

Etat des connaissances de l'orthorexie

Quels sont les traitements proposés et le rôle du diététicien dans la prise en charge ?

Travail de Bachelor

Aeschlimann Fanny et Osman Intisar

N° matricule : 16872269 et 16871329

Directeur-riche de TBSc: Robert Cornide Aline – Diététicienne diplômée, Chargée d'enseignement HES Haute école de santé, filière Nutrition et diététique

Membre du jury: Chappuis Mathilde – Diététicienne diplômée et psychologue, Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie

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

Aeschlimann Fanny et Osman Intisar

Table des matières

Abréviations	5
Résumé	6
1 Introduction	7
2 Orthorexie	10
2.1 Steven Bratman et l'orthorexie	10
2.2 Définitions	10
2.3 Diagnostic	12
2.3.1 Introduction.....	12
2.3.2 Instruments de mesure.....	13
2.3.3 Critères diagnostiques proposés.....	15
2.3.4 Conclusion sur le diagnostic.....	16
2.4 Prévalence	17
2.5 Facteurs de risque	18
2.5.1 Âge	18
2.5.2 Genre	18
2.5.3 Niveau d'éducation.....	18
2.5.4 Facteurs de risque en lien avec la personnalité	18
2.5.5 Facteurs en lien avec l'alimentation	19
2.5.6 Facteurs en lien avec la masse corporelle et sa perception	20
2.5.7 Facteurs en lien avec le style de vie	21
2.6 Conséquences	22
2.6.1 Conséquences positives	22
2.6.2 Conséquences négatives	22
2.7 Comparaison avec les TCA, TOC et autres troubles mentaux	24
2.7.1 Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion des aliments.....	24
2.7.2 Trouble obsessionnel-compulsif.....	26
2.7.3 Personnalité obsessionnelle compulsive.....	27
2.7.4 Autres troubles	28
2.7.5 Conclusion.....	28
3 Le rôle du diététicien dans la prise en charge de l'orthorexie.....	30
4 Définition de l'étude	32
4.1 But.....	32
4.2 Question de recherche.....	32
4.3 Objectifs	32
4.4 Hypothèses	33
5 Méthodologie	34
5.1 Revue de littérature narrative.....	34
5.2 Bases de données	34
5.3 Mots-clés.....	34
5.4 Sélection des articles	36
5.4.1 Design de l'article	36
5.4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	36
5.5 Stratégie de recherche documentaire.....	36
5.5.1 Sélection par le titre.....	36

5.5.2	Sélection par l'abstract.....	37
5.5.3	Sélection par la lecture de l'article.....	37
5.6	Littérature grise.....	37
5.7	Interviews.....	37
5.8	Extraction et synthèse des données.....	38
5.9	Analyse de la qualité.....	38
5.10	Bénéfices et risques.....	39
5.11	Ressources et budget.....	39
6	Résultats.....	41
6.1	Littérature scientifique et littérature grise.....	41
6.1.1	Articles.....	41
6.1.2	Littérature grise.....	44
6.1.3	Analyse qualitative des références.....	44
6.2	Synthèse des résultats.....	45
6.2.1	Introduction.....	45
6.2.2	Quand faudrait-il intervenir ?.....	46
6.2.3	Résumé des résultats.....	47
6.2.4	But du traitement.....	49
6.2.5	Conception de la prise en charge.....	49
6.2.6	Outils/méthode.....	50
7	Discussion.....	53
7.1	Synthèse des résultats.....	53
7.2	Interprétation des résultats.....	53
7.2.1	Rappel des conséquences principales de l'ON.....	53
7.2.2	Critique des principales pistes de prise en charge proposées et mise en perspective.....	54
7.2.3	Compétences des diététiciens en lien avec les résultats.....	57
7.3	Limites, biais et points forts du travail.....	57
7.3.1	Limites.....	57
7.3.2	Biais.....	58
7.3.3	Points forts.....	58
8	Perspectives.....	59
8.1	Recommandations pour la pratique.....	59
8.2	Recommandations pour la recherche.....	60
9	Conclusion.....	61
10	Remerciements.....	62
11	Références bibliographiques.....	63
12	Annexes.....	67
12.1	Annexe I – Test de Bratman.....	68
12.2	Annexe II – ORTO-15.....	69
12.3	Annexe III – Critères diagnostiques de l'orthorexie.....	71
12.4	Annexe IV – Critères diagnostiques des troubles mentaux.....	75
12.5	Annexe V – Analyse de la qualité des articles.....	81
12.6	Annexe VI – Protocole du Travail de Bachelor.....	85

Abréviations

AN	Anorexia nervosa
AND	Academy of Nutrition and Dietetics
APA	American Psychological Association
BED	Binge-eating disorder
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
CAS	Certificate of Advanced Studies
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 ^{ème} révision établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2008
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^{ème} édition (DSM-V), 2015
DOS	Düsseldorf Orthorexia Scale
EM	Entretien motivationnel
EHQ	Eating Habit Questionnaire
ICDA	International Confederation of Dietetic Associations
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
KHF	Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ON	Orthorexia nervosa
ON-TF	Orthorexia Nervosa Task Force
PSN	Processus de soins en nutrition
SSN	Société Suisse de Nutrition
SRI	Syndrome de renutrition inappropriée
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TIDN	Terminologie internationale de diététique et de nutrition
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TOS	Teruel Orthorexia Scale

Résumé

Introduction

L'orthorexie (*orthorexia nervosa* = ON) est un terme inventé par le Dr. Steven Bratman en 1996 et désigne une préoccupation excessive pour l'alimentation saine. Il n'existe pas encore de définition, ni de critères diagnostiques validés. Les particularités de l'ON se retrouvent partiellement dans certains troubles mentaux du DSM-5 (dont le TOC, l'anorexie ou le trouble anxieux). Les principales conséquences de l'ON sont physiques, psychiques et sociales (dénutrition, isolement social, développement de troubles mentaux, etc.). Bien que la littérature détaille peu la prise en charge de l'ON, le diététicien¹ y joue un rôle significatif.

But

Ce travail permet d'exposer les connaissances actuelles de l'ON, de recenser les traitements proposés, de définir la place du diététicien et de proposer des prises en charge diététiques.

Méthode

Des articles scientifiques de CINAHAL, PsycInfo et PubMed ont été retenus pour la revue de littérature narrative. Afin d'enrichir les résultats et d'approfondir les réflexions, des interviews auprès de diététiciennes et des recherches dans la littérature grise ont été menées.

