchin et M. Selvini-Palazzoli ont affirmé, dès les années 1960-1970, l'existence d'une famille dite psychosomatique ou anorexigène, marquée par l'enchevêtrement relationnel, la surprotection, la rigidité, l'évitement du conflit, et une tendance à impliquer la future patiente dans des conflits conjugaux latents. Le symptôme alimentaire permettrait de détourner l'attention familiale de cette mésentente parentale et de maintenir le consensus, protégeant ainsi la famille de tout changement ou de toute séparation » (12). C'est pourquoi, il semblait judicieux d'adopter une prise en charge individuelle et ainsi tenir la famille à distance.

Néanmoins, aucune étude scientifique n'a pu confirmer cette hypothèse. Il a été observé que les familles des personnes atteintes d'anorexie mentale ont des modes de fonctionnement diverses comme les familles dites « normales ». A partir de là, il a été démontré que « la qualité du fonctionnement familial est un facteur de guérison non négligeable et que la manière dont la famille réagit à l'anorexie mentale après sa survenue influence beaucoup l'évolution de la maladie » (12). Le but est de consolider la relation parent-enfant lors de la prise en charge.

Cela permet à la fois de venir en aide à la famille dans le but de retrouver un sentiment de compétence et de confiance et ainsi éviter des conflits. Cette méthode permet également à l'adolescent d'être compris et accompagné.

Il est évident qu'une prise en charge multidisciplinaire et l'alliance thérapeutique s'ajoutent à la thérapie familiale. En effet, la guérison est possible sur le long terme et ceci grâce à la prise en charge globale impliquant les dimensions telles que les aspects nutritionnels, somatiques, psychologiques et familiaux.

Une prise en charge diffère selon le degré de gravité et également d'une personne à l'autre. Il est primordial de souligner l'importance de la pluridisciplinarité, l'alliance avec les proches et le patient et le diagnostic précoce.

3.2.2 L'approche Maudsley

L'anorexie mentale reconnue il y a maintenant plus de 125 ans n'est pas encore totalement comprise et les cliniciens sont encore à la recherche de nouvelles méthodes afin de la traiter.

Nous décrivons ci-dessous une approche relativement récente, développée à l'hôpital de Londres Maudsley, qui a été évaluée et qui est de plus en plus proposée au vu de ses résultats prometteurs.

Les sociétés savantes recommandent d'inclure les familles dans le traitement de l'anorexie mentale des enfants et adolescents. L'approche Maudsley fait partie des approches familiales spécifiquement développées pour le traitement de cette pathologie. Il s'agit en outre d'une approche qui a été beaucoup évaluée. Elle est plus connue sous le nom de "family-based-treatment (FBT)", ce qui signifie traitement fondé sur la famille en anglais. Ce traitement a été conçu par une équipe de psychiatres et psychologues pour enfant de l'hôpital Maudsley. D'autres centres pratiquent cette approche notamment en Angleterre, aux États-Unis, au Canada et en Australie ; une approche qui prend de plus en plus d'ampleur dans le reste du monde. C'est un modèle alternatif prometteur comparé aux programmes coûteux d'hospitalisation. Il cherche à restaurer le poids d'origine du patient ainsi que de revenir au développement normal de l'adolescent en prévenant l'hospitalisation.

L'approche Maudsley est le plus souvent utilisée en ambulatoire de manière intensive avec les parents. Les thèmes principaux abordés avec eux sont :

- des stratégies à adopter dans le but d'aider un enfant à retrouver un poids normal compte tenu de son âge et sa taille
- remettre le contrôle sur l'alimentation de l'adolescent
- encourager son développement par des discussions profondes concernant ses problèmes

Les traitements plus traditionnels de l'anorexie mentale suggèrent que les soignants se centrent sur le patient sans inclure les parents dans la prise en charge. Ceux qui utilisent cette approche considèrent que les "problèmes familiaux" font partie de l'étiologie de l'anorexie mentale. Il est possible que les parents se sentent alors responsables de cette maladie. L'approche Maudsley s'oppose à cette théorie et considère les parents comme une ressource indispensable au succès du traitement (13).

Pour résumer, cette approche serait surtout utile pour les adolescents qui sont malades depuis peu de temps, c'est-à-dire moins de 3 ans. Elle a pour but de prévenir l'hospitalisation et contribuer au rétablissement de ceux-ci, seulement si les parents sont vus comme ressource et sont actifs dans la prise en charge. Un manuel expliquant aux parents comment ils devraient être impliqués est à présent disponible (14) ; il est accompagné d'un manuel expliquant le rôle positif qu'ils peuvent avoir (15).

L'approche Maudsley comporte 3 phases sur environ 15 à 20 séances de traitement sur une période d'approximativement 12 mois.

Phase I : restauration/rétablissement du poids (13)

Le thérapeute est attentif aux dangers de la malnutrition sévère liée à l'anorexie mentale, par exemple : l'hypothermie, les perturbations de l'hormone de croissance, les troubles cardiaques et les changements cognitifs et émotionnels.

Il va évaluer les schémas typiques d'interaction et d'habitudes alimentaires dans le but d'aider les parents à réalimenter leur enfant. Un second point important pour le thérapeute sera de réconcilier l'adolescent avec sa famille ou pairs s'il est nécessaire. Cela signifie l'aider à renouer des relations plus fortes avec ceux-ci. Pour cela un repas en famille est organisé et réunit au minimum deux conditions telles que :

- observer les schémas d'interaction de la famille autour du repas
- aider les parents à encourager l'adolescent-e à manger un peu plus que ce qu'il/elle avait prévu

La manière dont les parents effectuent cette tâche difficile et délicate est similaire à celle d'une équipe compétente d'infirmier-e-s. Les principes clés et les étapes à suivre sont identiques, il faut être empathique et compréhensif vis-à-vis de l'adolescent qui est ambivalent sur le fait de manger ou non à cause des pensées liées aux troubles alimentaires.

Le plus important dans cette phase est le fait de guider les parents à la reprise de poids de leur enfant en exprimant leur soutien et empathie sans critiquer, tout en gardant à l'esprit que la situation est difficile pour l'enfant dans la maladie.

L'approche conçoit que l'adolescent n'a pas à être critiqué pour ses comportements difficiles liés aux troubles alimentaires, mais plutôt que ces symptômes échappent pour la plupart au contrôle de l'adolescent, c'est pourquoi il est important que les parents apprennent dans cette phase à ne pas porter de jugements envers leur enfant.

Phase II: redonner le contrôle de l'alimentation à l'adolescent (13)

Les points importants de cette phase sont :

- l'acceptation de l'adolescent vis-à-vis de la demande parentale concernant une augmentation de ses apports alimentaires
- une prise de poids régulière
- un changement de la dynamique familiale

Elle a pour but d'encourager les parents à soutenir leur enfant à mieux maîtriser son alimentation. Le thérapeute insiste ici auprès des parents sur le fait qu'il est primordial d'accepter que le retour de leur enfant à un état de santé dit normal se produit d'une certaine façon en prenant en compte son âge et son style familial.

Les symptômes de la maladie sont toujours discutés entre la famille et le thérapeute. On pourra à ce moment parler des problèmes liés aux relations familiales et aux problèmes quotidiens dans la famille. Les parents ainsi que le thérapeute doivent avoir la même ligne de conduite concernant la prise en charge de l'enfant dans le but d'une prise de poids. Par exemple, si celui-ci souhaite aller manger au restaurant puis se rendre au cinéma et que les parents ont un doute sur le fait que l'enfant réussisse à manger, le compromis ici serait de manger avec les parents pour ensuite aller au cinéma.

Phase III: Établir une identité d'adolescent en bonne santé (13)

La phase débute lorsque l'adolescent est en mesure de maintenir un poids supérieur à 95% du poids idéal et qu'il n'est plus en dénutrition. On peut alors commencer à se concentrer sur l'impact de l'anorexie mentale sur l'enfant tout en établissant une nouvelle identité saine de celui-ci. Cela nécessite d'examiner les problèmes centraux de l'adolescence tout en soutenant son autonomie et à garder la bonne distance avec ses parents. C'est également le moment pour les parents de se réorganiser au vu du départ éventuel de leur enfant du nid familial.

Nous savons qu'il existe plusieurs thérapies qui impliquent les parents dans le traitement de l'anorexie mentale. Parmi les approches développées, la thérapie Maudsley est celle qui a été la plus évaluée, c'est pour cela que nous nous intéressons tout d'abord à son efficacité, ce qui constitue notre première question de recherche.

Il s'agit d'une approche multidisciplinaire, mais la place de l'expert en diététique n'est pas encore claire, ce qui nous amène à notre deuxième question de recherche qui traitera la place du/de la diététicien-ne dans cette approche.

4. But

Nous savons aujourd'hui par expérience que de nombreux diététicien-ne-s ne s'occupent pas des personnes ayant un trouble du comportement alimentaire par manque d'expertise dans ce domaine.

Nous supposons qu'il manque dans nos pratiques une prise en charge globale pour des personnes n'ayant pas de spécialisation.

Nous savons qu'en Suisse romande, le Bachelor en Nutrition et Diététique de la HES-SO comprend un module sur les troubles du comportement alimentaire sur un semestre. En revanche, si l'étudiant ne fait pas de stage dans ce domaine, il lui sera difficile de mettre en pratique la théorie.

Concernant la thérapie incluant la famille, aucune recommandation n'est donnée durant ce module. L'école forme les étudiants à l'éducation thérapeutique en utilisant la technique de l'entretien motivationnel (E.M.) et de la thérapie cognitivo-comportementale (T.C.C.). Après l'obtention de ce Bachelor, aucune formation ou spécialisation en Suisse n'est disponible dans ce domaine. C'est pourquoi les stages sont la meilleure façon de se former. Nous constatons alors un manque au niveau de la formation de base des diététicien-ne-s dans la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale.

Selon la HAS (3), une évaluation globale est recommandée. Cela inclut une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, tout en incluant la dynamique familiale et sociale. Cela permettra de déterminer les signes de gravité cités auparavant. Un-e diététicien-ne expérimenté-e devra alors participer à l'évaluation nutritionnelle en effectuant l'évaluation des ingestas. Ces compétences seront également nécessaires afin d'objectiver la renutrition, de définir l'objectif pondéral, de suivre et accompagner le patient dans sa renutrition et de surveiller son bilan hydro électrolytique.

Nous nous intéressons à la population des adolescents car il s'agit d'une problématique pour laquelle il est possible d'agir rapidement et ainsi éviter la chronicité. De plus, nous sommes intéressées de connaître l'impact de l'inclusion ou au contraire l'exclusion des parents dans la thérapie sur la pathologie de l'anorexie mentale.

Nous savons aujourd'hui qu'une personne atteinte d'un trouble du comportement alimentaire peut souffrir de plusieurs pathologies selon les périodes de sa vie. Une personne atteinte d'anorexie mentale peut parfois souffrir également de boulimie ou du binge eating disorder³ car elle lutte continuellement contre la nourriture. Le cercle vicieux du maintien décrit par Fairburn renforce cette hypothèse (figure 1) (16).

³ Accès hyperphagiques

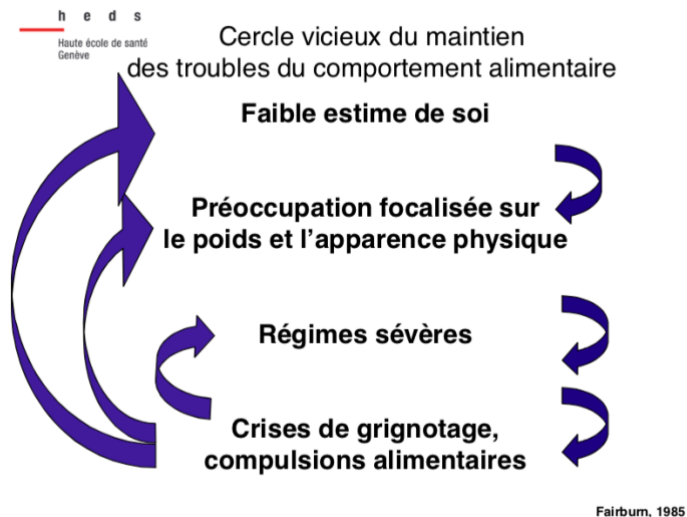


Figure 1. Cercle vicieux du maintien des troubles du comportement alimentaire

Une faible estime de soi peut amener à une préoccupation focalisée sur le poids et l'apparence physique ce qui peut engendrer des régimes sévères et cela peut déclencher des crises de grignotages ou des compulsions alimentaires. Nous souhaitons nous concentrer sur la pathologie de l'anorexie mentale uniquement car nous avons plus de résultats à ce sujet, étant donné que la méthode a plus d'années d'expérience dans ce domaine. Nous allons inclure différents types de prise en charge familiale de l'anorexie mentale. Cela nous permettra d'identifier les similitudes et différences des outils dans celle-ci.

Nous allons, dans un premier temps, effectuer une revue des revues de littérature systématiques sur les effets des thérapies familiales sur l'anorexie mentale, pour ensuite analyser le rôle du/de la diététicien-ne dans cette prise en charge. Cela permettra d'avoir des informations et outils plus concrets concernant la prise en charge de ces patients et ainsi favoriser leur accompagnement.

5. Questions de recherche

Question de recherche N°1

Quelle est l'efficacité des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent ?

P= adolescents de 11 à 18 ans atteints d'anorexie mentale

I= Prise en charge avec Family based treatment (FBT) (Maudsley model)

C= différents types de prise en charge

O = effets des interventions sur l'évolution de l'IMC, le trouble du comportement alimentaire, l'anxiété/la dépression, l'estime de soi et le taux de rémission

Question de recherche N°2

Quel est le rôle de le/la diététicien-ne dans une prise en charge de l'anorexie mentale incluant les parents ?

6. Objectifs

Nos recherches ont pour objectifs dans un premier temps :

- D'étudier et de comprendre les caractéristiques de l'anorexie mentale : les facteurs de risque, les conséquences, etc.
- De décrire l'ensemble des traitements les plus courants utilisés dans l'anorexie mentale.
- De comprendre et décrire la thérapie incluant les parents (FBT) pour l'anorexie mentale.
- De définir si une prise en charge avec l'approche Maudsley a un effet bénéfique sur la gestion de l'anorexie mentale, c'est-à-dire sur l'évolution de l'IMC, sur le trouble du comportement alimentaire, la dépression et l'estime de soi et le taux de rémission.

Pour cela nous avons pris la décision d'effectuer une revue de littérature narrative pour notre cadre de référence, ainsi que la revue de littérature systématique pour l'efficacité de la FBT, afin de répondre à nos *outcomes*⁴ comme décrit ci-dessus.

Dans un second temps, nous avons comme objectifs :

- De décrire le rôle du/de la diététicien-ne dans ces approches.
- De suggérer des idées de mise en pratique d'interventions nutritionnelles destinées aux adolescents atteints d'anorexie mentale lors de la FBT.

Pour cela nous avons conduit une étude qualitative dans laquelle nous avons contacté des diététicien-ne-s du terrain pour les interroger et connaître leur rôle.

7. Méthodes

7.1 Question de recherche N°1

7.1.1 Équation de recherche

Nous avons décidé d'utiliser plusieurs filtres afin que notre recherche soit plus précise :

- adolescents 11-18 ans, filtré manuellement sur PubMed
- 15 ans maximum concernant la date de publication
- revue systématique

Pour répondre à notre [question de recherche n°1](#), nous avons effectué une revue des revues de littérature systématiques qui ont examiné l'efficacité d'une prise en charge familiale des patients adolescents anorexiques. Vu le nombre important d'études menées sur ces approches familiales, et puisqu'elles ont été regroupées dans des revues systématiques de la littérature et méta-analyse, il est pertinent de procéder à une revue de ces revues. En effet, elles ont un niveau de preuves élevées, et cela nous permet de synthétiser l'ensemble des connaissances à disposition sur cette thématique.

7.1.2 Procédure générale

Pour commencer, nous avons sélectionné dans la littérature scientifique les revues systématiques regroupant les études qui ont évalué une intervention incluant la famille pour la prise en charge d'adolescents atteints d'anorexie mentale.

⁴ résultats

Ensuite, nous avons décrit le contenu des diverses interventions réalisées ainsi que les variables évaluées (l'évolution de l'IMC, le trouble du comportement alimentaire, dépression, estime de soi et le taux de rémission) pour pouvoir les comparer entre elles.

Pour avoir une vision d'ensemble plus claire, nous avons fait un tableau décrivant les caractéristiques, l'extraction et la synthèse des données des articles retenus (Annexe I).

7.1.3 Stratégie de recherche documentaire

Base de données

Pour la sélection des articles de notre revue systématique, nous avons utilisé trois bases de données : Pubmed, CINAHL et PsycINFO. Pour cela nous avons utilisé des mots clés dénommés « Medical Subject Headings Terms » (MeshTerms) dans PubMed et PsycINFO et CINAHL Headings.

Mots-clés

Afin d'avoir les bons termes de recherche, nous avons utilisé HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal) qui inclut les principales terminologies et ontologies de santé.

Voici les différents mots-clés (MeshTerms) que nous avons utilisés pour nos recherches :

- Anorexia
- Family therapy
- Systematic review

Les équations de recherche étaient les suivantes :

- PubMed : (((family therapy) AND anorexia nervosa) and systematic review)
- CINAHL : Family therapy / anorexia / systematic review
- PsycINFO : (family therapy AND anorexia nervosa AND systematic review)

Critères d'inclusion et d'exclusion

A. Design

Nous avons inclus les revues systématiques ainsi que les méta-analyses et exclu tout autre type d'études.

B. Population

Critères d'inclusion

La population qui a été choisie est des adolescents de 11 à 18 ans atteints d'anorexie mentale. Concernant la base de données PubMed et PsycINFO nous avons dû filtrer nous-mêmes les articles parlant d'adolescents sans utiliser le filtre contrairement à la base de données CINAHL. Nous avons inclus différents types de prise en charge incluant la famille de l'anorexie mentale. Cela nous a permis d'identifier les similitudes et différences des outils dans celle-ci.

Nous n'avons pas fait de différence entre les hommes et les femmes ni même sur la durée de la maladie.

Critères d'exclusion

Nous avons également exclu les articles traitant seulement d'autres types de TCA tels que : boulimie, ARFID, etc.

Pour le moment l'approche Maudsley est surtout utilisée pour l'anorexie mentale. Toutefois, certains résultats scientifiques démontrent l'utilisation de cette méthode pour le « binge eating disorder ⁵ » et la boulimie.

Nous nous sommes concentrées sur un âge de 11 à 18 ans comme dit précédemment. Cependant, quelques sujets peuvent être des jeunes adultes, ce qui nous a permis d'avoir plus de résultats. Nous avons exclu les articles concernant la population de plus de 25 ans.

C. Intervention

Nous avons sélectionné les études qui ont évalué les effets des interventions incluant la famille pour des adolescents souffrant d'anorexie mentale.

D. Outcomes

Les outcomes principaux utilisés dans les articles considérés étaient les suivants : l'amélioration du poids, le taux de rémission, le trouble du comportement alimentaire évalué par différents questionnaires, la dépression et l'estime de soi.