Résultats

Le but de la prise en charge de l'ON est de permettre au patient de retrouver une relation sereine avec l'alimentation. La multidisciplinarité, l'attitude professionnelle adéquate et la TCC sont les pistes les plus citées dans les références. Néanmoins, d'autres traitements ont également été proposés et méritent d'être considérés.

Conclusion

Le diététicien peut s'inspirer de toutes les pistes de prise en charge proposées, pour lesquelles il possède déjà de nombreuses compétences (évaluation nutritionnelle, alliance thérapeutique, etc). La sensibilisation auprès des professionnels de santé et des organisations publiques ou privées est nécessaire pour prévenir l'ON. Un consensus sur la définition et le diagnostic doit encore être établi pour la reconnaître comme une pathologie.

Mots-clés

orthorexie ; prise en charge ; diététicien ; alimentation ; santé ; obsession

¹ Le terme « diététicien » est utilisé au masculin dans ce travail, mais intègre autant les femmes que les hommes.

1 Introduction

La conception de la santé a nettement évolué au cours de ces dernières décennies, dans les sociétés occidentales. Les recommandations de promotion de santé et des médias transmettent des messages de plus en plus axés sur la responsabilité individuelle de la santé. Sur ces constats, l'économiste politique Robert Crawford invente en 1980 le terme *healthism*, pour caractériser la construction et l'idéologie sociales de la santé. Ce concept rend les individus acteurs de leur santé, entre autres par le développement d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière. Parallèlement, ce terme sous-entend un lien entre la santé et la forme du corps : une silhouette athlétique devient le symbole d'une qualité de vie alors qu'un corps obèse représente la paresse et la faiblesse émotionnelle (1). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) identifie également l'alimentation comme un déterminant majeur de la santé, qui est désormais au cœur des diffusions d'informations publiques (1–3). Le danger d'une mauvaise alimentation pour la santé est omniprésent, tout comme les recommandations fixant des repères nutritionnels en matière de prévention (2).

Dans les pays occidentaux, de plus en plus d'individus adoptent une alimentation particulière. Même l'hôtellerie, la restauration et les compagnies aériennes proposent toujours davantage de menus adaptés aux régimes alimentaires particuliers, afin de satisfaire la clientèle. Par soucis d'éthique, de protection de l'environnement, de santé ou encore de religion, les raisons d'un changement alimentaire sont multiples. L'alimentation prend également le rôle d'expression des valeurs. Le locavorisme² par choix politique ou le végétalisme pour l'éthique sont des manières de communiquer des convictions. Alors que la vie est incontrôlable et imprévisible, la nourriture devient aussi un terrain de maîtrise. Comme l'omnivore est en perpétuel questionnement sur son alimentation, l'adoption d'un certain type de régime alimentaire est rassurante et apporte une certaine forme de sécurité (2).

Aujourd'hui, ce n'est pas seulement l'individu souffrant d'allergie qui est préoccupé par les ingrédients des produits qu'il achète, mais bien le consommateur ordinaire. La transformation des denrées alimentaires a augmenté le fossé entre le produit brut et le produit transformé, si bien que le consommateur ne connaît plus la nature de ce qu'il mange. L'industrialisation des produits alimentaires a également ouvert les portes à un choix

² Un locavore est une personne mangeant autant que possible des produits locaux (18).

abondant de nourriture, amenant parallèlement des interrogations, de l'anxiété et une perte de repères (2).

L'*alimentation saine* est un terme subjectivement interprétable. Selon la Société Suisse de Nutrition (SSN), l'alimentation « fournit à l'organisme l'énergie et les substances nutritives et protectrices indispensables, influence le bien-être physique et mental et aide à prévenir les maladies. Des repas équilibrés et savoureux offrent aussi un temps de plaisir, de repos, de contacts et d'échanges sociaux » (4). Les recommandations de la SSN (pyramide alimentaire et assiette optimale) font partie des repères pour la population suisse en terme d'alimentation équilibrée (4,5). La British Nutrition Foundation explique que, à part le lait maternel, aucun aliment ne contient tous les nutriments essentiels au bon fonctionnement du corps (6). Pour cette raison, l'alimentation devrait contenir une variété d'aliments différents afin d'obtenir le plus large panel de nutriments nécessaires à l'organisme (6). En somme, l'*alimentation saine* réunit les nutriments essentiels, le bien-être, l'équilibre, la variété, le plaisir et la sociabilité.

Selon une diététicienne interviewée pour ce travail, l'obsession de la minceur laisse progressivement place à l'obsession de l'alimentation saine. Bien que l'adaptation de l'alimentation pour améliorer un style de vie ne soit pas en soi critiquable, certains individus deviennent obnubilés par la nourriture de telle sorte qu'ils s'imposent des restrictions alimentaires rigides (7). Terme inventé en 1996 par le médecin Steven Bratman, l'ON est caractérisée par l'obsession pathologique pour l'alimentation saine. L'individu concerné a des représentations alimentaires fortes et porte un attachement démesuré à la valeur nutritionnelle du repas, qui devient plus importante que la dégustation, le plaisir et la convivialité (8–10).

A ce jour, l'ON n'est référencée ni dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V³), ni dans la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) (9,11). Les experts n'ont pas encore trouvé de consensus : l'ON est-elle un trouble distinct ? un symptôme d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) ou d'un autre trouble mental ? un phénomène social actuel ? ou une habitude alimentaire perturbée ? (7,12) En effet, il n'existe pas de diagnostic officiel et les outils diagnostiques existants comportent un certain nombre de défauts d'ordre méthodologique (12,13).

³ Le DSM-V (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est le manuel international des troubles mentaux, qui servira de référence dans ce travail.

En conséquence, il n'existe pas de recommandations précises et établies pour la prise en charge de l'ON. En l'absence de critères diagnostiques validés et de consensus sur les recommandations de bonnes pratiques, il est difficile pour les cliniciens d'évaluer un comportement de type orthorexique et de proposer une stratégie thérapeutique reconnue. Les diététiciens sont dans cette situation et, en tant que spécialistes de la nutrition, ils peuvent rencontrer des patients présentant ce type de comportement alimentaire. Le but de ce Travail de Bachelor est d'apporter davantage de connaissances aux diététiciens sur le sujet de l'ON et de proposer des pistes de prise en charge diététique (7).