Pour évaluer le trouble du comportement alimentaire, les questionnaires suivants étaient utilisés dans une majorité d'études :

- Échelle de Morgan Russell (17)
- Eating Behavior Rating Scale (EBRS) (18)
- Eating Disorder Examination (EDE) (19)
- Eating Attitudes Test (EAT) (20) et sa version pour enfants (ChEAT pour Children's Eating Attitudes) (21)
- Eating Disorder Inventory (EDI) (22)

L'échelle de Morgan Russell et l'EBRS sont deux questionnaires spécifiquement dédiés à l'évaluation de la sévérité de l'anorexie mentale. Les trois autres questionnaires (EDE, EAT, EDI) sont des questionnaires généraux qui évaluent différentes dimensions communes à l'anorexie mentale ou à la boulimie, telles que la recherche de minceur, les pertes de contrôle alimentaire, la restriction alimentaire ou l'insatisfaction corporelle par exemple.

Pour évaluer la dépression, le Beck Depression Inventory (BDI) (23) était souvent utilisé, et l'échelle Rosenberg self-esteem (RSES) (24) pour évaluer l'estime de soi.

E. Langues et date de publication

Nous avons décidé d'inclure les articles en français, anglais et italien. Seuls des articles en anglais ont finalement été retenus.

Il nous a semblé pertinent de mettre une limite de 15 ans concernant la date de publication des revues pour avoir une documentation la plus récente possible et ainsi être au plus près de ce qui se fait actuellement.

⁵ Accès hyperphagique

7.1.4 Sélections d'études

A. Sélection par design

Nous avons commencé par filtrer le design des études : revues systématiques. Nous avons également rajouté les filtres concernant l'âge 11-18 ans.

B. Sélection par titre

Nous avons effectué un tri en fonction des titres qui nous ont permis d'avoir une idée générale des thèmes des articles.

C. Sélection par abstract

Ce tri s'est fait en fonction de la lecture des abstracts des articles déjà sélectionnés, ce qui nous a apporté plus de précisions sur l'article en question. Cette vérification nous a permis, à chaque étape, de vérifier si l'article correspondait à notre thématique ainsi qu'aux critères d'inclusions prédéfinis. D'autre part, il nous a permis d'inspecter les outcomes et nous a indiqué la possibilité de lire l'article en entier dans le cas où il était conforme.

D. Sélection par contenu de l'article

La lecture du contenu des articles s'est faite suite aux abstracts qui ont correspondu à nos critères de sélection. Nous nous sommes réparti les articles afin d'être efficaces. Lors de cette lecture nous avons pu décider s'ils correspondaient pleinement à notre question de recherche et à nos critères d'inclusion.

E. Évaluation de la qualité des articles

Nous avons évalué la qualité de chaque article sélectionné grâce à la grille d'analyse de la qualité de l'Academy of Nutrition and Dietetics (Annexe II). Cet outil a permis de déterminer la qualité des articles. Il justifie la qualité de l'article sous forme d'indication positive, neutre ou négative. La qualité des articles sélectionnés est indiquée dans le [Tableau n°2](#) : caractéristiques des études retenues.

F. Sélection des articles

L'utilisation de l'équation de recherche avec les différents MeSH Terms ont permis d'identifier 16 articles sur la base de données PubMed, 9 articles sur la base de données CIHNAL et 10 articles sur la base de données PsycINFO soit 35 articles au total.

Nous avons ensuite enlevé les doublons, il restait alors 28 articles. Après la lecture des titres et abstracts, nous avons retenus 5 articles sur PubMed et 3 sur CINAHL, soit 8 au total. Après la lecture de ceux-ci seuls 5 ont été retenus, car les autres ne répondaient pas à notre question de recherche. Afin d'avoir une vue d'ensemble plus claire, nous avons détaillé notre sélection à l'aide du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (figure 2) (25).

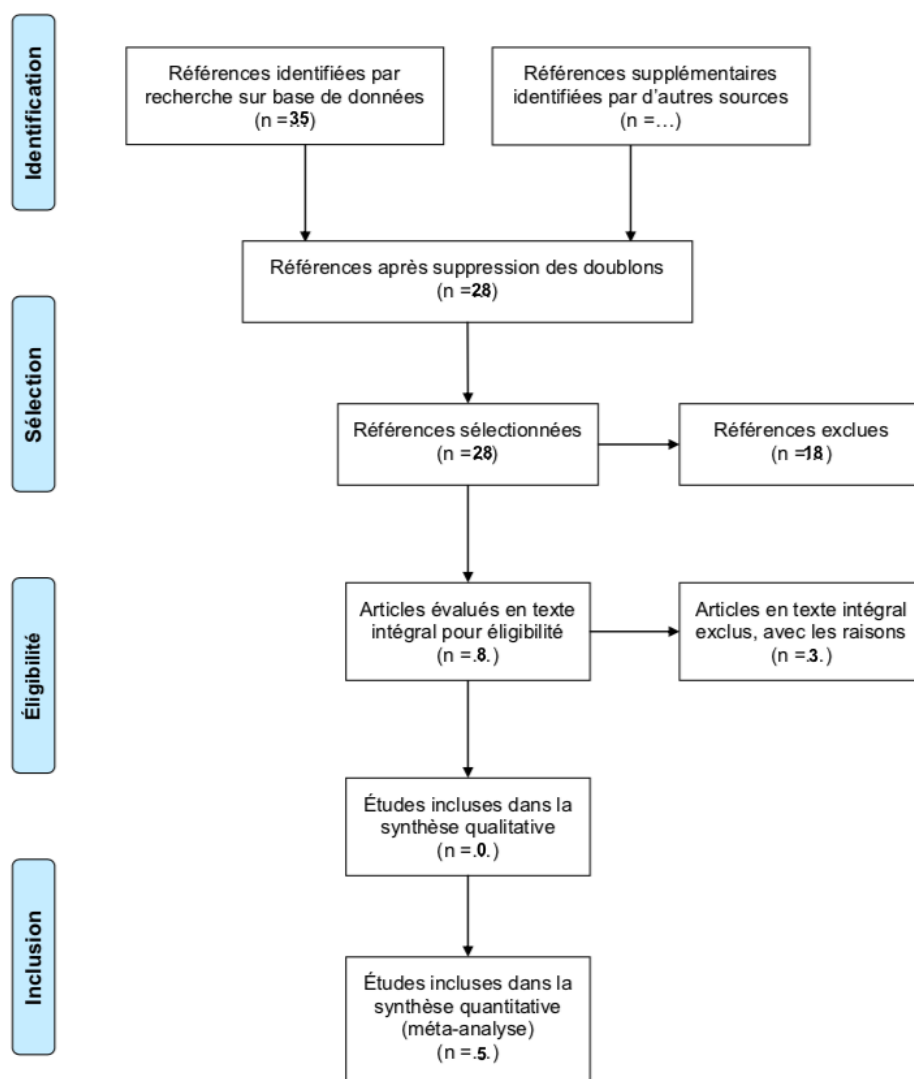


Figure 2. Traduction française originale du diagramme de flux PRISMA 2009

7.2 Question de recherche N°2

7.2.1 Procédure générale

Pour répondre à notre [question de recherche n°2](#), nous avons interviewé 4 diététicien-ne-s pendant 45 minutes environ. Ils venaient tous d'établissements différents prenant en charge des adolescents souffrant d'anorexie mentale.

Le but était de pouvoir ensuite dégager le rôle du/de la diététicien-ne dans les prises en charge incluant la famille afin d'avoir une idée plus précise à ce sujet.

7.2.2 Stratégie de la démarche qualitative

A. Designs

Nous avons effectué une étude qualitative qui comprend des entretiens avec des professionnels diététicien-ne-s.

B. Population

Nous avons contacté des diététicien-ne-s qui travaillent avec des patients souffrant d'anorexie mentale dans plusieurs milieux en Suisse romande. Il n'y a donc pas eu d'immersion auprès d'un groupe d'adolescents atteints d'anorexie mentale dans le but d'analyser seulement la pratique du diététicien-ne-s.

C. Éthique

Nous avons fait signer aux professionnels interviewés une lettre de consentement (Annexe III) afin de savoir s'ils nous autorisaient ou non de les enregistrer et de dévoiler leur nom ou leur lieu de travail.

Les professionnels ont bénéficié de l'anonymat complet car certains d'entre eux ont accepté de divulguer seulement leur lieu de travail. Nous avons alors choisi de ne rien divulguer car certains auraient pu tout de même être reconnu.

7.2.3 Déroulement

Interview dirigée

Suite à notre recherche d'articles nous avons pu identifier le type de questions à rédiger pour notre interview. Nous les avons ensuite fait valider par notre Directrice de Travail de Bachelor qui a su nous aiguiller afin d'avoir les meilleures questions possibles. Ensuite, une grille d'entretien a été élaborée au préalable avec des questions ciblées afin d'obtenir des réponses précises (Annexe IV). Les interviews ont été réalisées face à face de manière individuelle, sur le lieu de travail.

Caractéristiques de l'interview dirigé (26)

- Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées
- Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis
- Information partielle et réduite
- Information recueillie rapidement ou très rapidement
- Inférence assez faible

Le fait d'avoir des questions préparées à l'avance nous a permis de garder un fil conducteur et de ne pas trop nous éloigner du sujet. Nous avons pu grâce à cela rester au plus près de ce que dit le répondant et ne manquer aucune information importante.

Retranscription

Nous avons enregistré l'interview afin de ne perdre aucune donnée. Nous avons retranscrit un résumé de l'entretien par question à l'aide de nos prises de notes et l'écoute de l'audio des interviews (26).

Analyse qualitative

Nous avons résumé les interviews et fait ressortir la place du/de la diététicien-ne dans la prise en charge incluant les parents des patients atteints d'anorexie mentale. Les données ont été analysées d'un point de vue sémantique, c'est-à-dire que le traitement était manuel, il s'agit d'une analyse empirique des idées, des mots et de leurs significations (26).

7.2.4 Thèmes

La synthèse des résultats est présentée sous forme d'une analyse thématique, dans laquelle nous avons regroupé par thème les sujets principaux ressortis des différents interviews. Les thèmes qui nous intéressaient étaient : le type de méthodes utilisées, les recommandations nutritionnelles, la place du/de la diététicien-ne dans la prise en charge de l'anorexie mentale chez les adolescents, la formation des diététicien-ne-s, la collaboration pluridisciplinaire, l'inclusion des parents dans la prise en charge dans certaines institutions en Suisse romande et la vision du diététicien concernant la FBT.

8. Résultats

Dans ce chapitre, nous allons présenter les résultats de la revue de littérature afin de répondre à notre première question de recherche : « *Quelle est l'efficacité des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent ?* ». Ensuite, nous présenterons les résultats de l'analyse des entretiens dans le but de répondre à la deuxième question de recherche : *Quel est le rôle de le/la diététicien-ne dans une prise en charge de l'anorexie mentale incluant les parents ?*

8.1 Résultats de la revue de littérature

8.1.1 Sélection des articles

Dans le but d'évaluer l'efficacité de la prise en charge des adolescents incluant la FBT, nous avons retenu 5 articles qui sont décrits dans le [Tableau n°2](#) : caractéristiques des études retenues (auteurs, année de parution, nom de l'article, pays, type de revue, base de données, designs des études incluses, objectif et la qualité).

Concernant l'extraction des données des études retenues, nous avons séparé les informations en 5 tableaux différents afin d'avoir une vision d'ensemble plus claire concernant nos résultats. Le but est que ces tableaux répondent aux variables (effets des interventions sur l'évolution de l'IMC, le trouble du comportement alimentaire, la dépression, l'estime de soi et le taux de rémission) de notre première question de recherche : « *Quelle est l'efficacité des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent ?* » Voici les divers tableaux présentés ci-dessous :

- [Tableau n°3](#) : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Couturier et al. 2012 (27)
- [Tableau n°4](#) : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Gelin et al. 2015 (28)
- [Tableau n°5](#) : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Lock et Gowers 2005 (29)
- [Tableau n°6](#) : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Tierney et Wyatt 2005 (30)
- [Tableau n°7](#) : Description des différentes études (étude cas-témoin, essais contrôlés randomisés, étude de cohorte) analysées dans Richards et al. 2017 (31)
- Le [Tableau n°8](#) : Synthèse des différentes formes de thérapies

Le [Tableau n°8](#) permet de synthétiser les résultats des différentes revues et répondre à notre première question de recherche. En effet, nous avons regroupé toutes les interventions importantes et les avons séparées en deux catégories.

La première consiste à comparer la FBT à d'autres thérapies individuelles (IT, EOIT, AFT et CBT). La deuxième catégorie compare la FBT à ses différentes formes (CFT, IS-MFT, FBT (12 mois) vs FBT (6 mois), FGP, MFT+FBT, FBT centré sur le parent et FBT/IPC).

Les diverses études traitaient de plusieurs formes de thérapie familiale, voici la liste représentative :

- FBT-Thérapie familiale : il s'agit d'une thérapie qui prend en compte le fonctionnement familial en incluant l'entourage de l'adolescent.
- FBT Augmentative : thérapie qui inclut des approches complémentaires (par exemple : MFT intensive pendant plusieurs jours), dans lesquelles des composants sont ajoutés et modifiés à la FBT tout en maintenant les principes théoriques fondamentaux de celle-ci.
- FBT+BAT : Thérapie familiale incluant la thérapie de conscience du corps.
- FBT/IPC : Thérapie familiale avec coaching intensif des parents.
- CF : Conseils à la famille concernant les attitudes alimentaires à avoir avec l'adolescent.
- CFT-Thérapie familiale conjointe : une approche, aidant les parents à contrôler l'apport alimentaire de leur enfant, tout en encourageant l'enfant à être plus autonome et plus affirmé.
Elle a pour but de focaliser sur la compassion et est particulièrement appropriée pour les personnes qui ont des niveaux élevés de honte et d'auto-critique. La thérapie permet aux membres de la famille d'exprimer leurs opinions.
- FGP-Psychoéducation en groupe familial : il s'agit d'informer et éduquer l'adolescent afin d'améliorer sa qualité de vie. Elle s'adresse autant au patient qu'à l'entourage. L'objectif est de réintégrer le patient dans la société en améliorant la communication et la gestion des émotions.
- IS-MFT-Modèle systémique intégratif de la MFBT : il s'agit d'une thérapie multifamiliale basée sur la FBT. Elle est utilisée lorsque la FBT ne donne pas de résultats escomptés ou que l'enfant/adolescent a subi plusieurs hospitalisations et autres traitements.
- MFBT-Thérapie multiple familiale : il s'agit d'une thérapie multifamiliale basée sur la FBT.
- M-IFT : Thérapie multi-familiale intensive.
- S-IFT : Thérapie familiale intensive

Tableau n°2 : Caractéristiques des études retenues

Auteurs	Titres des articles	Année de parution	Pays	Type de revue	Base de données	Design des études incluses	Objectifs	Qualité
Couturier. J., Kimber. M., Szatmari. P. (27)	Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders	Juillet 2012	Canada	Revue systématique et méta-analyse	Pubmed	12 essais contrôlés randomisés	La FBT comparée à d'autres types de traitement	+
Gelin. Z., Cook-Darz. S., Yves. S., Hendrick. S., (28)	Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review	Juillet 2015	France et Belgique	Revue systématique	Pubmed	29 essais contrôlés randomisés	La comparaison de différents types de FBT	+
Lock. J. et Gowers .S (29)	Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa	2005	Angleterre et USA	Revue systématique	CINAHL	5 essais contrôlés randomisés	La FBT comparée à d'autres types de traitement	+
Tierney. S. et Wyatt. K. (30)	What works for adolescents with AN? A systematic review of psychosocial interventions	Juin 2005	Angleterre	Revue systématique	Pubmed	8 essais contrôlés randomisés	La FBT comparée à d'autres types de traitement + La comparaison de différents types de FBT	+
Richards. I., Subar. A., Touyz. S., Rhodes.P., (31)	Augmentative Approaches in Family-Based Treatment for Adolescents with Restrictive Eating Disorders: A Systematic Review	Décembre 2017	USA et Australie	Revue systématique	Pubmed	10 essais contrôlés randomisés, 4 études analytiques de cohorte, 14 études de cohortes, 2 séries de cas	La comparaison de différents types de FBT	+

Tableau n°3 : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Couturier et al. 2012 (27)

Auteurs, année de publication	Thérapie utilisée	Participants (âge, sexe, nombre)	Durée	Interventions	Résultats
1) Russell et al., 1987 (32)	FBT vs IT	N = 21 avec AN apparue avant 18 ans et durée < 3 ans Age = 16.6 (± 1.7 ans) Sexe = femmes	/	- Randomisation en FBT ou IT chez les individus dans un but de reprise du poids. - Pas d'intention de traiter, pas d'aveuglement des participants	<u>Outcome</u> : Échelle Morgan Russell (incluant le poids) <u>Définition de rémission</u> : Résultat intermédiaire /bon , poids supérieur à 85%) 9/10 en FBT contre 2/11 en IT étaient en rémission à la fin du traitement → FBT supérieure
2) Robin et al., 1999 (33)	FBT vs EOIT	N = 37 avec AN Age = 11–20 ans Critère du DSM-III-R pour AN Sexe = femme	12 mois de thérapie	- Randomisation, FBT par rapport à la EOIT. - Pas d'intention de traiter, pas d'aveuglement des participants	<u>Outcome</u> : IMC <u>Définition de rémission</u> : Atteinte du poids cible. 13/19 en FBT vs 12/18 en EOIT en fin de traitement. 15/19 en FBT vs 12/18 en EOIT en rémission après un an de suivi. → FBT : prise de poids significative après un an de suivi
3) Ball & Mitchell, 2004 (34),	FBT vs CBT	N = 25	12 mois	- FBT contre 25 sessions de CBT	<u>Outcomes</u> : échelle Morgan Russell (incluant le poids), traitement terminé et sujets ayant eu au moins seulement 21 séances sur les 25 proposées.

Schmidt et al., 2007 (35)		Age = 13-23 ans Sexe = femme		- Pas d'intention de traiter, pas d'aveuglement des participants	<u>Définition de rémission</u> : Résultat intermédiaire /bon (poids supérieur à 85%). 7/12 en rémission en FBT versus 7/13 en rémission en CBT à la fin du traitement et au suivi de 6 mois, différence non significative.
4) Le Grange et al., 2007 (36)	FBT vs SPT	N = 80 Age = 12 à 19 ans Critères DSM-IV BN, mais aussi EDNOS si hyperphagie ou purge au moins une fois par semaine pendant 6 mois	6 mois	- randomisation FBT vs psychothérapie individuelle. - Pas d'intention de traiter, pas d'aveuglement des participants	<u>Outcomes</u> : Abstinence des comportements alimentaires, EDE <u>Définition de rémission</u> : Pas d'épisodes d'hyperphagie ou de comportement compensatoire pour une durée de 4 semaines. 16/41 FBT vs 7/39 SPT en rémission en fin de traitement. 12/41 FBT vs. 4/39 SPT en rémission au suivi de 6 mois. → Significativement plus susceptibles de présenter une abstinence symptomatique avec FBT à la fin du traitement et à 6 mois de suivi.
6) Lock et al., 2010 (37)	FBT vs AFT	N= 121 FBT n=61 AFT n=60 Age = 12-18 ans Sexe = femme	1 an	- randomisation FBT ou AFT. - pas d'aveuglement des participants intention de traiter.	<u>Outcomes</u> : Poids, EDE <u>Définition de rémission</u> : Complète, poids supérieur à 95% de l'IBW et score inférieur à 1 écart-type sur l'EDE. - 21/61 FBT vs 12/60 AFT en rémission en fin de traitement → Différence non significative entre les deux thérapies, en rémission complète à la fin du traitement. - 22/61 FBT contre 11/60 AFT au suivi d'un an → Différence significative pour la FBT à 1 an

Conclusion	<p>Les études 1 à 3 (études de haute qualité) ont été combiné en méta-analyse ainsi que les études 4 à 6 (études de haute qualité). Les résultats de la méta-analyse des études 4 à 6 sont non significatifs ce qui indique que la FBT n'est pas différente du traitement individuel à la fin du traitement. En revanche ils sont significatifs concernant les suivis de 6 à 12 mois.</p> <p>La combinaison des 6 études démontre également des résultats non significatifs en fin de traitement mais significatifs pour les suivis de 6 à 12 mois, ce qui signifie que la FBT n'est pas supérieure en fin de traitement mais est supérieure après 6 mois et 12 mois.</p> <p>La thérapie familiale pour des adolescents souffrant d'anorexie mentale et de boulimie est plus efficace que la thérapie individuelle sur une période de 6 à 12 mois de suivis.</p>
-------------------	--

Abréviations : AFT : Thérapie focalisée sur l'adolescent, CBT : Thérapie comportementale cognitive, EOIT : Thérapie individuelle orientée vers l'ego, FBT : Thérapie familiale, IT : Thérapie individuelle, SPT : Psychothérapie individuelle

AN : Anorexie mentale, BN : Boulimie nerveuse, BDI : Inventaire de la dépression de Beck, EAT : Test des attitudes alimentaires, EDE : Examens trouble du comportement alimentaire, EDI : Inventaire des troubles de l'alimentation, EDNOS : Troubles de l'alimentation non spécifiés, IBW : Poids idéal , CBCL : Liste de contrôle du comportement de l'enfant

Tableau n°4 : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Gelin et al. 2015 (28)

Auteurs, année de publication	Thérapie utilisée	Participants (âge, sexe, nombre)	Durée	Interventions	Résultats
Gelin. Z. et al., 2015 (38)	<p>MFBT : axé sur les troubles du comportement alimentaire</p> <p>Alternative à l'hospitalisation, la FBT simple et la thérapie individuelle</p> <p>Suivi de personnes de même famille</p>	<p>Patientes adolescentes hospitalisées AN ou BN</p> <p>Age = 11-19 ans</p> <p>Suivi de personnes de même famille</p> <p>Sexe = aucune information</p>	<p>Suivi de 11 mois dont 21 jours de thérapie</p> <p>Une session/mois</p>	<p>1. Phase orientée vers les symptômes</p> <p>2. Phase orientée vers les relations</p> <p>3. Phase orientée vers l'avenir</p> <p>Professionnels inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 psychiatre de formation TCC - 2 psychologues de formation à TCC, - 2 infirmières psychiatriques - 1 diététicien-ne 	<p>Amélioration des symptômes dans les deux types de thérapie analysées entre le début et la fin du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'estime de soi • rétablissement du poids et stabilisation du poids
	<p>IS-MFT: axé sur la relation</p> <p>Suivi de 5 personnes de même famille</p>	<p>Enfants et adolescentes AN</p> <p>Issus de familles n'ayant pas bénéficié d'une seule séance de FBT</p>	<p>Un suivi de > 12 mois</p> <p>20-24 sessions</p>	<p>1. Cohésion du groupe</p> <p>2. Des questions relatives aux relations familiales et d'identité famille-adolescent</p> <p>3. «Phase de terminaison»</p> <p>Professionnels inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 psychologue avec formation FT - 1 psychiatre avec formation TCC & FT 	

		Patientes présentant un risque élevé de rechute ou de chronicité Age = 8-17 ans Sexe = aucune information		- 1 thérapeute pédagogique avec formation TCC & FT - 1 infirmière ayant reçu une formation en « entretien relationnel » - autres infirmiers en psychiatries - 1 diététicien-ne	
Conclusion	Les auteurs comparent ces deux modèles de manière narrative . Les deux modèles semblent être des alternatives possibles au traitement traditionnel. Néanmoins, chaque modèle présente des forces et des limitations. Les auteurs émettent l'hypothèse que la MFBT est indiqué pour des patients AN récent. Tandis que la IS-MFT est adaptée pour les adolescents ayant un trouble du comportement alimentaire chronique et vivant avec un dysfonctionnement familial.				

Abréviations : FBT : Thérapie familiale, , IS-MFT : Modèle systémique intégratif de la MFBT, MFBT-ED : Thérapie multiple familiale
 AN: Anorexie Mentale, BN: Boulimie nerveuse, TCC : Thérapie Cognitivo-Comportemental

Tableau n°5 : Description des essais contrôlés randomisés analysés dans Lock et Gowers 2005 (29)

Auteurs, année de publication	Thérapie utilisée	Participants (âge, sexe, nombre)	Durée	Interventions	Résultats
Russell et al., 1987 (32)	FBT vs IT	N = 21 Age = moyenne de 15,3 ans Sexe = aucune information	Pas d'indication	Pas décrites en détails.	FBT = 90% des sujets sont en rémission IT = 18% des sujets sont en rémission Différence significative en faveur de la FBT concernant la rémission.
Le Grange et al., 1992 (39)	FBT vs Separated FBT	N = 18 Age = moyenne de 15,3 ans Sexe = aucune information		Critères de rémission : à la fin du traitement, poids > 85% ou IMC>17.5	FBT = 70% des sujets sont en rémission Separated FBT = 90% des sujets sont en rémission Différence non significative entre les deux thérapies concernant la rémission.
Robin et al., 1999 (33)	FBT vs IT	N = 37 Age = moyenne de 14,2 ans Sexe = aucune information			FBT = 65% des sujets sont en rémission IT = 69% des sujets sont en rémission Différence non significative entre les deux thérapies concernant la rémission.
Eisler et al., 2000 (40)	FBT vs Separated FBT	N = 40 Age = moyenne de 15,5 ans			FBT = 47% des sujets sont en rémission Separated FBT = 76% des sujets sont en rémission

		Sexe = aucune information			Différence non significative entre les deux thérapies concernant la rémission.
Lock et al., 2005 (41)	FBT (12 mois) vs FBT (6 mois)	N = 86 Age = moyenne de 15,2 ans Sexe = aucune information			FBT (12 mois) = 95% des sujets sont en rémission FBT (6 mois) = 96% des sujets sont en rémission Différence non significative entre les deux thérapies concernant la rémission.
Conclusion	Une étude de Dare et Russell (39) suggère que la FBT est plus efficace lorsqu'elle est fournie aux parents et à l'enfant concerné séparément, s'il y a beaucoup de critiques dans la famille .Les autres études ne montrent pas de différences entre ces deux formes d'administration de la FBT et rapportent des taux de rémission en fin de traitement variant entre 18% et 90%. En outre, une étude de Lock (41) confirme l'efficacité d'une version abrégée de six mois de la FBT.				

Abréviations : FBT : Thérapie familiale, IT : Thérapie individuelle, Separated FBT : Thérapie séparée de la famille
AN : Anorexie mentale

Tableau n°6 : Description des essais contrôles randomisés analysés dans Tierney et Wyatt 2005 (30)

Auteurs, année de publication	Thérapie utilisée	Participants (âge, sexe, nombre)	Durée	Interventions	Résultats
Russel et al., 1987 (32)	CFT/ SFT	Parents d'adolescentes N = 19 (CFT) N = 21 (SFT) Age = 15.5 ans en moyenne Sexe = femme	Suivis : début, 3, 6 mois et fin du traitement	Parents de 19 adolescents ont reçu des conseils relatifs à la CFT concernant la gestion de l'alimentation de son enfant en parallèle d'un suivi en SFT où étaient discutés : l'estime de soi, les problèmes personnels et les problèmes familiaux.	- Différence non significative entre les deux groupes concernant des résultats mesurés à l'aide de l'échelle de Morgan Russell. - Lors des deux interventions, environ 2/3 des patients ont repris du poids à un niveau normal (en% du poids corporel moyen). Les auteurs ont conclu qu'il n'y avait pas différence significative pour les deux interventions. Différence non significative entre les deux interventions pour l'échelle de Morgan Russell et du poids.
Geist et al., 2000 (42)	FBT /FGP	N = 12(FBT) N = 13 (FGP) Age : - FBT = 14.3 ans (± 1.5) - FGP = 14.9 ans (1.7) Sexe = aucune information	suivis : début et fin de traitement pas de durée indiquée	8 séances de FBT, une famille était vue à la fois vs 8 séances de FGP.	- Après 4 mois, le poids s'était nettement amélioré dans FBT et FGP, aucune différence significative dans les deux interventions.

Le Grange D. et al., 1992 (39)	FBT/ CFT	N= 9 (FBT) N = 9(CFT) Age = 12-17 ans Sexe : aucune information	Suivis = début et à 32 semaines	CFT, la famille est vue ensemble et les thérapeutes interviennent dans les interactions familiales	- 8 mois plus tard, amélioration dans les deux interventions (FBT et CFT), donc pas de différence significative pour : <ul style="list-style-type: none"> • symptômes du trouble de l'alimentaire mesurés par l'EAT • le poids (IMC) • les symptômes alimentaires, à court terme (<12 mois) • estime de soi (RSES)
Robin et al., 1999 (33)	FBT/ EOIT	N = 19 (FBT) Age = 14.9 ans N= 18 (EOIT) Age = 13.4 ans Sexe = aucune information	Suivis : début, fin de traitement Suivi à 1 an	FBT vs EOIT	- Amélioration dans les deux groupes , différence non significative en ce qui concerne les attitudes envers l'alimentation mesurée par l'EAT, - Différence non significative pour la dépression évaluée par le BDI. - Amélioration du poids dans les deux groupes au début du traitement, différence non significative. - Différence significative concernant le poids pour le groupe FBT à la fin du traitement et à un an de suivi. Différence non significative pour les deux interventions concernant l'EAT, le BDI et le poids (au début de traitement). Différence significative en faveur de la FBT pour le poids à la fin du traitement et à un an de suivi.
Eisler I. and al., 1997 (43) et Russell G.F.M et al. , 1987 (32)	FBT / IT	Groupe 1= N= 10 (FBT) ≤ 18 ans au début, AN durée <3 ans Groupe 2 = N= 18 (FBT) âgés de ≤ 18 ans, durée AN supérieure à 3 ans Groupe 3 =	Suivis = début d'hospitalisation , fin psychothérapie à 5,2 (2.1) ans	FBT = Groupe 1 et 2 vs IT Groupe 3 et 4	- Progressions sur le plan psychosocial selon l'échelle de Morgan Russell mais différence non significative entre les deux thérapies. - Amélioration significative du poids pour le groupe FBT comparé à IT à la fin du traitement. Différence non significative au suivi de 5 ans.

		N= 11 (IT) ≤ 18 ans au début, durée AN < 3 ans Groupe 4= N= 14 (IT) ≥ 19 ans Sexe = aucune information			
Wallin et al., 2000 (44)	FBT + BAT/FBT	N = 13 (FBT) N = 13 (BAT + FBT) Age = 11 à 18 ans au début du suivi Sexe = aucune information	Suivis = début du traitement et à 2 ans	BAT + FBT vs FBT	- Améliorations significatives au suivi de deux ans, des scores dû au ECH-EAT et de l'EDI mais pas de différence significative entre les deux groupes. - Différence non significative entre les groupes concernant le taux de rémission concernant le poids : 61,5% du groupe FBT + BAT et 69,2% du groupe FBT s'étaient rétablis au suivi de deux ans. IMC pour l'ensemble est passé de 15,4 à 19,2 [kg/m²]. Différence non significative pour les deux interventions, concernant ECH-EAT, EDI et IMC.
Conclusion	Les différentes interventions dérivées de la FBT telles que : CFT, FGP, CF et FBT+BAT, ne démontrent aucune différence significative selon les variables présentées ci-dessus (l'évolution de l'IMC, le trouble du comportement alimentaire, la dépression et l'estime de soi). Cependant, lorsqu'il s'agit de la comparaison de la FBT à l'IT et l'EOIT, une amélioration du poids significative est constatée à la fin du traitement et à un an de suivi en faveur de la FBT. La différence n'est en revanche pas significative à 5 ans.				

Abréviations : CF : Conseil familiale, CFT : Thérapie familiale conjointe, EOIT : Thérapie individuelle orientée vers le soi, FBT : Thérapie familiale, FBT + BAT : Thérapie familiale avec la thérapie de conscience du corps, FGP : psychoéducation en groupe familial, IT : Thérapie individuelle, SFT : Thérapie séparée de la famille

AN : Anorexie mentale, BDI : Inventaire de la dépression de Beck , EAT : Test des attitudes alimentaires, ECH-EAT : Test d'attitudes alimentaires des enfants, EDI : Inventaire des troubles de l'alimentation, RSES: l'échelle sur l'estime de soi de Rosenberg

Tableau n°7 : Description des différentes études (étude cas-témoin, essais contrôles randomisés, étude de cohorte) analysées dans Richards et al. 2017 (31)

Auteurs Année de publication	Design	Thérapie utilisée	Participants (âge, sexe, nombre)	Durée	Interventions	Résultats
Bean et al., 2010 (45)	Étude cas - témoin	FBT (PHP) vs IT (PHP)	N : 16 patientes Sexe = 87,5% filles Age = 12-20 ans	Fin du traitement: 10 semaines	/	- Différence significative pour FBT concernant le score global des troubles de l'alimentation. - Différences non significatives entre les groupes en termes de poids (IMC) et de résultats de dépression (BDI, EDE).
Eisler et al., 2000 (40) Dare et al., 2000 (46) Eisler et al., 2007 (47)	Essais contrôlés randomisés	SFT (n = 21) vs CFT	N =21(SFT) N = 19 (CFT) Sexe = 97,5% filles Age = 10-17 ans	Fin du traitement : 12 mois	/	- Différence significative pour le groupe CFT pour les scores de dépression par rapport à SFT à la fin du traitement. - Différence non significative pour les deux interventions concernant l'échelle de Morgan Russell, à la fin du traitement. - Le poids moyen (ABW) attendu pour l'âge et la taille selon les courbes de croissance atteint était de 97.7% en moyenne pour les deux groupes, différence non significative en ce qui concerne le poids pour la SFT et CFT. Différences non significatives pour les deux interventions concernant l'échelle Morgan Russell et le poids. Différence significative en faveur de CFT pour les scores de dépression.

Eisler et al., 2016 (48)	Essais contrôlés randomisés	FBT vs MFT + FBT	N=85(MFT+FBT) N=82 (FBT) 76% AN et 24% EDNOS-R Sexe = 91% filles Age = 13-20 ans	Suivi : 6 mois	/	<ul style="list-style-type: none"> - Malgré les taux de résultats «bons» / «intermédiaires» de Morgan Russell (78% en MFT vs 57% en FBT) , différence non significative entre les deux groupes. - Différence non significative entre les groupes dans les scores l'EDE, du BDI ou du RSES. - Le poids attendu pour l'âge et la taille selon les courbes de croissance atteint était de 91.68% en moyenne pour les deux groupes, différence non significative en ce qui concerne le poids pour la SFT et CFT. <p>Différence non significative pour les deux interventions concernant l'échelle Morgan Russell, les scores EDE, BDI ou RSES et le poids.</p>
Gabel et al., 2014 (49)	Etude de cas-témoin	MFBT + IT vs IT	N= 50 Age = 11-18 ans Sexe = femme	Fin du traitement : 12 mois	/	<ul style="list-style-type: none"> - Une amélioration significative concernant l'évolution de l'IMC chez MFBT+ IT. - Une diminution significative de la dépression (CDI) à la fin du traitement chez MFBT+IT. <p>Différence significative concernant l'IMC et l'état de la dépression (CDI) chez MFBT+IT.</p>
Le Grange et al., 2016 (50)	Essais contrôlés randomisés	FBT vs FBT centrée sur le parent	N = 107 Age = 12-18 ans Sexe = femme	Fin du traitement : 6 mois	/	<ul style="list-style-type: none"> - FBT centrée sur le parent entraînait des taux de rémission complète (IMC à 95%) significativement plus élevés par rapport à la FBT standard à la fin du traitement. - Taux de rémission complète significativement plus élevés ont été observés à 12 mois de suivi chez les patients traités par une FBT centrée sur le parent, par rapport à une FBT standard. <p>Différence significative en termes de rémission de l'IMC et pour une rémission complète pour un suivi de 12 mois chez les patients pour la FBT centrée sur le parent.</p>

Lock 2005 (41); Lock et al., 2006 (51); Lock et al., 2006 (52)	Essais contrôlés randomisés	FBT à court terme (10 sessions) Vs long terme (20 sessions)	N = 86 Age = 12-18 ans Sexe = femme	Fin du traitement : A 6 mois et 12 mois	/	- Différence non significative concernant l'IMC à court terme (6 mois = 19.5 kg/m ²) et long terme (12 mois = 20.5 kg/m ²) entre les deux types de FBT.
Lock et al., 2015 (53)	Essais contrôlés randomisés	FBT Vs FBT/IPC	N= 45 Age = 12-18 ans Sexe = femme	Fin du traitement : 6 mois	/	- Différence significative en faveur de la FBT/IPC concernant les troubles du comportement alimentaire évalués avec l'EDE. - Différence non significative concernant l'évolution de l'IMC pour les deux interventions.
Marzola et al.,2015 (54)	Etude analytique de cohorte	S-IFT vs M-IFT	N = 92 avec 62% AN Moyenne d'âge = 14,8 ans Sexe = femme	Suivi : 30 mois	/	- Rémission complète à 65% pour la S-IFT, et 59.3% pour la M-IFT, différence non significative
Rhodes et al.,2008 (55)	Essais contrôlés randomisés	FBT vs FBT avec consultation parent à parent	N = 60 mois Age = 12-16 ans Sexe = femme	Fin du traitement : 6 mois	/	- Différence non significative au niveau de l'évolution de l'IMC pour les deux approches. - Différence non significative pour les deux groupes, concernant l'échelle Morgan Russell.