2 Orthorexie

2.1 Steven Bratman et l'orthorexie

Le médecin américain Steven Bratman est à l'origine du terme de l'ON, qu'il a inventé en 1996 (9,14). Après avoir effectué ses études en Californie, au Wisconsin et en Pennsylvanie, il s'est installé en tant que médecin privé, a travaillé dans plusieurs centres de soins et a participé à la rédaction de plusieurs livres et articles dans le domaine de la médecine alternative (15).

Bratman a initialement inventé ce terme pour plaisanter, lorsqu'il rencontrait des patients obsédés par leur régime alimentaire. Avec le temps, il en a conclu qu'il était possible de développer une *obsession malsaine* pour la *nourriture saine*, et que l'ON était un réel trouble du comportement alimentaire (9,14). Le terme vient du grec *orthos*, qui signifie *juste, correct*, et *orexie*, qui signifie *appétit*. En 1997, Bratman écrit un article dans un journal non scientifique dans lequel il décrit l'ON comme une constante préoccupation pour l'alimentation saine, un comportement obsessionnel et extrême de manger sainement (11). (traduction libre) Bratman écrit ensuite un livre en 2000 et crée son site internet dans le but d'aider les personnes concernées et de sensibiliser le monde à cette problématique (10,16).

2.2 Définitions

En 2001, la chercheuse Adriane Fugh-Berman publie une critique du livre de Bratman dans le Journal of the American Medical Association (JAMA), qui a valeur de référence dans le monde scientifique. Elle propose à ses confrères de réfléchir à la question de l'ON sans pour autant la considérer comme une pathologie. A compter de ce moment-là, les chercheurs porteront une plus grande attention à la notion d'ON (17).

En 2004, le premier article scientifiquement validé sur l'ON est publié en Italie. Cet article définit l'ON comme une *obsession maniaque* pour l'alimentation saine et renforce la considération de l'ON par les médecins (17). (traduction libre) Malgré la publication de plusieurs études à compter de ce moment-là, il n'existe toujours pas de définition universelle concernant l'ON (11). Toutefois, depuis 2015, chaque année, une revue narrative voit le jour pour tenter d'y répondre (figure 1) (8).

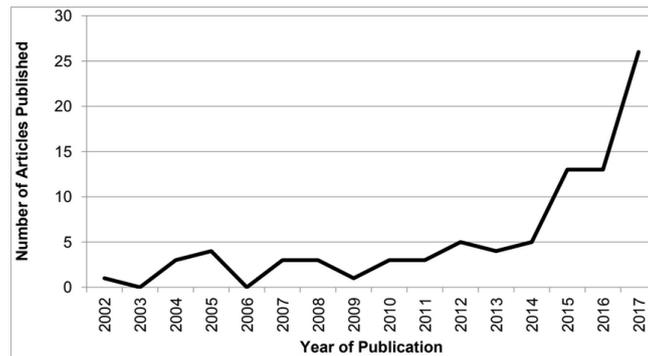


Figure 1 : Evolution du nombre de publications sur l'orthorexie

Ces revues font toutes mention de la définition de Bratman. La revue de 2018 a concentré des données issues de 141 articles et a pu regrouper les différentes définitions et diagnostics existants de l'ON (11). Quatre termes complémentaires reviennent souvent dans les définitions : **obsession**, **fixation**, **souci** ainsi que **préoccupation pour la qualité de l'alimentation** (11). (traduction libre)

L'*obsession* est une pensée persistante et obsessionnelle, la *fixation* un comportement stéréotypé relié à une préoccupation obsessionnelle et malsaine. Le *souci* (*concern* en anglais) est un état d'intérêt, d'incertitude et d'appréhension, alors que la *préoccupation* est définie comme un souci excessif, un état dans lequel quelqu'un accorde une attention exagérée à quelque chose. Ces termes ont tous été utilisés pour décrire l'ON : un souci pour un régime alimentaire sain, qui fait que l'attention est complètement dirigée sur la nourriture (préoccupation), qui évolue en une obsession et un comportement stéréotypé (fixation) (11). (traduction libre)

Ces termes sont élargis et associés à d'autres adjectifs pour déterminer un ensemble de mots qui définit le champ de l'ON (11) : (traduction libre)

- obsédant,
- exagéré/excessif,
- malsain,
- compulsif,
- pathologique,
- rigide/contrôlant,
- extrême,
- monoïdémique,
- maniaque,
- chronophage et accablant.

Quatre aspects inhérents à l'ON ont été définis (11) : (traduction libre)

- **La nourriture** : saine, appropriée, correcte, parfois de production biologique, pure, sans danger.
- **L'aspect nocif de la nourriture** : malsaine, plus rarement impure ou liée à la *production alimentaire*.
- **Le régime ou les habitudes alimentaires** : restrictifs, possiblement ritualisés, strictement contrôlés, sélectifs, déformés, avec évitement alimentaire.
- **Le risque et les conséquences sur l'état nutritionnel individuel et le bien-être** : la déficience en nutriments essentiels, la malnutrition et le sous-poids, des relations sociales modifiées en raison de la pensée constante sur la nourriture saine.

L'ON est un nouveau trouble caractérisé par l'intérêt obsessionnel porté sur l'aspect qualitatif de l'alimentation. Par exemple, la présence d'additifs alimentaires sera scrupuleusement observée. L'individu orthorexique passe le plus clair de son temps à choisir ses aliments et à les préparer selon la méthode qu'il considère optimale pour garantir sa santé, et cela malgré la possibilité que cette obsession empiète sur d'autres aspects de sa vie (3).

Il reste cependant difficile de poser les limites entre adopter un régime alimentaire sain pour prévenir les maladies et développer des croyances, attitudes et comportements alimentaires avec des conséquences négatives sur la santé (8).

2.3 Diagnostic

2.3.1 Introduction

Comme cité en *Introduction*, il n'existe à ce jour pas de critères officiels pour diagnostiquer l'ON. Le DSM-V est la dernière version du manuel de référence internationale pour les troubles mentaux, publié en 2013 par l'Association américaine de psychiatrie (APA) et en 2015 pour la version française. Le CIM-10, créé en 2008 par l'OMS, catégorise les problèmes cliniques et sociaux, dont les troubles mentaux (1,7,11,13).

La définition d'un diagnostic comporterait plusieurs avantages. Elle améliorerait le suivi thérapeutique et la prise en charge des patients, dont la souffrance serait reconnue. De plus, un diagnostic officiel offrirait une possibilité de remboursement des soins par les assurances maladie. Toutefois, comme tout autre trouble diagnostiqué, les individus orthorexiques pourraient être plus facilement stigmatisés (18).