Conclusion	Plusieurs études ont démontré que la FBT combinée à d'autres traitements amenait une amélioration significative pour les variables de la dépression et l'évolution de l'IMC. En revanche, lors des comparaisons de la FBT aux dérivés des FBT il n'y a pas de différence significative pour les différentes variables (IMC et symptômes du trouble du comportement alimentaire).
-------------------	---

Abréviations : CFT : Thérapie familiale conjointe, FBT : Thérapie familiale, FBT/IPC : Thérapie familiale avec coaching intensif des parents, IT : Thérapie individuelle, MFBT: Thérapie multiple familiale, M-IFT : Thérapie multiple familiale intensive, S-IFT : Thérapie familiale intensive, SFT : Thérapie séparée de la famille, SPT : Psychothérapie individuelle, PHP : programme d'hospitalisation partiel

AN : Anorexie mentale, BDI : Inventaire de la dépression de Beck, CDI : inventaire de la dépression chez les enfants, EDE : examens trouble du comportement alimentaire, EDNOS-R : Troubles de l'alimentation non spécifiés de type restrictif, RSES : l'échelle sur l'estime de soi de Rosenberg

Tableau n°8 : Synthèse des différentes formes de thérapies (27 ;28 ;29 ;30 ;31)

Thérapies utilisées	Résultats
Comparaison de la FBT à d'autres traitements	
FBT vs AFT Lock et al., 2005 (41)	- Différence non significative en ce qui concerne la rémission complète à la fin du traitement. - FBT meilleure à 1 an.
FBT vs CBT 1)Ball & Mitchell, 2004 (34) 2)Schmidt et al., 2007 (35)	1) + 2) Différence non significative à la fin du traitement et à 6 mois en termes de rémission.
FBT vs EOIT Robin et al., 1999 (33)	- Différence significative en termes de prise de poids (IMC) en faveur de la FBT après un suivi d'un an.
FBT vs IT 1)Russell et al., 1987 (32) 2)Robin et al., 1999 (33) 3)Eisler et al., 1997 (43) 4) Bean et al., 2010 (45)	1) 90% en FBT étaient en rémission à la fin du traitement → FBT supérieure 2) Différence non significative concernant les attitudes envers l'alimentation mesurée par l'EAT, pour le Beck Depression Inventory (BDI). 3) FBT + IT : Progressions sur le plan psychosocial et physique selon l'échelle de Morgan Russell - Amélioration significative du poids en FBT comparé au IT à la fin du traitement, mais pas pour un suivi de cinq ans. - FBT meilleur pour l'amélioration des scores de l'inventaire des troubles de l'alimentation (EDI) 4) Différence significative pour le groupe FBT concernant le score global des troubles de l'alimentation. En revanche, différences non significatives entre les groupes en termes de poids (IMC) et de résultats de dépression.
Comparaison de la FBT à ses différentes formes	
FBT (12 mois) vs FBT (6 mois) Lock et al., 2005 (41)	- Différence non significative concernant l'IMC (6 mois = 19.5 kg/m ² et 12 mois = 20.5 kg/m ²).
FBT vs FBT/BAT Wallin et al., 2000 (44)	- Améliorations significatives pour un suivi de deux ans, pour les résultats psychosociaux selon le Test d'attitudes alimentaires des enfants (ECH-EAT) et l'EDI concernant les deux interventions. - Différence non significative entre les groupes de rémission concernant le poids selon l'échelle clinique mondiale, 61,5% du groupe FBT + BAT et 69,2% du groupe FBT s'étaient rétablis pour un suivi de deux ans.
FBT Vs FBT/IPC Lock et al., 2015 (53)	- Différence significative en faveur de la FBT/IPC concernant l'EDE mais non significative concernant l'évolution de l'IMC.

FBT vs FBT centré sur le parent Le Grange et al., 2016 (50)	- FBT centrée sur le parent entraînait des taux de rémission complète et le poids (IMC) significativement plus élevés à la fin du traitement.
FBT vs CFT Le Grange et al., 1992 (39)	- Significativement plus susceptibles de présenter une abstinence symptomatique avec FBT à la fin du traitement et à 8 mois. - 8 mois plus tard, amélioration significative des symptômes du trouble alimentaire mesuré par (EAT), le poids (IMC), l'estime de soi (RSES) et les symptômes alimentaires à court terme (<12 mois) concernant les deux interventions.
FBT vs FGP Geist et al., 2000 (42)	- Après 4 mois, le poids (IMC) s'était nettement amélioré dans FBT + FGP.
FBT vs MFT+ FBT Eisler et al., 2016 (48)	- Différence non significative entre les deux groupes concernant différents scores Morgan Russell, EDE, BDI et RSES.
MFBT vs IS-MFT Gelin. Z. et al., 2014 (38)	<u>Amélioration des symptômes dans les deux groupes :</u> - l'estime de soi - Rétablissement du poids et stabilisation du poids (IMC).

Abréviations : AFT : Thérapie focalisée sur l'adolescent, CBT : Thérapie comportementale cognitive, CFT : thérapie familiale conjointe, EOIT : Thérapie individuelle orientée vers l'ego, FBT : Thérapie familiale, FBT + BAT : Thérapie familiale avec la thérapie de conscience du corps, FGP : psychoéducation en groupe familial, IT : Thérapie individuelle, IS-MFT : Modèle systémique intégratif de la MFBT, MFBT : Thérapie multiple familiale, SFT : Thérapie séparée de la famille , SPT : Psychothérapie individuelle
BDI : Inventaire de la dépression de Beck, EAT : Test des attitudes alimentaires, ECH-EAT : Test d'attitudes alimentaires des enfants, EDE : examens trouble du comportement alimentaire, EDI : Inventaire des troubles de l'alimentation, RSES : l'échelle sur l'estime de soi de Rosenberg

8.2 Résultats de l'enquête par interview

8.2.1 Population

Sur six établissements de Suisse romande contactés par messagerie et par téléphone qui prennent en charge des adolescents atteints d'anorexie mentale, quatre ont répondu favorablement. Les entretiens ont eu lieu en présence des différents diététicien-ne-s. L'analyse des résultats concerne donc les propos de diététicien-ne-s des quatre établissements.

8.2.2 Synthèse des résultats

Procédure des prises en charge / recommandations

En ce qui concerne la procédure ou les recommandations de prise en charge des adolescents ou enfants avec la FBT, il n'existe pas de « guidelines » particulières qui seraient suivies dans les établissements interrogés. Certains diététicien-ne-s suivent les recommandations de psychiatres experts en TCA, d'autres ont un protocole de leur propre institution ou encore des outils psychologiques (questionnaires) qui leur servent à décider de la prise en charge.

Les critères qui déterminent la prise en charge sont : l'IMC et la restriction alimentaire. Un IMC $< 15 \text{ kg/m}^2$ est considéré comme dangereux, donc le patient doit passer par une hospitalisation afin de reprendre du poids.

Exemple de critères :

- Ligne bleue = IMC à $18.5 \text{ (kg/m}^2\text{)}$: poids considéré dans la norme, mais le TCA peut être encore présent
- Ligne jaune = IMC à $17 \text{ (kg/m}^2\text{)}$: possibilité de faire le cours de sport une fois par semaine
- Ligne verte = IMC à $16 \text{ (kg/m}^2\text{)}$: critère pour l'anorexie mentale
- Ligne rouge = IMC à $15 \text{ (kg/m}^2\text{)}$: limite pour un danger de mort
- $< \text{IMC à } 15 \text{ (kg/m}^2\text{)}$: aucune activité, doit rester à la clinique car danger vital

Généralement, pour la première consultation, les diététicien-ne-s impliquent les parents afin de définir leurs demandes et craintes. À partir de la deuxième consultation, en fonction de l'âge et du temps à disposition, la prise en charge est individualisée dans le but d'évaluer le besoin du patient et lui permettre d'acquérir de l'autonomie.

Techniques d'entretien

Trois techniques d'entretien sont ressorties lors des interviews :

- La Thérapie cognitivo-comportementale (T.C.C.)
- L'entretien Motivationnel (EM)
- L'entretien centré sur la personne

Le but de ces thérapies est d'entraîner le patient à se comporter différemment en fixant un objectif réaliste et basé sur son fonctionnement habituel sur le plan alimentaire. Lorsque celui-ci est entré dans les habitudes, un nouvel objectif est fixé.

La thérapie cognitivo-comportementale (T.C.C.) est utilisée dans certaines situations pour comprendre quel est le schéma que le patient s'est créé pendant l'enfance et vérifier s'il est toujours présent. L'entretien centré sur la personne est utilisé afin de comprendre le comportement alimentaire chez le patient et voir la compréhension de sa maladie.

Interventions nutritionnelles

L'intervention nutritionnelle se divise en plusieurs étapes :

- Anamnèse alimentaire
- Analyse de l'histoire de vie/familiale (évaluation du degré d'exigence de la famille sur l'enfant, dynamique de la famille/amis/scolaire,...)
- Anamnèse pondérale (raisons de la perte de poids, régime éventuel, évolution de la courbe de poids,...)
- Anamnèse émotionnelle (anxiété, angoisse, image de soi, estime de soi)

Suite à cela, les diététicien-ne-s fixent un objectif pondéral et/ou calorique dans le processus de la guérison et débutent le suivi, que ce soit en milieu hospitalier ou ambulatoire. Il s'agit souvent d'une forme de négociation et, dans 1 cas sur 2, il est établi un contrat très strict stipulant d'un poids minimal et maximal à atteindre graduellement. La prise en charge est très structurée, notamment au niveau alimentaire. De plus, des objectifs sur les conduites alimentaires à adopter sont également fixés.

Fréquence de l'intervention du/de la diététicien-ne

Dans le cadre de l'ambulatoire, la fréquence est d'une fois par semaine. Si l'état du patient n'est pas critique, il est vu une fois toutes les deux semaines.

Dans le cadre de l'hospitalier, la fréquence varie d'une à deux fois par semaine selon les institutions.

Le suivi dure au minimum 6 mois et au maximum 5 ans, cela dépend de la caisse d'assurance du patient et du stade de la maladie. Les entretiens avec la famille varient selon la demande et les besoins de ceux-ci. En moyenne, ils sont vus une fois par mois. Si les parents « prennent de la place », c'est-à-dire qu'ils ne laissent pas l'adolescent être autonome face à sa maladie, la thérapie individuelle est privilégiée.

Collaborations pluridisciplinaires/multidisciplinaires

Les diététicien-ne-s collaborent tous avec des psychiatres, psychologues et d'autres centres spécialisés. L'un d'entre eux collabore également avec des infirmier-ère-s, coach de vie et un autre avec une psychomotricienne, une masseuse, un physiothérapeute, un kinésologue car ils sont aidant pour l'approche du corps/respiration.

L'interdisciplinarité fonctionne bien au sein des équipes. Le travail effectué par le/la diététicien-ne est toujours respecté et reconnu mais il peut arriver que certains professionnels se permettent de prendre ce rôle.

Dans une institution des entretiens de réseau sont faits avec les parents, enfants, psychiatre, thérapeute ou diététicien lors d'un IMC < 15 (kg/m²) 1 fois par mois, tous les 2 mois avec un IMC 15-16 (kg/m²) et tous les 3 à 6 mois lors d'un IMC < 17 (kg/m²).

Outils de prise en charge

Les diététicien-ne-s interrogés estimaient avoir suffisamment d'outils.

Voici ceux qui sont utilisés selon différents diététiciens :

- BIA pour la composition corporelle
- protocole d'hospitalisation
- repas thérapeutique
- Outils utilisés par les psychologues :
- questionnaire F50 (créé par Alain Perroud) afin d'évaluer les dimensions telles que le perfectionnisme/envie de maigrir/maturité

- BDI (évaluation de dépression)
- STAI-Y (inventaire sur l'anxiété)

Formations/spécialisations du/de la diététicien-ne

Les diététicien-ne-s n'ont bénéficié d'aucune formation complémentaire. En effet, l'expérience sur le terrain suffit grâce à la collaboration avec d'autres professionnels de la santé et la lecture des articles et ouvrages au sujet de l'anorexie mentale. Seul l'un d'entre eux a effectué une formation en Belgique à l'Hôpital de St-Luc par un psychiatre qui suivait des patients atteints de différents troubles alimentaires. La formation était complétée par de l'art thérapie.

Que pensent les diététicien-ne-s de la thérapie basée sur la famille (FBT)

La méthode Maudsley est une pratique de laquelle les diététicien-ne-s sont familiers, à l'exception de l'un d'entre eux. Néanmoins, ce dernier pratique la thérapie familiale systémique.

Selon leurs expériences, la moitié des diététicien-ne-s pense que l'approche familiale additionnée à une approche individuelle sont les deux piliers les plus efficaces pour soigner l'anorexie mentale. Ils sont certains qu'il faut inclure la famille occasionnellement selon les besoins du patient.

L'autre moitié inclut également la famille, mais un ne les voit qu'en milieu hospitalier et non ambulatoire et un autre peut ne pas voir la famille pendant 6 à 8 mois. Ils pensent que la FBT est une méthode intéressante mais pas indispensable pour une bonne prise en charge.

Les trois quarts des diététiciens pensent que la source du TCA provient généralement d'une problématique d'ordre familiale. Le TCA est alors le symptôme d'un mal plus profond et un moyen d'expression. C'est alors pertinent d'inclure la famille dans la prise en charge du patient si elle est à l'origine du problème.

Les diététicien-ne-s interviennent auprès des parents pour les sensibiliser aux comportements qu'ils doivent adopter vis-à-vis de la conduite alimentaire de leur enfant. Cela permet également d'informer la famille sur la maladie, d'entendre les questions, d'y répondre et d'informer les parents sur les lignes de conduite à tenir avec l'enfant.

Exemples d'informations transmises aux parents :

- Ne pas faire de commentaires positifs ou négatifs sur la manière de s'alimenter de leur enfant
- Faire confiance et laisser la gestion de l'alimentation aux professionnels afin de se décharger de cette tâche et ainsi ne pas avoir le mauvais rôle et développer une meilleure relation avec leur enfant
- Ne pas laisser l'enfant choisir les menus
- Si l'enfant ne parvient pas à se servir des portions considérées comme normales, le parent doit le faire. Si le parent n'est pas à l'aise et que cela crée des conflits, l'enfant va devoir se servir lui-même à l'aide de repères visuels (un tiers de chaque catégorie d'aliments) qui lui seront montrés.

La thérapie individuelle est importante pour que l'adolescent puisse exprimer et déposer ses craintes et ses doutes. La thérapie familiale permet d'ouvrir la discussion et d'exprimer les non-dits.

Certains établissements proposent aux familles des groupes de discussions menés par une assistante sociale ou un psychologue/psychiatre.

Futur de la FBT selon le diététicien

Ce type de prise en charge est peu développée dans ses institutions. La pratique est exercée en milieu hospitalier et/ou en ambulatoire. Il va falloir du temps pour que les structures intègrent la famille et pour que cette pratique se développe pleinement.

Les diététicien-ne-s pensent tous que la FBT va se développer, notamment au niveau des animations de groupes donc de la thérapie multi-familiale.

La combinaison d'une prise en charge individuelle et familiale serait l'idéal pour la moitié des diététiciens.

De plus, ils affirment qu'il est primordial d'avoir une approche pluridisciplinaire, car elle permet une efficacité optimale et un meilleur résultat dans le traitement de la maladie. Ils évoquent également l'importance d'inclure des familles dans les soins pour qu'elles puissent avoir un endroit où elles sont écoutées par les professionnels (diététicien-ne-s, médecins ou thérapeutes).

Pour l'autre moitié, il ne faudrait pas que la FBT soit un impératif mais plutôt une alternative en fonction des besoins et de la demande.

Suggestions des diététiciens

Certains proposent d'avoir un outil ou un guide expliquant la prise en charge de plusieurs personnes à la fois et avoir plus de contacts avec d'autres diététiciens qui s'occupent des TCA.

9. Discussion

Le but de ce Travail de Bachelor était, premièrement, de sélectionner dans la littérature scientifique les revues systématiques regroupant les études qui ont évalué une intervention incluant la famille pour la prise en charge d'adolescents atteint d'anorexie mentale.

La question de recherche n°1 était : Quelle est l'efficacité des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent ?

Deuxièmement, le but était d'analyser le rôle du/de la diététicien-ne dans les prises en charge incluant la famille afin d'avoir une idée plus précise à ce sujet.

La question de recherche n°2 était : Quel est le rôle du/de la diététicien-ne dans une prise en charge de l'anorexie mentale incluant les parents ?

La discussion permet de faire un rappel des principaux résultats issus de la revue de littérature scientifique et des interviews des diététicien-ne-s, afin de les comparer à d'autres références de littérature.

9.1 Discussion de la revue de la littérature

9.1.1 Rappel des résultats

Notre revue des revues avait pour but principal d'identifier l'efficacité de l'intervention de la FBT dans une prise en charge incluant les patients adolescents atteints d'une anorexie mentale et d'évaluer l'impact sur plusieurs variables (l'évolution de l'IMC, les troubles du comportement alimentaire, la dépression, l'estime de soi et le taux de rémission).

Grâce aux cinq articles, nous avons pu constater que l'analyse des résultats diffère d'une étude à une autre. En effet, ces différences s'expliquent par plusieurs paramètres comme le type de thérapie, les variables choisies et les outils utilisés pour évaluer les variables.

De plus, la durée d'intervention varie de quelques mois à 5 ans en fonction des études au sein d'une même revue et peut influencer les variables mentionnées ci-dessus.

Nous avons pu identifier dans l'ensemble des revues que la thérapie de Maudsley (FBT) améliore également ces variables en comparaison des thérapies individuelles telles que l'IT (thérapie individuelle), l'EOIT (thérapie individuelle orientée vers l'ego), la SFT (thérapie séparée de la famille). Cependant, les recherches ne permettent pas de confirmer avec certitude ces améliorations sur le long terme.

Enfin, un grand nombre de nos revues a traité différentes formes de FBT, ce qui a rendu la comparaison et l'extraction des résultats complexes. En effet, il a été difficile d'affirmer l'efficacité de la FBT chez des adolescents atteints d'une anorexie mentale par manque de comparaison aux thérapies individuelles (n'incluant pas la famille ou l'entourage).

La FBT comparée à d'autres traitements

Ces différentes études ont comparé la FBT ou ses dérivés à d'autres traitements dits individuels, n'incluant pas la famille ou l'entourage. La première partie va démontrer l'efficacité de la FBT par rapport aux thérapies individuelles. La deuxième partie va souligner les similitudes entre la FBT et toutes thérapies confondues.

Russell et al. (32), Robin et al. (33), Eisler et al. (43) et Bean et al. (45) ont démontré que la FBT est supérieure aux thérapies individuelles (IT et EOIT) concernant l'amélioration des scores globaux des troubles de l'alimentation (EDI), du questionnaire sur l'humeur et du poids, de la rémission et du poids à la fin d'un traitement.

En revanche, ces mêmes auteurs ont montré que la FBT combinée à la thérapie individuelle (IT) améliore les résultats au plan psychosocial et physique, selon l'échelle de Morgan Russell. De plus, Eisler et al. (40) et Dare et al. (46) ont pu mettre en évidence qu'il y a une différence significative en faveur de la CFT (thérapie familiale conjointe) en comparaison de la SFT (thérapie séparée de la famille) pour les scores de dépression, à la fin du traitement (12 mois).

L'étude menée par Le Grange et al. (36) nous indique en revanche que la thérapie SPT (psychothérapie individuelle) n'est pas si différente de la FBT au niveau de l'amélioration de la prise de poids ou de l'estime de soi.

Une autre étude de Robin et al. (33) montre qu'il n'existe aucune différence significative concernant les attitudes envers l'alimentation mesurée par l'EAT, pour le Beck Depression Inventory (BDI) en comparant la FBT à l'IT (thérapie individuelle).

Les études de Ball & Mitchell (34) et Schmidt et al. (35), ont comparé la FBT à la CBT (thérapie comportementale cognitive) et viennent confirmer ces résultats ne montrant pas de différence significative pour ces mêmes paramètres à la fin du traitement ainsi que sur un suivi de 6 mois. Russel et al. (32) a mené une étude comparant la CFT à la SFT démontrant que la différence est non significative concernant le poids et l'échelle Morgan Russell.

La FBT et ses différentes formes

Une étude de Dare et Russel (32) suggère que la FBT est plus efficace lorsqu'elle est proposée séparément aux parents et à l'enfant concerné, s'il y a beaucoup de critiques dans la famille.

Les études réalisées par Gelin et al. (38), Geist et al. (42) et Robin et al. (33) ont établi que les dérivées MFBT (thérapie multi-familiale) et FGP (psychoéducation en groupe familial) de la thérapie de Maudsley sont également efficaces au niveau de la prise de poids et de l'estime de soi pour un suivi maximum d'un an.

Les études menées par Wallin et al. (44) comparant la FBT à la FBT+BAT (thérapie familiale avec la thérapie de conscience du corps) soulignent également des améliorations significatives en ce qui concerne les résultats psychosociaux pour les deux thérapies sur un suivi de deux ans.

Un essai de Lock (41) a examiné l'efficacité d'un traitement familial de six mois (à court terme) par rapport à un traitement familial de 12 mois (à long terme). Au suivi, les scores de l'échelle EDE ont été fournis et peu de différences ont été observées entre les groupes de traitement à court terme et à long terme axés sur la famille. Il y avait peu de preuves de différences de l'IMC entre les deux groupes.

Conclusion de la FBT

En conclusion, afin de répondre à notre première question de recherche qui était "*Quelle est l'efficacité des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent ?*", la thérapie familiale ainsi que ses dérivés démontrent des résultats prometteurs pour les variables du poids, de l'estime de soi et du taux de rémission sur une durée variant de 6 à 12 mois.

Additionnées aux diverses interventions individuelles, les études garantissent un meilleur résultat sur du long terme (<12 mois).

Conclusion des auteurs des revues systématiques

Selon Gelin et al. (38) la MFBT (thérapie multiple familiale) est indiquée pour des patients atteints d'anorexie mentale récent, tandis que la IS-MFT (modèle systémique intégratif de la MFT) est adaptée aux adolescents ayant un trouble du comportement alimentaire chronique et vivant avec un dysfonctionnement familial. Dans le futur, il serait judicieux de comparer les deux types de traitement avec des outcomes plus représentatifs, tels que l'IMC, les troubles du comportement alimentaire et la rémission.

Tierney et Wyatt (30) indiquent que malgré la vaste quantité de littérature, toutes les études réalisées sur la FBT restent théoriques. Ils conseillent d'approfondir les recherches pour savoir quelle intervention de FBT utiliser à quel stade de la maladie.

Quant à Couturier et al. (27), ils affirment que la thérapie familiale pour des adolescents souffrant d'anorexie mentale mais également de boulimie est plus efficace que la thérapie individuelle sur une période de 6 à 12 mois de suivis. Néanmoins, sur une durée de plus d'un an, il n'y a pas de différence significative entre les deux traitements. La thérapie familiale doit être recommandée pour les adolescents avec des troubles de l'alimentation dans le but d'interrompre les symptômes.

Les auteurs Lock et Gowers (29) suggèrent un soutien pour tout traitement spécifique destiné au traitement chez l'adolescent, bien que la thérapie familiale semble être le traitement le plus efficace jamais étudié.

Pour de nombreuses raisons, il semble qu'il serait plus adéquat d'effectuer des études sur des adolescents que des adultes concernant les questions relatives à l'anorexie mentale, contrairement à la stratégie habituelle consistant à étudier les formes de maladie chez l'adulte et à appliquer ces résultats à des sujets plus jeunes, atteints d'anorexie mentale. Ce sont peut-être les patients plus jeunes qui peuvent aider à mieux comprendre comment prévenir autant que possible la chronicité de l'anorexie mentale. Il serait idéal d'identifier de nouvelles interventions pouvant aider avec cette forme d'anorexie mentale.

En résumé, ces auteurs reconnaissent l'efficacité de la FBT à court terme (6 à 12 mois), sur les adolescents en comparaison à tout autre forme dérivée de la thérapie individuelle. Cependant, les auteurs suggèrent des recherches plus approfondies pour prouver que cette forme de prise en charge peut être une nouvelle recommandation dans la prise en charge des anorexies mentales chez les adolescents.

9.1.2 Confrontation des résultats à la littérature scientifique

Une revue est parue après la sélection de nos articles : il nous a semblé intéressant de la comparer aux études discutées lors des résultats. En effet, il s'agit d'une revue Cochrane (56) visant à étudier l'approche familiale comparé à des thérapies dites standards et familiales pour l'anorexie mentale.

Le but de cette revue était de déterminer si l'implication de la famille et toutes les sous-formes de la FBT confondues dans le traitement était bénéfique pour les personnes (adultes et adolescents) atteintes d'anorexie mentale et quel effet cette implication pourrait avoir.

La conclusion générale était que la thérapie familiale était efficace à court terme en comparaison des thérapies standards (thérapies individuelles, thérapies psychologiques). Cependant, ces résultats étaient basés sur quelques essais qui n'incluaient qu'un petit nombre de participants et avec des biais potentiels. Il n'existait pas de preuve suffisante pour pouvoir déterminer si la thérapie familiale offrait un avantage sur d'autres traitements (psychologiques, pharmacologiques ou autres formes de thérapies).

Certaines études ont suggéré que la thérapie familiale pourrait apporter un avantage au niveau de l'amélioration de l'IMC dans la prise en charge. En revanche, sur le long terme, il n'y a pas de données suffisantes sur l'efficacité de la thérapie familiale par rapport à une autre approche. Fisher et al. (56) relèvent la complexité de déterminer s'il existait des différences significatives entre les groupes pour toutes les comparaisons sur la plupart des variables (poids, troubles de l'alimentation, psychopathologie, abandons, rechute, ou fonctionnement de la famille), à cause des biais relatifs aux résultats incomplètes des questionnaires, à la multiplicité des variables et à la taille des échantillons jugés petits.

Les principales comparaisons effectuées par les auteurs sont les suivantes (56) :

- 1) Approches de thérapie familiale par opposition à des interventions psychologiques
 - a. Les résultats montrent peu de preuves d'un effet des approches de la thérapie familiale par rapport à la psychothérapie individuelle sur des données évaluant le trouble du comportement alimentaire ou la rémission.
 - b. Quatre études : Ball & Mitchell (34) ; Lock et al. (37); Robin et al. (33); Russell et al. (32), ont trouvé que l'amélioration du poids était significativement plus importante suite à la FBT que suite à la psychothérapie individuelle.
- 2) Approches de thérapie familiale par opposition à des interventions éducatives (combinaison de travail individuel et familial)
 - a. Une seule étude a fait l'objet de cette recherche et il n'y avait aucun outcome significatif.
- 3) Approches de thérapie familiale comparés aux traitements habituels
 - a. Deux essais de Crisp et al. (57) et Godart et al. (58) ont rapporté des outcomes non significatifs d'un effet des approches de thérapie familiale sur les résultats des troubles du comportement alimentaire.
 - b. Godart et al. (58) a également rapporté une petite évidence concernant l'amélioration de l'IMC en faveur de la thérapie familiale.

Cette revue inclut également les comparaisons suivantes : approches de thérapie familiale versus approches de thérapie familiale séparée, versus approches de thérapie familiale et repas, versus thérapie familiale et coaching des parents et autres formes semblables. Cependant, les résultats se basent sur une seule étude et il n'y a pas de différence significative quant aux variables telles que l'IMC et le taux de rémission entre les différentes approches.

Nous pouvons constater que les conclusions de cette revue rejoignent nos résultats des diverses revues systématiques. En effet, la thérapie Maudsley est efficace concernant les variables de l'IMC et le taux de rémission, sur le court terme. Cependant, pour les variables psychopathologie, abandons, rechute, ou fonctionnement de la famille, peu de résultats sont rapportés et il est donc difficile de savoir si la thérapie familiale ou toutes autres thérapies confondues sont efficaces chez des adolescents souffrant d'anorexie mentale.

9.1.3 Limites, biais et points forts

Notre revue de littérature comportait les limites suivantes : le manque de précision et de détails dans les articles que nous avons sélectionnés, ce qui a compliqué notre travail. De plus, les chiffres des outcomes n'étaient pas rapportés.

En outre, sachant que nous avons majoritairement des revues de revues, nous nous sommes retrouvées avec plusieurs doublons ce qui indique la minorité des études concernant la FBT. Ces limites ne nous ont pas permis de nous positionner de façon claire et précise.

La force de cette méthode est qu'elle nous a permis d'avoir une vision globale de la FBT et ses dérivées.

9.2 Discussion de l'enquête par interview

9.2.1 Rappel des résultats

Nos interviews avaient pour but d'analyser le rôle du/de la diététicien-ne dans la prise en charge de l'anorexie mentale incluant la famille. L'analyse des résultats nous a permis de faire apparaître plusieurs points importants.

Nous avons constaté que les trois quarts des diététicien-ne-s ont déjà entendu parler de la méthode Maudsley. Selon eux, cette méthode consiste à uniquement inclure la famille en fonction des besoins du patient et de la famille. Cette affirmation nous a démontré la méconnaissance de la FBT en Suisse romande et nous a ainsi encouragé à approfondir cette thématique.

Premièrement, aucun diététicien-ne de la Suisse romande n'utilisent des « guidelines » particulières concernant la prise en charge ou recommandations des adolescents ou enfants avec la FBT. La plupart se base sur les références d'Alain Perroud, d'autres ont un protocole de leur propre institution ou utilisent des outils psychologiques.

Selon L'Academy de Nutrition et Diététique (59), le Registre des Diététicien-ne-s et Nutritionnistes (RDN) possède plusieurs ressources pour les adolescents souffrant de trouble du comportement alimentaire, dont un document qui synthétise des normes de pratiques et de performance professionnelle (60). Ils ont également un guide de poche de l'Association des diététicien-ne-s de l'Amérique (61) et un autre de l'Association international des professionnels des troubles de l'alimentation (62). Ces outils peuvent être une ressource supplémentaire pour les diététicien-ne-s de la Suisse romande. En revanche, à ce jour, il n'existe pas de recommandations concernant la pratique diététique, chez les adolescents atteints d'anorexie mentale.

Les diététicien-ne-s collaborent tous avec des psychiatres, médecins, psychologues et d'autres centres spécialisés et l'interdisciplinarité fonctionne bien. C'est une bonne stratégie car selon L'Academy de Nutrition et Diététique (59), les diététicien-ne-s peuvent fournir des informations utiles au thérapeute familial telles que : l'alimentation familiale avant et après l'anorexie mentale de leur enfant et les pratiques alimentaire de celui-ci.

Par ailleurs, les diététicien-ne-s pensent qu'il ne faut pas que la FBT soit un impératif mais plutôt un alternatif en fonction des besoins et de la demande. En ambulatoire, ils l'incluent moins fréquemment. La raison de leur exclusion est que l'invasion des parents dans la vie privée de l'adolescent peut créer des conflits et empêcher l'autonomie de ce dernier.

Néanmoins, L'Academy de Nutrition et Diététique (59) affirme que la famille peut-être un atout lors de la réalimentation de l'adolescent à domicile. Ils interviennent auprès des parents pour les sensibiliser aux comportements qu'ils doivent adopter vis-à-vis de la conduite alimentaire de leur enfant et informer la famille sur la maladie. Selon Herpertz-Dahlmann B. (63), dans le cadre ambulatoire, les parents devraient effectivement aider leur enfant pendant le repas grâce à un repas familial, une thérapie familiale ou des conseils provenant d'un thérapeute (le/la diététicien-ne).

De plus, selon L'Academy de Nutrition et Diététique (59), les diététicien-ne-s pratiquant la FBT doivent se focaliser sur les symptômes actuels avec comme objectif premier la restauration du poids et l'interruption des comportements du trouble de l'alimentation.

Le thérapeute a pour but de responsabiliser les parents en leur montrant qu'ils disposent de nombreux outils et ressources pour aider leur enfant en consultation avec l'équipe interdisciplinaire.

Par ailleurs, les diététicien-ne-s interviewés n'ont suivi aucune formation complémentaire de longue durée. L'expérience sur le terrain leur suffit grâce à la collaboration avec d'autres professionnels de la santé et la lecture des articles et des ouvrages au sujet de l'anorexie mentale. Selon l'Association américaine des Diététicien-ne-s (AED) (64), il est conseillé de suivre une formation spécialisée dans la thérapie cognitivo-comportementale ou dans les entretiens motivationnels afin de compléter leur formation.

Il est également possible de demander la supervision de la consultation par un professionnel de la santé mentale afin d'être plus performant, ce qui n'est pas fait en Suisse romande par manque de formations disponible.

En conclusion, nous pouvons retenir qu'il est important d'inclure la famille lors d'une prise en charge hospitalière et ambulatoire pour les raisons suivantes : aider les adolescents lors de la réalimentation et pouvoir l'encourager à atteindre ses objectifs alimentaires. Nous avons également pu mettre en évidence le fait que la formation et une prise en charge multidisciplinaire sont essentielles pour un meilleur suivi de ces patients.

9.2.2 Limites, biais et points forts

Lors de la réalisation de ce travail, nous avons rencontré plusieurs limites. Tout d'abord, il n'a pas été possible d'effectuer des interviews dans l'ensemble des lieux de la Suisse romande traitant les troubles du comportement alimentaire par faute de temps, d'argent et de diététicien-ne-s.

Ensuite, afin de contacter les lieux où exerçaient des diététicien-ne-s nous avons dû rédiger un mail qui a été validé au préalable par notre Directrice du Travail de Bachelor. Dans ce mail, nous avons annoncé le thème précis de notre Travail de Bachelor, c'est-à-dire les thérapies incluant la famille ce qui a pu « freiner » les lieux qui ne pratiquaient pas cette approche. De ce fait, nous avons pu interviewer uniquement quatre lieux qui étaient favorables à notre demande. Nous n'avons alors eu peu de points de vue divergents et aucune des institutions n'excluait la famille ce qui aurait influencé nos résultats différemment.

L'enquête par interview nécessitait environ 45 minutes pour y répondre de manière complète. Les diététicien-ne-s ne disposant pas de ce temps n'ont pas pu participer à notre interview.

Plusieurs points forts apparaissent à la fin de notre Travail de Bachelor. Nous avons tout de même pu interviewer plusieurs institutions qui n'avaient pas exactement les mêmes points de vue. Nous avons également fait preuve d'organisation en optimisant notre temps pour effectuer le plus rapidement possible les interviews, afin de bénéficier de suffisamment de temps pour les analyser.

9.3 Synthèse Discussion

9.3.1 Synthèse de la littérature et de l'enquête par interview

Nous pouvons en conclure que les diététicien-ne-s interviewés suivent les recommandations de la prise en charge de l'anorexie mentale de la HAS (3).

Comme décrit précédemment, le/la diététicien-ne nomme et explique la maladie, parle des conséquences et explique l'objectif des soins. Les objectifs axés sur la renutrition chez les enfants et adolescents de la HAS et de L'AED (restauration du poids, alimentation, attitudes et sensations alimentaires) rejoignent également ce qui est fait par les diététicien-ne-s interrogés en Suisse romande. Les recommandations de L'AED (64) rejoignent celle de la HAS (3) concernant l'évaluation, l'intervention et le suivi nutritionnel.

Selon la HAS (3), une évaluation globale (somatique, nutritionnelle et psychique) tout en incluant la dynamique familiale et sociale est recommandée. Cela permet de déterminer les signes de gravité.

Les recommandations de la HAS (3) mentionnent l'importance des actions à entreprendre dans la prise en charge nutritionnelle de l'anorexie mentale. Il est seulement précisé qu'il est du ressort du/de la diététicien-ne d'effectuer l'évaluation des ingestas.

Ces compétences seront également nécessaires afin d'objectiver la renutrition, de définir l'objectif pondéral, de suivre et accompagner le patient dans sa renutrition et de surveiller son bilan hydro électrolytique. Les recommandations de l'AED (64) ajoutent que le/la diététicien-ne peut travailler avec le patient la motivation ou la volonté à changer dans un entretien motivationnel pour une amélioration de la motivation intrinsèque (entraîné par des récompenses internes) au changement (65).

Malgré le fait qu'au moins la moitié des diététicien-ne-s interrogés inclue la famille systématiquement, aucune uniformisation de la pratique n'existe à ce sujet. En effet, les diététicien-ne-s se sentent moins à l'aise d'inclure une famille entière comparé à une thérapie individuelle. Cela peut être mis en lien avec les recommandations analysées qui démontrent qu'aucune recommandation n'est décrite concernant la prise en charge familiale pour un-e diététicien-ne.

La HAS (66) précise également l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire incluant un-e diététicien-ne afin d'optimiser le traitement tout en favorisant l'alliance thérapeutique. L'AED (64) affirme également ce dire qui est qu'une approche collaborative d'une équipe interdisciplinaire incluant des spécialistes de la santé mentale, de la médecine et de la nutrition est nécessaire. Le/la diététicien-ne fait partie du processus de soin ; dans la prévention, les soins actifs et dans le traitement des rechutes.

La mise en commun des différents éléments issus de la littérature scientifique et des interviews nous permet d'établir des liens suivants :

- La thérapie familiale est plus efficace à court terme (maximum 12 mois) comparé à la thérapie individuelle
- La FBT améliore les variables comme : la dépression, l'anxiété, la prise de poids, l'IMC et le trouble du comportement alimentaire
- La combinaison de la thérapie familiale et individuelle est primordiale, pour une meilleure prise en charge
- Aucune recommandation n'est disponible à ce sujet pour les diététicien-ne-s
- La diététicienne a un rôle important et indispensable dans la prise en charge incluant les parents dans l'anorexie mentale chez les adolescents
- L'intervention nutritionnelle est importante afin de faire émerger différents objectifs concernant les conduites alimentaires, l'alimentation et les comportements compensatoires
- L'implication du/de la diététicien-ne diffère selon les institutions concernant les prises en charge familiale

9.3.2 Limites, biais et points forts

Il est difficile de comparer la littérature scientifique aux interviews étant donné qu'il n'y avait pas d'articles sur les diététicien-ne-s dans la revue de littérature.

Une autre limite a été constatée lors du recrutement des établissements dans ce travail. Nous avons fait mention de la thérapie Maudsley lors de la rédaction du courriel électronique afin de recruter des diététicien-ne-s, qui à notre avis a pu influencer leur choix et donc diminuer le recrutement de ceux-ci.

Notons que le point fort de ce Travail de Bachelor est qu'il a permis de confirmer notre hypothèse que le/la diététicien-ne a un futur dans les prises en charge incluant les parents des adolescents souffrant de l'anorexie mentale.

10. Perspectives

Nos résultats ont démontré que la thérapie familiale est une approche à étudier de plus près. Les résultats sont prometteurs à court terme, spécifiquement chez les adolescents. En parallèle, inclure différents professionnels dans cette approche, dont des diététicien-ne-s, est d'autant plus bénéfique afin d'harmoniser la prise en charge.

Il est vrai qu'à travers la littérature nous avons pu identifier les variables influencées par la thérapie familiale et non le rôle du/de la diététicien-ne, d'où le choix de faire des interviews pour répondre à notre seconde question de recherche. De plus, toutes ces études nous mènent vers un résultat univoque qui est que la thérapie familiale améliore les variables (l'évolution de l'IMC, l'estime de soi, la dépression et du trouble du comportement alimentaire) de manière significative d'une durée de 6 à 12 mois. Néanmoins, nous constatons un manque d'études précises et qui pourraient confirmer de manière franche à quel point la FBT est efficace comparée à des traitements classiques (thérapie individuelles). Cependant, cela ouvre de nombreuses perspectives et permet d'approfondir les recherches par la suite.

Nos résultats nous ont conduits vers la solution de création d'un guide ou un protocole qui permettrait l'uniformisation de la pratique diététique. Le procédé de création permet d'avoir à disposition des recommandations identiques concernant la FBT pour la prise en charge de l'anorexie mentale en Suisse romande. Il n'a pas été possible de le créer lors de ce travail, mais ce dernier offre des pistes concernant le manque de formation pour les professionnels. Les deux autres points qui sont ressortis sont : le manque de communication entre professionnels et la méconnaissance de la FBT. Par la suite, nous désirons regrouper des informations et outils plus concrets concernant les soins de ces patients dans le but de favoriser leur accompagnement dans le cadre de la thérapie familiale.