Certains chercheurs affirment que deux axes de recherche devraient être présents dans tout diagnostic ou instrument de mesure de l'ON (11,13) : (traduction libre)

- l'accent obsessionnel sur les pratiques diététiques pour promouvoir un bien-être optimal au travers de l'alimentation (avec des règles alimentaires rigides, des préoccupations récurrentes et persistantes liées à la nourriture ainsi que des comportements compulsifs),
- les déficiences cliniquement significatives et conséquentes (par ex. des complications médicales ou psychologiques, une grande détresse et/ou d'importantes perturbations du fonctionnement social, occupationnel et éducationnel).

Par ailleurs, la présence de perturbations ou de déformations de l'image corporelle ainsi qu'une attention portée sur le poids devraient être évaluées (11).

2.3.2 Instruments de mesure

Test de Bratman

Le Test de Bratman (dont l'original en anglais figure dans l'annexe I) est un questionnaire auto-administré, créé par Bratman et son co-auteur, pour tenter d'identifier des comportements orthorexiques (Bratman and Knight 2000). Le questionnaire est composé de dix questions auxquelles l'individu répond de façon dichotomique (par *oui* ou *non*). Il n'est fondé sur aucune propriété psychométrique et aucune validation de l'instrument, telle qu'un test de fiabilité, n'a été conduite. Bratman stipule que ce test n'a jamais eu une valeur scientifique et qu'il l'a créé de manière informelle (1,13).

ORTO-15

L'ORTO-15 (situé en annexe II) est un questionnaire auto-administré qui tente d'identifier l'orthorexie en quinze questions. Les auteurs ont conservés six questions sur les dix proposées dans le questionnaire de Bratman et en ont ajouté neuf. Ils ont modifié la façon d'y répondre en remplaçant le *oui* et le *non* par un choix multiple (*toujours, souvent, parfois, jamais*). Plus le score est bas, plus il y a la présence d'un comportement orthorexique (13). Les questions touchent différentes dimensions, comme l'alimentation ou l'estime de soi. En voici quelques exemples (13) : (traduction libre)

1. Vos choix alimentaires sont-ils conditionnés par vos préoccupations concernant votre état de santé ?
2. Etes-vous prêt à dépenser de l'argent pour avoir des aliments plus sains ?

3. Pensez-vous que la conviction de manger des aliments sains augmente l'estime de soi ?

L'ORTO-15 suggère un coefficient alpha de Cronbach⁴ de 0.83 à 0.91. Plusieurs auteurs se questionnent sur la pertinence de l'ORTO-15, quant aux propriétés psychométriques ainsi qu'à la construction du test. Certaines questions ne seraient pas appropriées car elles ne permettraient pas d'établir la présence d'un comportement pathologique. Selon le questionnaire, des individus mangeant sainement sans obsession pourraient obtenir un score similaire à des personnes atteintes d'ON. Un individu pourrait répondre de manière positive aux questions en raison de son régime momentané. De ce fait, plusieurs auteurs affirment qu'il serait nécessaire qu'un comportement au caractère orthorexique persiste au moins six mois pour être effectivement qualifié d'orthorexique (13). Une autre question qui se pose est la pertinence des intitulés des questions posées dans des contextes et milieux différents. Par exemple, les athlètes ou les pratiquants de yoga pourraient avoir facilement un score qui répond de manière favorable à l'ON, au vu de l'attention portée sur l'alimentation dans le sport et la philosophie du yoga (1). L'ORTO-15 reste malgré tout l'instrument d'évaluation le plus accepté pour l'identification des tendances orthorexiques même s'il n'est que partiellement validé (7).

À la suite de la publication de l'ORTO-15, de nombreux pays ont repris ce questionnaire. La Turquie, le Portugal, la Pologne et l'Espagne ont gardé les mêmes questions et le même score-seuil en traduisant uniquement le questionnaire. D'autres versions (comme l'ORTO-11, ORTO-Hu, Polish ORTHO-15 et le ORTO-9-GE) ont modifié ou remplacé les questions existantes et parfois changé le score-seuil (13).

Ces versions comporteraient de nombreux défauts méthodologiques. Premièrement, c'est le chercheur qui conserve ou modifie les questions, en fonction de la culture du pays concerné. Il peut également modifier le score-seuil. Deuxièmement, ces instruments ne sont créés sur aucun diagnostic défini ni aucune évaluation standardisée. En effet, la version polonaise avec ses neuf questions et un score-seuil de 24 suggère un coefficient alpha de Cronbach à 0.64. La variation de l'ORTO-15 d'un pays à l'autre amène à douter de la validité de cet instrument et provoque des erreurs d'interprétation. De plus, elle rend difficile la comparaison

⁴ « L'alpha de Cronbach est un indice statistique variant entre 0 et 1 qui permet d'évaluer l'homogénéité (la consistance ou cohérence interne) d'un instrument d'évaluation ou de mesure composé par un ensemble d'items qui, tous, devraient contribuer à appréhender une même entité (ou dimension) "sous-jacente" [...]. Cet indice traduit un degré d'homogénéité (une consistance interne) d'autant plus élevé (e) que sa valeur est proche de 1. Dans la pratique, on considère généralement que l'homogénéité de l'instrument est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient est au moins égale à 0.80 » (10).

des résultats entre les différentes versions du questionnaire, ainsi que la détermination d'un diagnostic ou de la prévalence de l'ON (7).

Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS)

Le DOS a été créé en 2015 en Allemagne par Barthels *et al.* C'est un questionnaire composé de dix questions, avec un score alpha de Cronbach de 0.88. Parmi les études qui l'ont utilisé pour évaluer le taux de prévalence de l'ON, l'une arrive à un résultat de 9% et l'autre de 3%, ce qui se rapproche des taux de prévalence que les scientifiques considèrent comme probables pour l'orthorexie. Cependant, peu d'informations sont disponibles dans la littérature sur le DOS (19).

Eating Habits Questionnaire (EHQ) et Teruel Orthorexia Scale (TOS)

L'EHQ et le TOS sont d'autres outils que l'ORTO-15 pour évaluer l'ON.

L'EHQ est composé de 21 questions, posséderait de meilleures propriétés psychométriques que l'ORTO-15 ainsi qu'un meilleur score de Cronbach, situé à 0.9. Il contient une partie évaluant spécifiquement les problèmes en lien avec l'alimentation saine, comme le stress dans les relations sociales ou encore la perte d'opportunités de travail due au régime alimentaire. Cependant, l'EHQ ne prend en compte ni les émotions négatives comme la tristesse et la culpabilité, ni les réactions qui s'en suivent, comme l'auto-punition lors d'un écart du régime, et qui sont facilement ressenties lors d'un comportement orthorexique (8).

Afin de combler les lacunes de l'EHQ, le TOS a été créé par Barrada et Roncero en 2018. Ce nouvel instrument de mesure tient compte des émotions négatives, des auto-punitions et des problèmes d'ordre sociaux de l'ON. Il a été construit en séparant l'ON en deux sous-catégories : la *Healthy orthorexia* et l'*Orthorexia Nervosa*. La première évalue l'alimentation saine et la deuxième les conséquences négatives de l'alimentation saine (8).

Malgré d'autres instruments qui ont prouvé une meilleure fiabilité, l'ORTO-15 est l'outil psychométrique le plus utilisé dans les études sélectionnées par la revue de 2018. Vient ensuite le BOT, le DOS puis l'EHQ (11).

2.3.3 Critères diagnostiques proposés

Hormis les instruments de mesures permettant d'identifier l'ON, des propositions de critères diagnostiques ont été élaborées par différents auteurs et figurent en annexe III (11) :

1. Setnick, 2013
2. Moroze *et al.*, 2014
3. Barthels *et al.*, 2015
4. Dunn et Bratman, 2016

Certains critères se ressemblent, mais chaque proposition est unique. La grande partie des suggestions sont fondées sur les critères diagnostiques de l'anorexie (*anorexia nervosa* = AN), de l'évitement de l'ingestion des aliments et de la *dysmorphophobie*, figurant tous dans le DSM-V (11).

Dunn et Barthels mentionnent que le désir de perdre du poids ne doit pas être présent dans le diagnostic. Moroze et Setnick spécifient qu'un critère d'exclusion serait l'absence d'un trouble obsessionnel compulsif et des troubles psychotiques. Setnick ajoute un critère d'exclusion : le comportement alimentaire ne devrait pas être le résultat d'un manque de disponibilité alimentaire ni être dû à une pratique culturelle. Moroze *et al.* proposent un critère en lien avec des dépenses financières excessives et un emploi du temps altéré. Enfin, Dunn *et al.* suggèrent la présence d'un comportement compulsif et d'une augmentation des restrictions alimentaires au fil du temps (11).

2.3.4 Conclusion sur le diagnostic

Afin d'approfondir les recherches sur l'ON, un groupe international de chercheurs a été fondé en 2016 : l'Orthorexia Nervosa Task Force (ON-TF). Cette organisation a notamment pour objectifs de composer une définition et des critères diagnostiques officiels internationaux de l'ON ainsi que de questionner plus précisément la place de l'ON dans le DSM-V (8,11). Dans ce but, elle poursuit spécifiquement sept objectifs en particulier (11) : (traduction libre)

- Délimiter une définition et poser des critères diagnostics pour l'ON.
- Décrire le développement de l'ON, les facteurs de risques, les enjeux d'un diagnostic en lien avec le genre ou les aspects culturels, les marqueurs diagnostiques ainsi que les comorbidités (cliniques, fonctionnelles, psychologiques).
- Définir dans quelle catégorie du DSM l'ON s'insère le mieux.
- Développer des recherches à travers des études de qualité.
- Valider un nouveau test auto-administré, en se basant sur l'ORTO-15, le Test de Bratman et le DOS, ainsi qu'en tenant compte de la nouvelle définition et des nouveaux critères diagnostiques.

- Investiguer la prévalence de l'ON dans différents pays et pour différents échantillons (âge, genre, etc.), en fonction de la nouvelle définition et des nouveaux critères diagnostiques.
- Évaluer les comorbidités médicales et psychiatriques de l'ON.

Dans le but de proposer une définition et des critères diagnostiques universels, les chercheurs doivent tenter de répondre à ces trois questions (11) : (traduction libre)

- a) L'ON est-elle véritablement un nouveau syndrome, ou plutôt le résultat de la mode contemporaine ?
- b) L'ON est-elle une catégorie diagnostique fiable, valide et utile ?
- c) Si tel est le cas, dans quel groupe de troubles psychiques l'ON devrait-elle être incluse ? En particulier, devrait-elle être classée parmi les troubles du comportement alimentaires ou plutôt les troubles obsessionnels-compulsifs ?

Il faudra donc probablement attendre les résultats de ces travaux pour aboutir à une définition et un diagnostic communément admis.

2.4 Prévalence

La prévalence de l'ON est très hétérogène selon la population étudiée et les instruments servant à la mesure. Selon l'American Psychological Association (APA), en 2013, l'AN et la boulimie (*bulimia nervosa* = BN) présentent une prévalence de 0.4 à 1.5%. Or, pour l'ON, la prévalence varie de 0.3% à 90% en utilisant l'ORTO-15. Un si grand écart pourrait être expliqué par les défauts méthodologiques de cet instrument, dont les résultats sont à prendre avec précaution (8).

Une étude menée auprès d'un échantillon d'une population américaine a déduit que 71% des participants seraient considérés comme orthorexiques selon l'ORTO-15. Par contre, en incluant l'impact du régime alimentaire des individus sur la vie quotidienne ainsi que les problèmes médicaux, la prévalence ne serait que de 1%. D'autres études similaires ont confirmé cette hypothèse, en observant une diminution du taux de prévalence entre les résultats de l'ORTO-15 seul ou associé à des critères plus précis. Selon les scientifiques, la prévalence de l'ON semble relativement proche des chiffres de l'AN et de la BN (8).

A ce jour, l'évaluation de la prévalence demeure difficile, en raison notamment de l'absence de recours d'un outil d'évaluation (par ex. EHQ ou TOS) unique et validé (8).

2.5 Facteurs de risque

Une étude de 2019 recense les principaux facteurs possiblement associés à l'ON, et les classifie et les commente comme synthétisé dans les points suivants (8).

2.5.1 Âge

Jusqu'à présent, la majorité des études sur l'ON ont été portées sur des jeunes adultes de 20 à 30 ans. Il manque des données pour les populations de moins de 18 ans ainsi que pour les personnes plus âgées (7,8).