De plus, il serait adéquat de créer une plateforme qui permettrait une communication entre les différents diététicien-ne-s. Un endroit propice aux échanges sur divers points.

Les limites de ce travail mettent en lumière qu'il est nécessaire de mener des recherches plus approfondies en étudiant une population homogène avec des formes de thérapies classiques. Par ailleurs, pour une prise en charge optimale, il serait intéressant d'avoir à disposition une formation pour les médecins qui sont en première ligne en règle générale pour dépister des troubles du comportement alimentaire. Nous avons pu voir que "plus la maladie apparaît tôt dans l'adolescence, plus il aura des chances de s'en sortir" (10). Dans cette même idée, un dépistage précoce permet une guérison plus rapide.

11. Conclusion

Ce travail de Bachelor a permis d'apporter des nouvelles réflexions quant à l'utilisation de cette thérapie mal connue en Suisse romande. Il ressort que la FBT est une thérapie importante et qui déculpabilise l'entourage et apporte un soutien à la famille. Les diététicien-ne-s adhèrent à cette approche et affirment la nécessité de l'étudier et de l'uniformiser dans la pratique.

La thérapie familiale est une approche à la fois abstraite et de plus en plus connue à ce jour. Ce travail a permis de mettre en évidence l'importance de l'inclusion de la famille dans la prise en charge des adolescents souffrant d'anorexie mentale et à la fois le manque d'études précises sur l'efficacité à long terme. De plus, d'après les interviews, nous avons pu voir que c'est une pratique intéressante et pour certains nécessaires à la réussite d'une prise en charge.

La FBT permet de mettre en place plus de perspectives pour le futur concernant le traitement de l'anorexie mentale. Plusieurs possibilités s'offrent à notre pratique et aux professionnels qui permettront d'arriver à la même conclusion qui est de guérir au plus tôt les adolescents pour ainsi diminuer la prévalence de la chronicité de cette maladie.

Ce travail nous a permis de comprendre notre utilité dans l'anorexie mentale et surtout de l'importance du rôle de l'entourage dans la prise en charge.

12. Remerciements

Nous souhaitons adresser des remerciements aux personnes qui nous ont permis de réaliser ce travail de Bachelor sur le thème de la prise en charge de l'anorexie mentale chez les adolescents ainsi que celles qui nous ont consacré leur temps précieux à la concrétisation de cet écrit. Nous souhaitons remercier tout particulièrement :

Notre directrice de travail de Bachelor, Madame Isabelle Carrard, Docteure en Psychologie et Professeure à la Haute École de Santé de Genève, filière Nutrition et Diététique pour sa supervision. Elle a pu nous suivre et conseiller tout en répondant de manière rapide et efficace à nos questions. Son aide précieuse et sa disponibilité nous a permis d'améliorer notre travail de jour en jour.

Madame Magali Volery, Psychologue diplômée FSP et Diététicienne HES au Centre de Consultations de Nutrition et Psychothérapie (CCNP) à Genève, pour son expertise lors de notre soutenance orale.

Les diététicien-ne-s des diverses institutions qui ont accepté de prendre du temps sur leur vie privée afin de mener à bien notre travail.

Monsieur Jean-David Sandoz, Bibliothécaire - documentaliste à la Haute École de Santé de Genève pour son aide quant à notre recherche de littérature et pour l'obtention rapide d'articles scientifiques nécessaires à notre travail.

Madame Martine Di Capua et Madame Mélissa Panico pour la relecture et la correction de notre travail.

13. Bibliographie

- (1) Anorexie : définition de l'anorexie [En ligne]. La langue Française ; 2019 [consulté le 18 juin]. Disponible: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-anorexie/>
- (2) American Psychiatric Association. DSM-5: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Cedex : ELSEVIER ; 2015.
- (3) Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge [En ligne]. 2010 [consulté le 15 novembre 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics - anorexie -mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf)
- (4) Dr A. Perroud. Les troubles des conduites alimentaires [En ligne]. Clinique Belmont ; 2010 [consulté le 15 novembre 2018]. Disponible: <https://www.grea.ch/sites/default/files/A-Perroud.pdf>
- (5) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale prise en charge [En ligne]. 2010 [consulté le 12 décembre 2018]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu anorexie mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
- (6) Pr. Rigaud D, Gimenez A, Dr. Perroud A. Faire face aux troubles du comportements alimentaires : anorexie, boulimie, compulsion. Paris : Retz ; 2016.
- (7) Dr. Perroud A. Faire face à l'anorexie : une démarche efficace pour guérir. Paris : Retz ; 2009.
- (8) L'adolescence : c'est quoi ? [En ligne]. Lausanne : Ciao; 2018 [consulté le 18 juin 2019]. Disponible: <https://www.ciao.ch/articles/ladolescence-cest-quoi/>
- (9) L'adolescent face aux troubles alimentaires [En ligne]. 2012 [consulté le 19 juin 2019]. Disponible: [https://www.planetesante.ch/Magazine/Alimentation-et-nutrition/Anorexie/L-adolescent-face-aux-troubles-alimentaires\)](https://www.planetesante.ch/Magazine/Alimentation-et-nutrition/Anorexie/L-adolescent-face-aux-troubles-alimentaires)
- (10) Steinhausen H-C. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. American Journal of Psychiatry. 2002;159(8):1284-93.
- (11) NICE. Eating disorders: recognition and treatment: Guidance and guidelines [en ligne]. [consulté le 21 décembre 2018]. Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>
- (12) Solange Cook-Darzens. Les familles face à l'anorexie [en ligne]. 2008 [consulté le 15 décembre 2018]. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/270477019 Les familles face a l'anorexie](https://www.researchgate.net/publication/270477019_Les_familles_face_a_l'anorexie)
- (13) Maudsley Parents. family-based treatment for eating disorders, anorexia nervosa, and bulimia nervosa [en ligne]. (S.d.) [consulté le 14 novembre 2018]. Disponible: <http://www.maudsleyparents.org/whatismaudsley.html>

- (14) Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., C. Dare. Treatment manual for anorexia nervosa : A family-based approach. New York, NY : Guilford Publications, Inc; 2001.
- (15) Lock, J., and D. Le Grange. Help your teenager beat an eating disorder. New York, NY : Guilford Press; 2005.
- (16) Fairburn CG. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York, NY : Guilford Press; 1985.
- (17) Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. Br J Psychiatry. 1988;152:367-71.
- (18) Wilson AJ, Touyz SW, Dunn SM, Beumont P. The eating behavior rating scale (EBRS): A measure of eating pathology in anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 1989;8(5):583-92.
- (19) Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord. 1983;2(2):15-34.
- (20) Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12(4):871-8.
- (21) Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability Testing of a Children's Version of the Eating Attitude Test. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(5):541-3.
- (22) Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. The validity of the eating disorder examination and its subscales. Br J Psychiatry. 1989;154:807-12.
- (23) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.
- (24) Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- (25) Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie, la Revue. 2015;15(157):39-44.
- (26) Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34.
- (27) Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord. 2013;46(1):3-11. doi:10.1002/eat.22042
- (28) Gelin Z, Cook-Darzens S, Simon Y, Hendrick S. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. Eat Weight Disord. 2015;21(1):19-30. doi:10.1007/s40519-015-0207-y

- (29) Lock J, Gowers S. Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa. *J Mental Health*. 2005;14(6):599-610. doi:10.1080/09638230500400324
- (30) Tierney S, Wyatt K. What works for adolescents with AN? A systematic review of psychosocial interventions. *Eat Weight Disord*. 2005;10(2):66-75.
- (31) Richards IL, Subar A, Touyz S, Rhodes P. Augmentative Approaches in Family-Based Treatment for Adolescents with Restrictive Eating Disorders: A Systematic Review. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(2):92-111. doi:10.1002/erv.2577
- (32) Russell G.F.M., Szmukler G.I., Dare C., Eisler I.: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44:1047- 1056.
- (33) Robin A.L., Siegel P.T., Moyer A.W., Gilroy M., Baker Dennis A., Sikard A.: A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1999; 38 :1482-1489.
- (34) Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord*. 2004; 12:303–314.
- (35) Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*. 2007 ;164 :591–598.
- (36) Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:1049–1056.
- (37) Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1025–1032.
- (38) Gelin Z, Fuso S, Hendrick S, Cook-Darzens S, Simon Y. The effects of a multiple family therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Fam Process* 2015; 54(1):160–172. doi:10.1111/famp.12103
- (39) Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. F. M. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study. *Int J Eat Disord*. 1992; 12(4): 347–357.
- (40) Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41, 727–736.
- (41) Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S., & Kraemer, H. A comparison of short and long term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 632 – 639.

- (42) Geist R, Heinmaa D, Stephens D, Davis R, Katzman DK: Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 2000; 45:173-178.
- (43) Eisler I., Dare C., Russell G.F.M., Szmulker G., Le Grange D., Dodge E.: Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1997; 54 :1025-1030.
- (44) Wallin U., Kronovall P., Majewski M. L.: Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: Outcome after 2 years. *Eur Eat Disord Rev*. 2000; 8: 19-30.
- (45) Bean, P., Louks, H., Kay, B., Cornella-Carlson, T., & Weltzin, T. Clinical observations of the impact of Maudsley therapy in improving eating disorder symptoms, weight, and depression in adolescents receiving treatment for anorexia nervosa. *J Groups Addict Recover*. 2010; 5(1): 70–82.
- (46) Dare, C., Chania, E., Eisler, I., Hodes, M., & Dodge, E. The Eating Disorder Inventory as an instrument to explore change in adolescents in family therapy for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2000; 8(5):369–383.
- (47) Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. M., & Dare, C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48(6): 552–560.
- (48) Eisler, I., Simic, M., Hodson, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., et al. A pragmatic randomised multi centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 2016 ; 16(1):422.
- (49) Gabel, K., Pinhas, L., Eisler, I., Katzman, D., & Heinmaa, M. The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: Pilot data. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(3):196–199.
- (50) Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(8):683-92.
- (51) Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. Comparison of long term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(6): 666–672.
- (52) Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *Int J Eat Disord*. 2006; 39(8): 639–647. <https://doi.org/10.1002/eat.20328>.
- (53) Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Fitzpatrick, K. K., Jo, B., Accurso, E., et al. Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behaviour Research and Therapy*. 2015 ; 73 :90–95. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.015>.

- (54) Marzola, E., Knatz, S., Murray, S. B., Rockwell, R., Boutelle, K., Eisler, I., et al.. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. *Eur Eat Disord Rev.* 2015 ; 23(3):210–218. <https://doi.org/10.1002/erv.2353>.
- (55) Rhodes, P., Baillee, A., Brown, J., & Madden, S. Can parent to parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized control trial. *Journal of Family Therapy*. 2008; 30(1): 96–108. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00418.x>
- (56) Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004780.pub4>
- (57) Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D, et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*. 1991;159: 325–33.
- (58) Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, et al. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PloS One*. 2012; 7(1)
- (59) Lian B, Forsberg SE, Fitzpatrick KK. Adolescent Anorexia: Guiding Principles and Skills for the Dietetic Support of Family-Based Treatment. *J Acad Nutr Diet*. 2019;119(1):17-25.
- (60) Waterhouse T, Jacob M. Practice Paper of the American Dietetic Association: Nutritional Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(8):1236-1241.
- (61) Setnick J. ADA Pocket Guide to Eating Disorders. Chicago, IL : American Dietetic Association; 2011.
- (62) Beerbower K, Beasley T, Dye M, et al. The CEDRD in Eating Disorder Care. Pekin, IL: International Association of Eating Disorder Professionals; 2015.
- (63) Herpertz-Dahlmann B. Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry: *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(6):438-45.
- (64) 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;111(8):1236-41.
- (65) Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York, NY: Guilford Press; 2007.
- (66) Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations. [En ligne]. 2010 [consulté le 10 juin 2019]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf

14. Annexes

- Annexe I** Les caractéristiques, l'extraction et la synthèse des données des articles retenues
- Annexe II** Grille d'analyse de qualité des revues
- Annexe III** Lettre de consentement
- Annexe IV** Questions de l'interview
- Annexe V** Protocole

Annexe I : Les caractéristiques, l'extraction et la synthèse des données des articles retenues

Nom de l'article	Auteurs	Date de publication	Critères d'inclusion				Critères d'exclusion		
			Tranche d'âge (11-18 ans)	Anorexie mentale	FBT et autres interventions (ex : thérapie individuelle)	Outcome PICO Cohésion familiale Poids/BMI, rapport à l'alim., estime de soi, dépression, image corporelle, comportements AN	> 24 ans	Autres TCA (boulimie, ARFID)	Publication au-delà de 15 ans
Augmentative Approaches in Family-Based Treatment for Adolescents with Restrictive Eating Disorders: A Systematic Review	Imogen Lim Richards, Anni Subar2, Stephen Touyz1 & Paul Rhodes1	Published online 28 December 2017	Moyenne d'âge de 12.8 à 17.7 ans	Anorexie mentale	Plusieurs formes de FBT (17 articles retenus et comparés)	Poids/BMI, dysfonction érectile échelle d'anxiété/ dépression estime de soi, taux de rémission			
Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale	Isabelle Thibault, Robert Pauzé, Éric Lavoie, Marie Mercier, Caroline Pesant, Johana	printemps 2017	Parle en termes de population de filles et garçons mais pas d'âge spécifié	Anorexie mentale	Comparaison entre différents traitements de l'anorexie (FBT, approche individuelle, etc..)	Pas d'outcome			

	Monthuy-Blanc et Marie-Pierre Gagnon-Girouard								
Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review	Zoe Gelin ,Solange Cook-Darzens ,Yves Simon, Stéphan Hendrick	Received: 24 June 2015 / Accepted: 16 July 2015 /Published online 31 July 2015	Adolescent		Comparaison entre la IS-MFT (modèle systémique intégratif de la MFT) et MFBT (Multiple Family based treatment) basée sur la thérapie de Maudsley	Pas d'outcome		Traite tous les troubles du comportement alimentaire	
Efficacy of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis	Jennifer Couturier, MD, FRCPC, Melissa Kimber, MSW Peter Szatmari, MD, FRCPC	Published online 23 July 2012 Accepted 24 June 2012	Âgé de 12 à 20 ans	Anorexie mentale	Comparaison entre traitement individuel et FBT	Morgan-Russell scales (poids, règles). Estime de soi, comportements AN , BMI, cohésion familiale et rémission. Pas de précision au niveau des chiffres		Boulimie et EDNOS	
What works for		June 2005	(50 % des 11-18ans)	Anorexie mentale	+ comparaison	2 catégories poids et progrès			

adolescents with AN? A systematic review of psychosocial interventions	S. Tierney, and K. Wyatt				de différentes formes de ttt (ex : SFT, CFT, etc.)	psychologique et psychosocial (dépression, estime de soi, image corporelle)			
Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry	Beate Herpertz-Dahlmann	November 2017	Moyenne d'âge: (15-24 ans)	Anorexie mentale	Traite la FBT sur 1 paragraphe			+comparaison entre 2 stratégies de renutrition + boulimie et ARFID	
Effective interventions for adolescents with anorexia nervosa	James Lock & Simon Gowers	December 2005	Adolescent sans précision sur l'âge	Anorexie mentale	Comparaison entre thérapie individuelle et familiale	Poids/BMI			
Adolescents with Anorexia Nervosa Have Their Say: A Review of Qualitative Studies on Treatment and Recovery from Anorexia Nervosa	Jessica Bezance & Joanna Holliday	Published online 13 June 2013	10-23 ans	Anorexie mentale	Uniquement 1 paragraphe sur la FBT			Défini le rôle de chaque individu (médecin, psy, famille) dans la thérapie de la guérison + Uniquement 1 paragraphe sur la FBT	

Annexe II : Grille d'analyse de qualité des revues

h e d s

Haute école de santé
Genève
Filière Nutrition et diététique

DOCUMENT INTERNE A NE PAS DIFFUSER

Analyse qualité d'articles de REVUE DE LITTÉRATURE¹

Résumé descriptif

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> – (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊖ (Neutre)
But de la revue de littérature	
Critères d'inclusion des articles	
Critères d'exclusion des articles	
Description du protocole de l'étude	Bases de données utilisées : N investigateurs impliqués dans la sélection des articles : Designs d'études incluses : Méta-analyse présente ou non :
Extraction des variables	Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N articles inclus au final : Présence d'un schéma descriptif du processus de sélection des articles avec n exclus et raisons (oui ou non) : Origines des études incluses : N (min et max) des sujets inclus dans les études :
Résumé des résultats	Constatations principales : Constatations secondaires :
Conclusion des auteurs	
Commentaires	
Source de financement	

¹ Traduction libre de Worksheet template and Quality criteria checklist : Review Articles.
Academy of Nutrition and Dietetics, Evidence Analysis Library®. <http://www.andean.org/evidence-analysis-manual> (accédé le 18 janvier 2017)

Analyse qualité

Symboles	Légende
+	Positif : Indique que l'article a abordé clairement les critères d'inclusion et d'exclusion, les biais, la généralisabilité, le recueil et l'analyse des données
–	Négatif : Indique que les éléments ci-dessus n'ont pas été abordés de manière suffisante
⊖	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible

Checklist

Questions de pertinence	
1. Est-ce que la réponse à la question de recherche, en admettant qu'elle soit vraie, aura un impact direct sur la santé des patients ou du groupe cible?	O-N-PP-NA
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O-N-PP-NA
3. Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de la revue de littérature est pertinent en pratique diététique ?	O-N-PP-NA
4. Est-ce que l'information, en admettant qu'elle soit vraie, requerra un changement de pratique ?	O-N-PP-NA

Oui=O ; Non=N ; Peu de précisions=PP ; Ne s'applique pas=NA

Questions de validité	
1. La question de recherche de la revue de littérature était-elle appropriée et ciblée de manière claire ?	O-N-PP-NA
2. La stratégie de recherche utilisée pour trouver les études pertinentes était-elle exhaustive ? Y avait-il une description des bases de données examinées et des termes de recherche utilisés ?	O-N-PP-NA
3. Les méthodes de sélection des études à inclure dans la revue étaient-elles explicites ? Est-ce que les critères d'inclusion/exclusion étaient spécifiés et étaient-ils appropriés ? La sélection des études à inclure dans la revue était-elle exempte de biais ?	O-N-PP-NA
4. Est-ce que la revue incluait une évaluation de la qualité et de la validité des études incluses ? Si oui, est-ce que les méthodes d'évaluation étaient explicitées, appropriées et reproductibles ?	O-N-PP-NA
5. Y avait-il une description de traitements, d'interventions ou d'expositions spécifiques ? Les différents traitements étaient-ils suffisamment similaires pour être réunis/combinaés ?	O-N-PP-NA
6. Est-ce que la variable de résultat était explicitée clairement ? Est-ce que des variables complémentaires étaient examinées ?	O-N-PP-NA

7. Est-ce que les modalités d'extraction de données, de synthèse et d'analyse des résultats étaient décrites? Ces modalités étaient-elles utilisées systématiquement pour chaque étude et chaque groupe ? La synthèse (qualitative ou quantitative) était-elle effectuée de manière appropriée ? La variabilité des résultats entre les études était-elle analysée ? Est-ce que les problèmes d'hétérogénéité ont été pris en compte ? En cas d'agrégation de données pour une méta-analyse, la procédure était-elle décrite ?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que les résultats sont présentés clairement, de manière narrative et/ou quantitative ? En cas de présentation de statistiques, est-ce que les niveaux de signification ou les intervalles de confiance sont inclus ?	O-N-PP-NA
9. Les conclusions sont-elles étayées par les résultats et tiennent-elles compte des biais et limites ? Est-ce que les faiblesses de la revue sont identifiées et discutées ?	O-N-PP-NA
10. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude était peu probable ?	O-N-PP-NA

Cotation

POSITIF (+) <i>Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 1, 2, 3 et 4, l'article de revue devrait être désigné par le symbole plus (+).</i>
NEGATIF (-) <i>Si la plupart (≥ 6) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article de revue devrait être désigné par le symbole moins (-).</i>
NEUTRE (⊖) <i>Si la réponse à l'une des quatre premières questions de validité (1-4) est « Non », mais que d'autres critères révèlent des points forts, l'article de revue devrait être désigné par le symbole neutre (⊖).</i>

Annexe III : Lettre de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Sujet du travail de bachelor : Anorexie mentale chez les adolescents : prise en charge

Dans le cadre de notre travail de bachelor, nous nous intéressons à l'efficacité des prises en charge de l'anorexie mentale chez les jeunes et au rôle du diététicien dans ces différentes prises en charge. Pour réaliser ce travail nous effectuons une revue de littérature ainsi que des entretiens. Si vous acceptez d'être interviewé-e, le présent formulaire spécifie comment nous allons traiter les données que nous allons récolter.

Par la présente, je soussigné(e).....
autorise : **Tiffanie Di Capua et Luwam Ghezai** à réaliser un interview, dans le cadre de leur travail de bachelor.

Je consens à être enregistré-e, je sais que l'enregistrement ne sera pas diffusé et qu'il sera détruit dès que les données auront été retranscrites. ☐oui ☐non

Je préfère que mon nom ne soit pas mentionné dans les documents et qu'on ne puisse pas identifier mes propos (anonymisation). ☐oui ☐non

Lu et approuvé, le

Signature

Nous nous engageons à ne pas utiliser les enregistrements a d'autres fins que celles décrites dans la présente attestation. Nous prenons note également de l'engagement de respecter, vos droits de l'anonymat si tel est votre souhait.

Date, le

Signatures

Annexe IV : Questions de l'interview

Pour notre travail de Bachelor nous nous intéressons à l'efficacité des prises en charge de l'anorexie mentale chez les jeunes et au rôle de la diététicienne dans ces différentes prises en charge. Nous interrogeons différentes diététiciennes pour avoir une vision générale des pratiques actuelles.

Nous souhaitons obtenir votre accord à l'aide d'une lettre de consentement dans laquelle on stipule la confirmation de l'anonymat ou non des informations relatives à votre nom et/ou institution. Nous souhaitons également enregistrer l'interview selon votre accord.

Questions pour interviews

1. Que pouvez-vous nous dire quant à la procédure d'une prise en charge des enfants/adolescents souffrant d'anorexie mentale dans votre institution ? (anamnèse alimentaire, mesures anthropométriques, PSN) Suit-elle des guidelines de référence ?
2. Est-ce que vous participez à ces prises en charge?
Si oui :
 - a. Quelles techniques d'entretien utilisez-vous ?
 - b. Quelles actions nutritionnelles entreprenez-vous ?
 - c. Basez-vous votre prise en charge sur des recommandations? Si oui lesquelles ?
3. En tant que diététicien-ne, à quelle fréquence intervenez-vous dans une prise en charge chez les jeunes atteints d'anorexie mentale ?
4. Collaborez-vous avec d'autres corps de métier ? Vos recommandations sont-elles toujours prises en compte par ceux-ci ?
5. Pensez-vous avoir suffisamment d'outils pour une prise en charge adéquate? Si non, de quoi auriez-vous besoin ?
6. Avez-vous suivi une spécialisation dans les troubles du comportement alimentaire ?
7. Avez-vous entendu parler de la thérapie familiale autrement appelée FBT ou thérapie familiale selon la méthode de Maudsley ?
Il s'agit d'un traitement fondé sur la famille développé en Angleterre. Ce traitement a été conçu par une équipe de psychiatres et psychologues pour enfant de l'hôpital Maudsley. Le travail se fait en collaboration avec la famille en ambulatoire. Il cherche à restaurer le poids d'origine du patient ainsi que de revenir au développement normal de l'adolescent en prévenant l'hospitalisation.
8. Si oui, qu'en pensez-vous ?
9. Selon vous, qu'est-ce qui différencie une prise en charge habituelle d'une prise en charge incluant la famille ? Particulièrement concernant le rôle de la diététicienne dans ces prises en charge ?
10. Comment voyez-vous le futur de la prise en charge incluant la famille ? Va-t-il se développer ?

h e d s

Haute école de santé
Genève
Filière Nutrition et diététique

Anorexie mentale chez les adolescents : prise en charge

Protocole de Travail de Bachelor

« Quels sont les effets des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent ? »

« Quel est le rôle de la diététicienne ? »

Tiffanie Di Capua et Luwam Ghezai

Décembre 2018

Directeur TBSc: Isabelle Carrard

Table des matières

1. Liste des abréviations utilisées	75
2. Résumé	76
3. Introduction	77
Définition	77
Prévalence	77
Populations à risque	78
Intérêt du repérage précoce	78
Traitements	78
Rôle de la famille	79
L'approche Maudsley	79
4. But	80
5. Objectifs	80
6. Questions de recherche	80
Question de recherche N°1	80
Question de recherche N°2	81
7. Méthodologies	81
Question de recherche N°1	81
Designs	81
Stratégie de recherche	81
Mots-clés	81
Critères d'inclusion et d'exclusion	81
Sélection des études	82
Analyse et extraction des données	82
Analyse qualité	83
Bénéfices et risques	83
Budget et ressources	83
Question de recherche N°2	83
Designs	83
Population	83
Déroulement	84
Stratégie de recherche pour la revue narrative	84
Critères d'inclusion et d'exclusion	84
Budget et ressources	85
8. Déroulement	85
9. Perspectives	86
10. Bibliographie	87
11. Annexes	88

1. Liste des abréviations utilisées

AM	Anorexie mentale
CCNP	Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FBT	Family Based Treatment
HAS	Haute Autorité de santé
HEdS	Haute école de santé
MeSH	Terms Medical Subject Headings Terms
NICE	National Institute For Health and Care Excellence
TCA	Troubles du comportement alimentaire

2. Résumé

Introduction

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire définie par le DSM-V. Il débute avec une période de restriction alimentaire « le plus souvent entre 12 et 19 ans, avec un sex ratio de 9 filles pour 1 garçon », principalement dans les pays industrialisés.

Il s'agit d'une pathologie dite « grave de l'adolescence, susceptible de se chroniciser avec un impact important en termes de morbidité et de mortalité à long terme ». Actuellement, cela représente un enjeu de santé publique important. Les facteurs de risque (psychologiques, familiales, estime de soi ,etc..) sont diverses et permettent en partie de poser un diagnostic.

Le traitement de l'anorexie mentale est surtout en lien avec un diagnostic et une prise en charge précoce. Pour cela, selon les sociétés savantes, l'approche multidisciplinaire et la thérapie familiale démontrent l'efficacité dans la rémission des adolescents. Il est mentionné qu'inclure les parents dans la prise en charge permet de consolider les liens, améliorer la compréhension de la maladie et ainsi améliorer le processus de guérison.

En ce qui concerne la prise en charge diététique, elle est actuellement lacunaire à la fois dans le traitement du trouble du comportement alimentaire et également dans les thérapies incluant les parents. C'est pourquoi nous avons construits des réflexions autour de cette thématique.

But

Le but de ce travail consiste dans un premier temps de démontrer l'efficacité de la thérapie familiale (FBT) et d'identifier les traitements existants dans une prise en charge pluridisciplinaire chez les adolescents ayant une anorexie mentale. Le but secondaire est d'identifier la procédure de la prise en charge nutritionnelle.

Question de recherche

Suite à ces réflexions, deux questions de recherches en découlent. La première est : « *Quels sont les effets des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent?* ». La deuxième : « *Quel est le rôle de la diététicienne dans une prise en charge de l'anorexie mentale incluant les parents?* »

Méthode

Ces deux questions de recherches nous ont conduit à proposer deux types de méthodologies. Concernant la première question, nous allons effectuer une revue quasi-systématique de la littérature (revues systématiques et méta-analyses, essais contrôlés randomisés). Dans le but de répondre à notre question de recherche primaire, nous allons utiliser ces bases de données suivantes : Medline via Pubmed, CINAHL, PsycINFO et Google Scholar, à l'aide des mots-clés sélectionnés (MeshTerms et CINAHL Headlines).

Nous pensons sélectionner nos articles selon des critères d'inclusions (adolescents de 13 à 18 ans atteints d'anorexie mentale) et d'exclusions (limite de 10 ans concernant les dates de publication des revues) et allons les analyser à l'aide des grilles descriptives et qualitatives de la HEdS.

Quant à la deuxième question, voici les thèmes qui sont abordés : anorexie mentale chez l'adolescent , reprise pondéral et la prise en charge diététique.

Pour cela, nous allons nous rendre sur le terrain des professionnels (diététicien-ne-s) au moyen d'un interview dirigé (questions précises préparées au préalable). De plus, nous allons effectuer des recherches d'ouvrages littéraires manuellement.

Conclusion

Ce travail permettra de mettre en évidence une prise en charge nutritionnelle et pluridisciplinaire pour cette population d'adolescents ayant une AM. Nous souhaitons obtenir une vue d'ensemble des thérapies qui impliquent les parents et leur efficacité pour l'AM.

3. Introduction

Définition

Selon la HAS (1), l'anorexie mentale est définie comme étant un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui provient de plusieurs origines:

- facteurs personnels de vulnérabilité psychologique
- biologique et génétique
- facteurs d'environnement
- facteurs familiaux
- facteurs socioculturels (importance de l'image du corps)

La maladie d'anorexie mentale répond aux critères diagnostiques du DSM-V. Il repose sur la présence de chacune des composantes décrites ci-dessous (2).

Deux types
C. Restrictif
D. Accès hyperphagiques/purgatif

3 critères
D. 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 normal attendu.
E. 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.
F. 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.

Degré de sévérité en fonction de l'IMC
F. Léger: IMC ≥ 17 kg/m ²
G. Moyen: IMC 16 -16.99 kg/m ²
H. Grave: IMC 15 -15.99 kg/m ²
I. Extrême: IMC < 15 kg/m ²

En parallèle des critères du DSM-V, les données cliniques appuient et permettent de poser un diagnostic. Les éléments importants sont les suivants : (1,3)

- Poids < 85% de la normale ou IMC < 17,5
- Restrictions volontaires, hyperactivité, vomissements, laxatifs, etc.
- Perturbation de l'image du corps et peur de grossir
- Aménorrhée ou impuissance
- Retard de croissance et arrêt de la puberté

Ces critères s'accompagnent d'un refus de maintenir un poids normal et donc une peur intense de prendre du poids.

Prévalence

La prévalence de cette maladie est dite rare, 0,9% à 1,5% chez les femmes et 0,2% à 0,3% chez les hommes. Elle débute en général avant la puberté, avec un âge moyen de 17 ans (il est observé deux pics de fréquence autour de 14 ans et 18 ans) (4).

Néanmoins, il s'agit d'une des maladies psychiatriques qui cause le plus de décès (suicide, complications somatiques) , jusqu'à 10% selon les études qui comportent un suivi de plus de 10 ans (1).

De plus, l'anorexie mentale est à risque de provoquer diverses complications:

- risque somatiques et psychiques (ex : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, etc.)
- risque de chronicité
- risque de rechute

Populations à risque (3)

Les populations à risque sont :

- les adolescentes,
- les jeunes femmes
- les mannequins
- les danseurs et sportifs
- les sujets atteints de pathologies qui implique des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale etc.,

Intérêt du repérage précoce

La HAS (1) recommande un dépistage et une prise en charge précoce pour ses effets bénéfiques. Il prévient « le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescentes (grade C) ». Ceci permettra d'instaurer une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.

Traitements

Il existe des recommandations nutritionnels et non nutritionnels selon NICE (5) dans le traitement de l'anorexie mentale pour les enfants/adolescents.

Traitements de l'anorexie mentale (5)

- inclure la psychoéducation sur le trouble
- inclure la surveillance du poids, de la santé mentale et physique ainsi que des facteurs de risque
- être multidisciplinaire et coordonné entre les services
- impliquer les membres de la famille de la personne ou les aidants (selon le cas).
- aider les personnes à atteindre un poids santé ou un IMC correspondant à leur âge
- la prise de poids est essentielle pour soutenir les autres changements psychologiques, physiques qui sont liés à la qualité de vie nécessaires à l'amélioration ou au rétablissement
- lors de la pesée des personnes souffrant d'anorexie mentale, envisager de partager les résultats avec eux et avec les membres de leur famille ou leurs aidants

Traitements nutritionnels (5)

Il est conseillé d'offrir uniquement des conseils diététiques dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.

- encourager les personnes souffrant d'anorexie mentale à prendre un supplément multivitaminique et multiminéral par voie orale en fonction de leur âge, jusqu'à ce que leurs apports alimentaires soient suffisant pour correspondre à leurs valeurs nutritionnelles de référence
- inclure les membres de la famille ou les personnes qui s'occupent de l'enfant dans les programmes d'éducation alimentaire ou de planification des repas destinés aux enfants et aux jeunes atteints d'anorexie mentale

- offrir des conseils diététiques supplémentaires aux enfants et aux jeunes souffrant d'anorexie mentale et à leur famille (ou aux personnes qui s'en occupent) pour les aider à satisfaire leurs besoins alimentaires en matière de croissance et de développement (en particulier au cours de la puberté)

Rôle de la famille

Au cours des dernières décennies, de nombreux cliniciens ont mis en évidence que la perturbation ou particularité familiale peut avoir une influence sur l'émergence des TCA, notamment l'anorexie mentale. « Certains pionniers de la thérapie familiale, notamment S. Minuchin et M. Selvini-Palazzoli ont affirmé, dès les années 1960-1970, l'existence d'une famille dite psychosomatique ou anorexigène, marquée par l'enchevêtrement relationnel, la surprotection, la rigidité, l'évitement du conflit, et une tendance à impliquer la future patiente dans des conflits conjugaux latents. Le symptôme alimentaire permettrait de détourner l'attention familiale de cette mésentente parentale et de maintenir le consensus, protégeant ainsi la famille de tout changement ou de toute séparation » (6). C'est pourquoi, il semblait judicieux d'adopter une prise en charge individuelle et ainsi tenir la famille à distance.

Néanmoins, aucunes études scientifiques n'ont pu confirmer cette hypothèse. Il a été observé que les familles des personnes atteintes d'anorexie ont des modes de fonctionnement diverses comme les familles dite « normales ». A partir de là, il a été démontré que « la qualité du fonctionnement familial est un facteur de guérison non négligeable et que la manière dont la famille réagit à l'anorexie après sa survenue influence beaucoup l'évolution de la maladie » (6). Il s'agit de consolider la relation parent-enfant. Cela permet à la fois de venir en aide à la famille dans le but de retrouver un sentiment de compétence et de confiance et ainsi éviter des conflits et permet également à l'adolescent d'être compris et accompagné.

Il est évident qu'une prise en charge multidisciplinaire et l'alliance thérapeutique s'ajoutent à la thérapie familiale. En effet, la guérison est possible sur le long terme et ceci grâce à la prise en charge globale impliquant les dimensions telles que les aspects nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales. La modalité d'une prise en charge diffère d'une personne à une autre. Il est traité selon le degré de la gravité. Il est important de souligner la pluridisciplinarité, l'alliance avec les proches et le patient et le diagnostic précoce.

L'approche Maudsley

Les sociétés savantes recommandent d'inclure les familles dans le traitement de l'anorexie mentale des enfants et adolescents. L'approche Maudsley fait partie des approches familiales spécifiquement développé pour le traitement de cette pathologie. Il s'agit en outre d'une approche qui a été beaucoup évaluée. Elle est plus connue sous le nom de "family-based-treatment (FBT)", ce qui signifie traitement fondé sur la famille en anglais. Ce traitement a été conçu par une équipe de psychiatres et psychologues pour enfant de l'hôpital Maudsley. C'est un modèle alternatif prometteur comparé aux programmes coûteux d'hospitalisation. Il cherche à restaurer le poids d'origine du patient ainsi que de revenir au développement normal de l'adolescent en prévenant l'hospitalisation.

L'approche Maudsley est le plus souvent utilisée en ambulatoire de manière intensive avec les parents. Les thèmes principaux abordés avec eux sont :

- des stratégies à adopter dans le but d'aider un enfant à retrouver un poids normal compte tenu de son âge et sa taille
- avoir le contrôle sur son alimentation
- encourager son développement par des discussions profondes concernant ses problèmes

Les traitements plus traditionnels de l'anorexie suggèrent que les soignants se centrent sur le patient sans inclure les parents dans la prise en charge. L'approche Maudsley, au contraire, s'oppose à cette théorie et prend les parents comme étant une ressource indispensable au succès du traitement (7).

Nous savons qu'il existe plusieurs thérapies qui impliquent les parents dans le traitement de l'anorexie. Parmi les approches développées, la thérapie Maudsley est celle qui a été la plus examinée, c'est pour cela que nous évaluerons tout d'abord son efficacité, ce qui constitue notre première question de recherche.

Il s'agit d'une approche multidisciplinaire, mais la place de la diététicienne n'est pas encore claire, ce qui nous amène à notre deuxième question de recherche.

4. But

Nous savons aujourd'hui par expérience que de nombreux diététiciens ne s'occupent pas des personnes ayant un trouble du comportement alimentaire par manque d'expertise dans ce domaine. Nous supposons qu'il manque dans nos pratiques une prise en charge globale pour des personnes n'ayant pas de spécialisation.

Nous allons en premier temps effectuer une revue de littérature sur les effets des thérapies familiales sur l'anorexie mentale pour ensuite analyser le rôle de la diététicienne dans cette prise en charge. Cela permettra d'avoir des informations et outils plus concrets concernant la prise en charge de ses patients.

5. Objectifs

Nos recherches ont pour objectifs :

- d'étudier et de comprendre les caractéristiques de l'anorexie mentale : les facteurs de risque, les conséquences...
- de décrire l'ensemble des traitements les plus courants utilisés dans l'anorexie mentale
- de comprendre et analyser la thérapie incluant les parents (FBT) sur l'anorexie mentale.
- d'évaluer l'efficacité des thérapies pour l'anorexie mentale incluant les parents
- de définir si une prise en charge avec l'approche Maudsley a un effet bénéfique sur la gestion de l'anorexie mentale, c'est-à-dire sur la reprise du poids

Dans un second temps, nous avons comme objectifs :

- de décrire le rôle de la diététicienne dans ces approches
- de suggérer des idées de mise en pratique d'interventions nutritionnelles destinées aux adolescents atteints d'anorexie mentale lors de la FBT

Pour cela nous allons conduire une étude qualitative dans laquelle nous allons contacter des diététicien(ne)s et psychologues de terrain pour les interroger et conduire une recherche de documentation en bibliothèque.