2.5.2 Genre

Aucune corrélation n'a été démontrée entre le genre et la présence d'ON, contrairement à l'AN, dont le ratio est de neuf femmes pour un homme (8,20).

2.5.3 Niveau d'éducation

Un meilleur niveau d'éducation semble influencer la prévalence de l'ON, puisqu'il sous-entend souvent un meilleur revenu, facilitant l'accès à l'alimentation saine et aux connaissances nutritionnelles (8).

2.5.4 Facteurs de risque en lien avec la personnalité

Estime de soi

Il semble qu'une faible estime de soi amènerait l'individu à fournir plus d'efforts pour obtenir un corps correspondant au modèle de beauté de la société. Comme les échantillons des études ont été composés de 80% de femmes, davantage de recherches devraient être effectuées avec une population d'hommes pour établir des conclusions (8,20).

Narcissisme

Seule une étude américaine a trouvé une relation entre le narcissisme et l'ON (8).

Perfectionnisme

Il a été observé une corrélation entre le perfectionnisme et l'ON (8).

Big Five personality traits

Les *Big Five personality traits* forment un modèle de cinq traits qui sont stables à travers le temps, pour déterminer le profil de personnalité d'un individu (8,21). Ces traits sont (8,21) : (traduction libre)

- ouverture,
- conscience,
- extraversion,
- agréabilité,
- névrosisme.

A ce jour, une seule étude (Gleaves *et al.*, 2013) semble avoir examiné les relations entre ces traits et l'ON. Le névrosisme a été significativement relié à l'ON : il inclut la dépression, l'anxiété ou encore la colère. Les individus sujets au névrosisme sont plus à risque de développer des comportements orthorexiques (8,20).

Tendances obsessives et compulsives

Les individus à comportements obsessionnels et compulsifs présentent des risques plus accrus de développer une ON (8).

Psychopathologie

Les individus ayant déjà souffert d'une psychopathologie comme la dépression, des pensées suicidaires, de l'anxiété ou des dysmorphophobies seront plus à risque d'être atteints d'ON (8).

2.5.5 Facteurs en lien avec l'alimentation

Véganisme et végétarisme

Toutes les études de haute qualité montrent une association positive et un risque d'ON plus élevé chez les véganes et les végétariens que parmi la population générale (8).

Habitudes alimentaires

Les conditions alimentaires suivantes sont plus favorables au développement de l'ON (8) : (traduction libre)

- régime méditerranéen,
- évitement de certains aliments (par exemple ceux contenant des acides gras saturés),
- prise de temps considérable dans la préparation des aliments et horaire strict pour les heures de repas,
- régime locavore ou à portée environnementale,
- présence de plus de deux intolérances alimentaires.

Suivi de régimes alimentaires

Plusieurs études ont démontré un lien entre l'ON et (8,20) :

- un passé de TCA,
- la pratique de différents régimes alimentaires.

2.5.6 Facteurs en lien avec la masse corporelle et sa perception

Image corporelle et BMI⁵

Les études montrent que, dans l'ON, une éventuelle perte de poids semble involontaire et n'est pas le but recherché. La corrélation entre l'ON et l'image corporelle n'est pas clairement définie. D'une part, l'ON serait reliée à une préoccupation pour l'apparence physique et à une anxiété relative au surpoids. D'autre part, un individu orthorexique semblerait plus satisfait de son corps. Par ailleurs, la question du BMI corrélié à l'ON reste incertaine. D'autres recherches doivent être établies pour définir clairement ces relations (8,20).

Recherche de la minceur

Il a été mis en évidence que la volonté d'être mince était corréliée à l'ON. Selon une étude, pour les hommes, le désir d'être fin et musclé semble être un grand prédicteur de l'ON. Pour les femmes, le principe est similaire, mais seulement pour l'idéal de minceur. Cependant, il est nécessaire de vérifier ce lien par des études supplémentaires (8,20).

⁵ *Body Mass Index* en anglais ou *Indice de Masse Corporelle* en français

2.5.7 Facteurs en lien avec le style de vie

Utilisation des médias sociaux

Instagram est un réseau social fréquemment utilisé pour illustrer des photos qui promeuvent l'alimentation saine. Par effet de mode et de conformité, les utilisateurs sont facilement influencés par les publications. Instagram pourrait être particulièrement prisé par les individus souffrant d'ON à la recherche de nouvelles recettes santé, ce qui renforcerait leurs comportements. En comparaison, l'utilisation de Facebook, Pinterest ou Google+ ne seraient pas corrélée à l'ON. Cependant, les études effectuées pour conclure à ces résultats sont à prendre avec précaution au vu de leur méthodologie. Davantage de recherches sont nécessaires pour établir une relation entre l'utilisation des médias et l'ON (8).

Exercice physique

Selon la littérature, l'association entre la pratique d'exercice physique et l'ON reste incertaine (8).

Alcool, tabac et drogues

Les individus évitant l'alcool et le tabac dans le but d'être en bonne santé sont plus sensibles au développement de comportements orthorexiques. La consommation d'alcool, de tabac et de drogues n'a pas été reliée à l'ON dans plusieurs échantillons de différents pays (8).

Conclusion en lien avec les risques

On peut noter que les facteurs biologiques de l'ON ainsi que les facteurs sociaux et environnementaux, comme les expériences vécues lors de l'enfance, l'environnement familial ou l'influence des médias n'ont pas été suffisamment étudiés. De plus, certains facteurs de risque comme le narcissisme, les *Big Five personality traits* et la recherche de la minceur ont été évoqués dans un nombre très limité d'études. Il est difficile de croire à la fiabilité de ces résultats puisqu'avec des mesures et un échantillon différents, les conclusions seraient fort probablement différentes (8).

2.6 Conséquences

2.6.1 Conséquences positives

Si l'individu orthorexique possède des connaissances scientifiquement prouvées quant à l'alimentation, son comportement peut présenter certains avantages. Deux diététiciennes suggèrent que, comme toute personne perfectionniste, si l'individu suit son régime alimentaire correctement, il peut couvrir presque parfaitement ses besoins nutritionnels. Un mode alimentaire de ce type revient à prévenir l'obésité ainsi que les maladies chroniques et non-transmissibles (notamment les maladies cardiovasculaires et le cancer). D'autres avantages seraient la protection de l'environnement (en cas de locavorisme, par exemple) ou un sentiment de sécurité au travers du régime suivi.

2.6.2 Conséquences négatives

Les conséquences négatives de l'ON ne sont pas réellement déterminées, car elles dépendent de l'origine et de la gravité du trouble, qui peuvent être différentes selon chaque individu. Néanmoins, plusieurs hypothèses ont été formulées, suite à des études de cas. Les professionnels de santé devraient être au courant des risques potentiellement provoqués par l'ON (7). Les principales conséquences nuisibles de l'ON sont d'ordre nutritionnel et social (2). De plus, selon une diététicienne, le plaisir gustatif de l'alimentation n'est pas forcément présent. Le comportement orthorexique implique un déni de la personne qui le pratique, puisque le fonctionnement est considéré comme une vertu (16).

Restriction

Dans son livre *Health Food Junkies*, Steven Bratman explique que tout devient malsain à partir du moment où le sens de l'équilibre est exclu (16). Une diététicienne affirme que le caractère obsessionnel de la nature et du contrôle de l'ON amènent à l'épuisement et au manque de liberté. Ils forment également un cercle vicieux, conduisant les individus à adopter des régimes alimentaires toujours plus extrêmes. Par exemple, le crudovorisme devient le fruitarisme (consommation exclusive de fruits), qui se développe en respirianisme (ne vivre que par l'air), etc. Le même phénomène peut se développer à partir d'allergies alimentaires, provoquant un prolongement de restrictions de nourriture ne concernant même plus l'allergie en soi (16). Dans des cas sévères, la rigidité des restrictions alimentaires peut amener à la dénutrition, rendant l'individu davantage susceptible à des infections, voire provoquer la mort (7,16).

Complications médicales

Une professionnelle explique que bien qu'une alimentation saine puisse être bénéfique pour la santé, l'ON ne rime pas toujours avec un apport nutritionnel idéal. L'individu orthorexique cherche avant tout à être en bonne santé, mais par manque de connaissances, il peut négliger certains groupes d'aliments et présenter des carences nutritionnelles (22).

Par ailleurs, l'ON pourrait amener à des complications médicales similaires à celles de l'AN : perte de poids significative, insuffisance cardiaque, anémie, aménorrhée, ostéopénie, anémie, hyponatrémie, hypokaliémie, acidose métabolique, pancytopenie, emphysème sous-cutané, déficience en testostérone, rhabdomyolyse, pneumothorax et bradycardie (7,8,22). Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI) pourrait également être un facteur à prendre en compte dans l'orthorexie (22). Malgré un poids de santé, la dénutrition n'est pas négligeable si l'individu comporte des déficiences protéiques (7,16). Il a été proposé que des patients comportant des oedèmes périphériques et un taux d'albumine sérique de moins de 2.5 mg/dl pourraient présenter un déficit en protéines. Dans ce cas, il devient indispensable de les soigner (7).

Conséquence sociales

Les individus orthorexiques sont à risque d'isolement social (2,7,8,16,22). Pour eux, le maintien d'une alimentation saine ne peut se faire à condition qu'ils soient seuls et au contrôle de leur environnement. Ils tendent à se sentir moralement supérieurs aux autres, ce qui les amène à ne pas interagir avec les personnes qui n'ont pas les mêmes règles alimentaires (22). De plus, leurs habitudes alimentaires créent indéniablement des conflits avec leur entourage (8). Une autre conséquence d'ordre social est la transmission du trouble à l'entourage de la personne orthorexique, en particulier des parents à leurs enfants, à travers l'imitation des modèles alimentaires (7,16).

Développement de troubles mentaux

D'autre part, il est suggéré que l'ON soit un déclencheur du trouble alimentaire et du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Selon une diététicienne, l'AN peut être provoquée si le désir de maigrir s'ajoute à l'obsession de l'alimentation saine. La BN peut également être un risque, si l'individu décide de ne pas garder certains types de nourriture dans son corps, en prenant part à des comportements purgatifs (7). Davantage d'études doivent ainsi être effectuées afin de déterminer si l'ON peut effectivement conduire au développement des troubles psychotiques (22).

Insatisfaction personnelle

D'un point de vue psychologique, la transgression des règles alimentaires individuelles amène à une frustration, un dégoût de soi (l'impression d'être *sale*), de la culpabilité et un dégoût de la nourriture lorsqu'elle est considérée comme *impure*. Ces transgressions pourraient conduire l'individu à s'affliger des punitions, par exemple en adoptant un régime alimentaire encore plus strict, ou à procéder à des jeûnes purifiants (en anglais : *cleansing fasts*) (7,8,22).

Addiction

L'ON semble provoquer des symptômes similaires à l'addiction, mais il manque encore des données pour confirmer les hypothèses (7,16). Pour beaucoup d'individus orthorexiques, manger sainement devient la seule manière d'être heureux (16).

2.7 Comparaison avec les TCA, TOC et autres troubles mentaux

L'orthorexie semble être associée à plusieurs troubles mentaux figurant dans le DSM-V. Les critères diagnostiques des pathologies citées dans ce chapitre figurent en annexe IV.

2.7.1 Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion des aliments

Pour Bratman, l'ON est indéniablement un TCA (9). La littérature mentionne une association entre l'ON, l'AN, la BN ainsi que la *restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments* (7,8,22). Les regroupements les plus significatifs entre l'AN, la BN et l'ON sont l'évitement de certains aliments, le perfectionnisme et les comportements ritualisés. D'après une diététicienne, l'ON pourrait être, d'une part, une porte d'entrée aux TCA et, d'autre part, un facteur de risque de rechute après le rétablissement d'un TCA (7). Il est difficile de déterminer si les TCA augmentent le risque orthorexique ou si l'orthorexie entraîne un TCA (8,22). L'ON est différenciée des autres TCA par la nature de l'obsession, qui est portée sur la qualité plutôt que la quantité de nourriture (7). Contrairement aux TCA, la littérature n'expose pas d'âge associé à l'ON (8). Des études longitudinales seraient utiles pour établir des liens clairs entre les TCA et l'ON, en déterminant par exemple s'il existe des symptômes spécifiques à l'ON (7,8).

Anorexie

Similitudes

Selon une des diététiciennes, le profil d'un individu orthorexique est fortement similaire à celui d'une personne souffrant d'AN. Les similitudes relèvent principalement de la nature égocentrique des symptômes, aux conséquences sociales et de santé ainsi qu'au profil de personnalité (8).