6. Questions de recherche

Question de recherche N°1

Quels sont les effets des interventions incluant les parents sur l'anorexie mentale de l'adolescent?

P= adolescents de 13 à 18 ans atteints d'anorexie mentale

I= Prise en charge avec Family based treatment (FBT) (Maudsley model)

C= pas de comparaison

O = effets des interventions sur l'évolution du poids

Question de recherche N°2

Quel est le rôle de la diététicienne dans une prise en charge de l'anorexie mentale incluant les parents?

7. Méthodologies

Question de recherche N°1

Designs

Notre but concernant ce travail était d'obtenir des revues de littérature ciblées sur les essais cliniques randomisés en lien avec une prise en charge chez les patients adolescents anorexique incluant les parents.

Au cours de nos recherches préliminaires, nous avons trouvé des revues et méta-analyses qui répondaient à notre question de recherche. C'est pourquoi la méthodologie que nous allons appliquer dans ce travail est d'effectuer une revue quasi-systématique incluant les revues existants et les études contrôlées randomisées qui ne seraient pas incluses dans ces revues.

Stratégie de recherche

Nous avons décidé d'effectuer une revue quasi-systématique de la littérature pour cela les articles doivent avoir un niveau de preuve élevé c'est-à-dire : revues systématiques et méta-analyses, essais contrôlés randomisés (niveau de recommandation A). Afin d'obtenir des articles fiables nous allons utiliser plusieurs bases de données telles que : Medline via Pubmed, CINAHL, PsycINFO et Google Scholar. Pour cela nous allons utiliser des mots clés nommés « Medical Subject Headings Terms » (MeshTerms) et CINAHL Headings .

Afin d'avoir les bons termes de recherche, nous utiliserons HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal) qui inclut les principales terminologies et ontologies de santé. Nos articles sélectionnés seront soit en français, italien ou anglais.

Mots-clés

Voici les différents mots-clés (MeshTerms) que nous allons utiliser pour nos recherches :

- Anorexia
- Parents
- intervention or treatment

Nous avons décidé d'utiliser plusieurs filtres afin que notre recherche soit plus précise tels que: adolescents 13-18 ans, revues systématiques, méta-analyses et essais contrôlés randomisés. Il est possible que les MeshTerms soient modifiés par la suite si besoin.

Equation de recherche: (((((((intervention OR treatment)))) AND parents) AND anorexia)) AND adolescent ([MeSH]) filter: ado 13-18, best matches

Critères d'inclusion et d'exclusion

Population

➤ Inclusion

La population choisie sera des adolescents de 13 à 18 ans atteints d'anorexie mentale. Pour le moment l'approche Maudsley est surtout utilisée pour l'anorexie mentale.

Toutefois, certains résultats scientifiques démontrent l'utilisation de cette méthode pour le binge eating disorder et la boulimie.

Nous savons aujourd'hui qu'une personne atteinte d'un trouble du comportement alimentaire peut souffrir de plusieurs pathologies selon les périodes de sa vie. Une personne atteinte d'anorexie mentale peut parfois souffrir également de boulimie ou du binge eating disorder car elle lutte continuellement contre la nourriture. Le cercle vicieux du maintien décrit par Fairburn renforce cette hypothèse (figure 1) (8). Une faible estime de soi peut amener à une préoccupation focalisée sur le poids et l'apparence physique ce qui peut engendrer des régimes sévères et cela peut déclencher des crises de grignotages ou des compulsions alimentaires. Nous souhaitons conserver ses résultats dans l'intérêt de garder une ouverture dans l'approche de la thérapie familiale chez les TCA. Il serait intéressant d'examiner la place de la profession dans toutes les thérapies familiales pour les TCA. Cela nous permettra d'identifier les similitudes et différences des outils dans la prise en charge des TCA.

Nous ne ferons pas de différence entre les hommes et les femmes ni même sur la durée de la maladie.

➤ Exclusion

Il nous a semblé pertinent de mettre une limite de 10 ans concernant la date de publication des revues pour avoir une documentation la plus récente possible et ainsi être au plus près de ce qui se fait de nos jours.

Outcomes

Nous conserverons les articles qui traitent les effets des interventions incluant les parents dans l'anorexie et tous ce qui est en lien avec la thérapie familiale.

Nous irons voir quels sont les outcomes classiquement mesurés dans les interventions pour faire une liste précise, même si elle doit être aménagée par la suite.

Sélection des études

Lors de notre recherche de littérature, nous allons débiter par filtrer le design des études (revues systématiques et méta-analyses, études d'intervention). Ensuite, nous allons effectuer un deuxième tri en fonction des titres des articles.

Le troisième tri se fait en fonction des abstracts des articles déjà sélectionnées, ce qui nous apporte plus de précisions sur l'article en question. Cette vérification nous indique, si l'article correspond à notre thématique ainsi qu'aux critères d'inclusions prédéfinis. D'autre part, il nous permet de vérifier les outcomes et nous indique la possibilité de lire l'article en entier dans le cas où il est conforme.

La lecture de l'article nous permettra de manière précise de savoir s'il correspond à notre question de recherche et ainsi le sélectionner pour notre travail.

Analyse et extraction des données

Après avoir sélectionné des articles en lien avec notre première question de recherche selon les titres et la lecture des abstracts. Nous allons utiliser un tableau récapitulatif décrivant les MeshTerms utilisés, les auteurs, le design de l'étude, la date de publication, le but de l'étude, la taille de l'échantillon, l'âge, le type d'intervention et la comparaison pour nous aider à faire notre analyse (Tableau 1).

Notre but sera d'extraire les variables de résultats (outcomes) qui indiquent les effets et l'efficacité de l'approche thérapeutique que nous examinerons. Les variables choisies pour le moment sont : le poids et BMI avant et après la thérapie.

Nous utiliserons un tableau qui résume les variables qui nous intéressent (Tableau 2).

Il est fort probable que les tableaux soient modifiés durant notre travail, car nous incluons d'autres variables de résultats si elles nous paraissent d'intérêt.

Analyse qualité

Il est vrai que les critères de la qualité sont primordiaux dans notre quête de recherche de revues. C'est pourquoi, nous allons utiliser la grille d'Academy of Nutrition and Dietetics (traduction française) (annexe 1).

Cet outil permet de déterminer la qualité des articles et de déterminer leur fiabilité, ce qui nous permettra d'affiner notre recherche. Il justifie la qualité de l'article sous forme d'indication positive, neutre ou négative.

Bénéfices et risques

Il y a plusieurs bénéfices à faire une revue des revues systématiques. Cela regroupe les meilleures évidences sur une question et le niveau de preuves est très élevé, si elles sont bien réalisées.

L'échantillon pris est grand, ce qui permet des analyses plus précises et les résultats sont facilement généralisables.

Nous aurons un grand nombre d'informations résumés dans chaque revue. Etant donné que nous ferons une revue des revues, notre travail sera facilité car nous pourrons les comparer entre elles. Le seul risque possible est que si la population est trop hétérogène dans une revue, il sera difficile de combiner les résultats. Le fait d'en avoir plusieurs nous permettra d'obtenir des réponses plus précises. Nous analyserons également des Essais Cliniques Randomisés. L'avantage est qu'il y a peu de biais de sélections, car les sujets sont attribués par randomisation.

Budget et ressources

Nous allons utiliser plusieurs bases de données pour notre travail telles que : PubMed, CINAHL, PsycINFO et Google Scholar. Leurs accès sont gratuites, car elles sont publiques et que la permission de consultation est accordée par la Haute Ecole de Santé de Genève (HedS). La plupart des articles sont disponibles gratuitement et si certains sont payants, la HedS offre la possibilité de nous procurer gratuitement 10 articles payant par élève, soit un total de 20 articles.

Pour créer notre bibliographie, nous utiliserons Zotero comme programme. Ce programme offre comme avantages la gratuité et l'efficacité.

Question de recherche N°2

Designs

Nous allons effectuer une étude qualitative qui comprend des entretiens avec des diététicien(ne)s qui travaillent avec des patients souffrant d'anorexie mentale. Ensuite, nous procéderons par faire une revue de littérature narrative pour compléter les informations obtenues sur le rôle possible de votre profession dans les traitements de l'AM incluant les parents.

Population

Nous envisageons de contacter des diététicien(ne)s dans plusieurs milieu tels que : programme Contrepoids (HUG), la clinique Belmont, Saint-loup, le centre ABC et le CCNP dans la mesure du possible par l'intermédiaire d'un interview afin d'avoir une idée plus précise de la prise en charge.

Déroulement

➤ Interview dirigée (9)

Nous avons prévu d'interviewer uniquement des diététicien(ne)s. Une grille d'entretien est élaborée au préalable avec des questions ciblées afin d'obtenir des réponses précises. Les professionnels bénéficient de l'anonymat, seul le lieu de travail sera dévoilé s'ils nous accordent leur consentement. Les interviews sont réalisées face à face de manière individuelle, sur le lieu de travail.

Entretien dirigé (ou directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis
Information partielle et réduite
Information recueillie rapidement ou très rapidement
Inférence assez faible

➤ Retranscription

Nous avons prévu d'enregistrer l'interview afin de ne perdre aucune donnée, une feuille de consentement sera alors distribuée.

Nous allons retranscrire l'entièreté de l'entretien. La retranscription sera passive c'est-à-dire via le professionnel exclusivement, il n'y aura donc pas d'immersion auprès d'un groupe d'adolescents atteints d'anorexie mentale.

➤ Analyse qualitative

Nous pensons résumer les interviews et faire ressortir le fonctionnement et le procédé de chaque établissement. Les données seront analysées d'un point de vue sémantiques, c'est-à-dire que le traitement sera manuel, il s'agit d'une analyse empirique des idées, des mots et de leurs significations (9).

Stratégie de recherche pour la revue narrative

Nous utiliserons la plateforme RERO des Universités de Genève pour notre recherche d'ouvrages et documents concernant la prise en charge nutritionnelle de l'anorexie.

Ouvrages prévus : « I'm like So fat » de Dianne Neumark-Sztainer ; Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de Solange Cook-Darzens

Critères d'inclusion et d'exclusion

Intervention

➤ Inclusion

Nous prendrons en compte les revues qui incluent des interventions nutritionnelles telles que les conseils nutritionnels, l'éducation thérapeutique et le comportement alimentaire. Nous incluons également les articles qui traitent l'aspect psychologique de la question de recherche (restriction cognitive, dérèglements émotionnels).

Nous avons conscience du manque de recherches concernant l'intervention nutritionnelle incluant les parents de l'anorexie chez les adolescents. C'est pourquoi, nous associerons différents styles d'interventions afin d'enrichir nos recherches.

➤ Exclusion

Nous excluons tout article/ouvrage n'incluant pas l'anorexie mentale, l'adolescence ou la prise en charge avec les parents.

Outcomes

Pour répondre à notre deuxième question de recherche, qui est de définir le rôle de la diététicienne dans cette prise en charge. Les outcomes attendus sont de pouvoir éclaircir la prise en charge nutritionnelle de trouble du comportement alimentaire incluant les parents et proposer des outils concrets qu'un-e diététicien-ne pourrait utiliser dans sa pratique quotidienne.

Budget et ressources

Notre directrice de travail de Bachelor, Isabelle Carrard, nous sera d'une aide précieuse dans l'élaboration de notre travail en plus des recherches documentaires et interviews. Le budget financier pour notre travail concerne les impressions, reliures et les déplacements en lien avec les interviews.

8. Déroulement

Nous avons élaboré un tableau récapitulatif de notre fonctionnement. Ce travail sera mené à deux, sauf s'il s'agit des lectures. Nous aurons régulièrement des rendez-vous avec notre directrice de Bachelor: Mme Isabelle Carrard afin de garantir une évolution optimale. A la fin de chaque rendez-vous, nous rédigerons un procès-verbal.

Tableau récapitulatif

Dates	Tâches
21 décembre	Rendre le protocole
10-14 décembre	Préparation pour le séminaire
10 ou 11 janvier	Séminaire
Mi-février	Continuer la recherche et sélection des articles
Fin février	Lecture des articles sélectionnés
Mi-mars	Analyse de la qualité
Fin mars	Analyse et extraction des données
	Elaborer la grille d'entretien
Début avril	Contacter diététicien(ne)s travaillant avec des TCA
Fin avril	Lecture livres/documents sur l'anorexie et le rôle du diététicien
Début mai	Analyse et extraction des données
Fin mai	Finir la rédaction

Début Juin	Rendre le travail pour relecture et finalisation
Mi-Juin	Finalisation du travail suite aux remarques de la Directrice du TBS
Fin Juin	Impression
Début Juillet	Préparation pour la soutenance

9. Perspectives

Grâce à ce travail, nous pourrions mieux appréhender la pathologie de l'anorexie mentale et aurons une idée plus précise sur la procédure d'une prise en charge diététique dans l'Approche Maudsley. Nous espérons clarifier les étapes de l'intervention nutritionnelle incluant les parents, car malgré un apport théorique suffisant, l'application dans le terrain reste encore floue. Notre souhait est d'avoir des pistes concrètes et des outils dans le but d'avoir une bonne prise en charge globale d'un adolescent atteint d'anorexie.

10. Bibliographie

- (1) Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale prise en charge [En ligne]. 2010 [consulté le 15 novembre 2018]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics - anorexie -mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf)
- (2) Marc Antoine C, Julien DG. American Psychiatric Association : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Cedex. Elsevier. 2015.
- (3) Dr A. Perroud, Clinique Belmont. Les troubles des conduites alimentaires[En ligne]. 2010 [consulté le 15 novembre 2018]. <https://www.grea.ch/sites/default/files/A-Perroud.pdf>
- (4) Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale prise en charge [En ligne]. 2010 [consulté le 12 décembre 2018]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
- (5) Eating disorders: recognition and treatment | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [consulté le 21 décembre 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>
- (6) Solange Cook-Darzens. Les familles face à l'anorexie. 2008. [Internet]. [consulté le 15 décembre 2018]. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/publication/270477019 Les familles face a l'anorexie](https://www.researchgate.net/publication/270477019_Les_familles_face_a_l'anorexie)
- (7) Maudsley Parents - family-based treatment for eating disorders, anorexia nervosa, and bulimia nervosa [Internet]. [consulté le 14 novembre 2018]. Disponible sur: <http://www.maudsleyparents.org/whatismaudsley.html>
- (8) Fairburn CG. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia.1985 ; New York.
- (9) Imbert G. L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010; N° 102(3):23-34.

11. Annexes

Annexe 1 : Analyse qualité d'articles de REVUE DE LITTÉRATURE⁶

Résumé descriptif

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> – (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)
But de la revue de littérature	
Critères d'inclusion des articles	
Critères d'exclusion des articles	
Description du protocole de l'étude	Bases de données utilisées : N investigateurs impliqués dans la sélection des articles : Designs d'études inclues : Méta-analyse présente ou non :
Extraction des variables	Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N articles inclus au final: Présence d'un schéma descriptif du processus de sélection des articles avec n exclus et raisons (oui ou non) : Origines des études inclues : N (min et max) des sujets inclus dans les études :

Résumé des résultats	Constatations principales : Constatations secondaires :
Conclusion des auteurs	
Commentaires	
Source de financement	

Analyse qualité

Symboles	Légende
+	Positif : Indique que l'article a abordé clairement les critères d'inclusion et d'exclusion, les biais, la généralisabilité, le recueil et l'analyse des données

⁶Traduction libre de Worksheet template and Quality criteria checklist : Review Articles.
Academy of Nutrition and Dietetics, Evidence Analysis Library®.
<http://www.andeanal.org/evidence-analysis-manual> (accédé le 18 janvier 2017)

–	Négatif : Indique que les éléments ci-dessus n'ont pas été abordés de manière suffisante
⊖	Neutre : Indique que l'article n'est ni particulièrement robuste ni particulièrement faible

Checklist

Questions de pertinence	
5. Est-ce que la réponse à la question de recherche, en admettant qu'elle soit vraie, aura un impact direct sur la santé des patients ou du groupe cible?	O-N-PP-NA
6. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O-N-PP-NA
7. Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de la revue de littérature est pertinent en pratique diététique ?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que l'information, en admettant qu'elle soit vraie, requerra un changement de pratique ?	O-N-PP-NA

Oui=O ; Non=N ; Peu de précisions=PP ; Ne s'applique pas=NA

Questions de validité	
11. La question de recherche de la revue de littérature était-elle appropriée et ciblée de manière claire ?	O-N-PP-NA
12. La stratégie de recherche utilisée pour trouver les études pertinentes était-elle exhaustive ? Y avait-il une description des bases de données examinées et des termes de recherche utilisés ?	O-N-PP-NA
13. Les méthodes de sélection des études à inclure dans la revue étaient-elles explicites ? Est-ce que les critères d'inclusion/exclusion étaient spécifiés et étaient-ils appropriés ? La sélection des études à inclure dans la revue était-elle exempte de biais ?	O-N-PP-NA
14. Est-ce que la revue incluait une évaluation de la qualité et de la validité des études incluses ? Si oui, est-ce que les méthodes d'évaluation étaient explicitées, appropriées et reproductibles ?	O-N-PP-NA
15. Y avait-il une description de traitements, d'interventions ou d'expositions spécifiques ? Les différents traitements étaient-ils suffisamment similaires pour être réunis/combinaés ?	O-N-PP-NA
16. Est-ce que la variable de résultat était explicitée clairement ? Est-ce que des variables complémentaires étaient examinées ?	O-N-PP-NA
17. Est-ce que les modalités d'extraction de données, de synthèse et d'analyse des résultats étaient décrites? Ces modalités étaient-elles utilisées systématiquement pour chaque étude et chaque groupe ? La synthèse (qualitative ou quantitative) était-elle effectuée de manière appropriée ? La variabilité des résultats entre les études était-elle analysée ? Est-ce que les problèmes d'hétérogénéité ont été pris en compte ? En cas d'agrégation de données pour une méta-analyse, la	O-N-PP-NA

procédure était-elle décrite ?	
18. Est-ce que les résultats sont présentés clairement, de manière narrative et/ou quantitative ? En cas de présentation de statistiques, est-ce que les niveaux de signification ou les intervalles de confiance sont inclus ?	O-N-PP-NA
19. Les conclusions sont-elles étayées par les résultats et tiennent-elles compte des biais et limites ? Est-ce que les faiblesses de la revue sont identifiées et discutées ?	O-N-PP-NA
20. Est-ce qu'un biais dû au financement ou au sponsoring de l'étude était peu probable ?	O-N-PP-NA

Cotation

POSITIF (+)

Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 1, 2, 3 et 4, l'article de revue devrait être désigné par le symbole plus (+).

NEGATIF (-)

Si la plupart (≥ 6) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article de revue devrait être désigné par le symbole moins (-).

NEUTRE (⊙)

Si la réponse à l'une des quatre premières questions de validité (1-4) est « Non », mais que d'autres critères révèlent des points forts, l'article de revue devrait être désigné par le symbole neutre (⊙).

Tableau 1 : Tableau des articles sélectionnés

	Mesh-terms	Auteurs	Design	Date de publication	But	type d'interventions	Taille échantillon	Âge	Qualité
Nom de l'article									

Tableau 2: Tableau des outcomes

	Poids (kg) avant la thérapie	Poids (kg) après la thérapie	BMI (kg/m2) avant la thérapie	BMI (kg/m2) après la thérapie
Nom de l'article				

Figure 1 : Cercle vicieux du maintien des troubles du comportement alimentaire