Une des professionnelles interviewées suggère que l'ON soit un déclencheur de l'AN : l'obsession de maigrir s'ajouterait à celle de manger sainement. L'ON pourrait également être un symptôme du trouble alimentaire. Souvent, lorsqu'un patient souffrant d'AN retrouve un poids normal, il tend à développer ou conserver des comportements orthorexiques. Dans ce cas, si le poids est régulé, si les apports nutritionnels sont complets et s'il n'y a pas de carence, l'orthorexie pourrait être un compromis thérapeutique (8).

Différences

Bien que l'AN et l'orthorexie soient fortement corrélées, ces troubles comportent des disparités. La principale différence réside dans la motivation du comportement alimentaire. Le patient anorexique est préoccupé par l'image corporelle et la peur de prise de poids, ce qui l'amène à restreindre ses apports alimentaires dans le but de perdre du poids (22). Le patient orthorexique, quant à lui, adopte des habitudes alimentaires pour une raison de pureté et de santé (8,22). Par ailleurs, les patients anorexiques ont tendance à cacher leur comportement, contrairement aux individus orthorexiques, qui seraient plutôt enclins à partager leurs habitudes alimentaires par sentiment de fierté et de supériorité morale. Une diététicienne explique que dans l'AN, la restriction cognitive est centrée sur l'apport énergétique, alors que l'orthorexie est portée en priorité sur l'origine ou la qualité des aliments (8,16,22). Il sera nécessaire d'effectuer plus d'études afin d'établir si l'orthorexie se développe après le rétablissement de l'AN ou si elle existe déjà avant ou durant la période du trouble anorexique (8).

Boulimie

Similitudes

Il existe moins de regroupements entre l'ON et la BN. Les seuls symptômes communs semblent être (7):

- un désir de contrôle,
- une préoccupation pour la nourriture,
- des pratiques purgatives.

Différences

Comme pour l'AN, la cause principale de la BN serait différente de celle de l'ON (23).

La restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Similitudes

La restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments semble être le trouble du DSM-V correspondant le plus à l'ON (8). Les similitudes sont les suivantes (8) : (traduction libre)

- perte de poids,
- déficience nutritionnelle et énergétique,
- trouble du fonctionnement psychosocial,
- survenue des troubles pas exclusivement lors d'AN ou de BN,
- prévalence similaire chez les hommes et chez les femmes,
- comorbidités possibles : TOC et anxiété,
- pas de perturbation de l'image du corps ni de la perception du poids,
- déclenchement du trouble par le souci des conséquences négatives apportées par une alimentation malsaine (comme la contamination).

Différences

Il est suggéré que l'ON soit un sous-type de la restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (8,23) mais cette hypothèse est contredite (13) :

- Les descriptions cliniques présentes dans le DSM-V mentionnent que le trouble est plus communément développé durant l'enfance, ce qui n'a pas été démontré pour l'ON (8).
- Les raisons des restrictions alimentaires des individus souffrant d'ON ne sont pas basées sur le désintérêt pour la nourriture, les propriétés sensorielles de la nourriture ou une expérience aversive avec la nourriture (13). Au contraire, la raison principale est d'être en meilleure santé.

2.7.2 Trouble obsessionnel-compulsif

Similitudes

Il a été documenté qu'il existe des liens entre le TOC et l'ON. Dans le DSM-V, les obsessions sont définies comme des « pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets (7,8,22). Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou

images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion) » (24). Comme l'explique une diététicienne, le TOC se manifeste au niveau de la pensée (obsession) et du comportement (compulsion).

Différences

- Les symptômes du TOC sont égodystoniques ; ceux de l'ON sont égosyntoniques.
- Les individus orthorexiques ont davantage tendance à être perfectionnistes, à vivre ou avoir vécu une certaine forme de psychopathologie et à présenter des symptômes de dépression, un état d'esprit négatif, de l'anxiété ou des pensées suicidaires.
- Un des critères du DSM-V pour le TOC spécifie aussi que le trouble ne devrait pas être mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, alors que l'ON est fortement reliée à l'AN et à la *restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments* (8,22).

2.7.3 Personnalité obsessionnelle compulsive

La *personnalité obsessionnelle-compulsive* se diffère du TOC par plusieurs aspects (25) : (traduction libre)

- L'individu ne considère pas ses pensées comme déraisonnables ou non désirables mais se fixe des règles avec lesquelles il se sent à l'aise.
- Ses pensées et les conséquences qui en découlent sont relatives aux activités de la vie quotidienne.
- Dans une activité professionnelle, ce n'est pas le travail effectué qui est problématique, mais plutôt la relation avec les collègues.
- Les personnes souffrant de *personnalité obsessionnelle-compulsive* sont persuadées de ne pas avoir besoin de traitement.

L'orthorexie pourrait également avoir des similitudes avec les troubles de la personnalité, plus particulièrement la *personnalité obsessionnelle-compulsive*. Cependant, peu d'études ont examiné leur association (22).

Similitudes

Les similitudes avec l'ON sont (22) : (traduction libre)

1. le perfectionnisme,
2. la pensée rigide,
3. la dévotion excessive,
4. la préoccupation pour les détails et les règles morales,

5. le lien étroit avec les TCA (surtout l'AN),
6. le risque de développement de comportements alimentaires pathologiques.

Aucune différence n'a été constatée dans la littérature.

2.7.4 Autres troubles⁶

Il existe des ressemblances entre l'ON et les *troubles à symptomatologie somatique et apparentés* (22,24). L'ON aurait des similarités avec un des diagnostics de ces troubles : la *crainte excessive d'avoir une maladie*. Cette crainte est positivement corrélée à la préoccupation pour la nourriture. Il a été prouvé que ce trouble entraîne facilement des changements problématiques dans les habitudes alimentaires. Par conséquent, la préoccupation pour la santé peut engendrer un souci porté sur la nourriture et le régime alimentaire, qui permet de combattre la maladie perçue ou réelle. Un individu insatisfait par les soins médicaux traditionnels pourrait se tourner vers l'alimentation pour traiter ou éviter la maladie (22).

Il est suggéré que l'orthorexie soit reliée aux troubles psychotiques. Les pensées magiques pourraient être un symptôme commun (22). Ces pensées magiques « influencent le comportement et ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel » (24). Plus d'études sont nécessaires afin de déterminer si l'orthorexie est un facteur de risque pour le développement des troubles psychotiques (principalement la schizophrénie ou le trouble délirant) (22).

Deux diététiciennes estiment que l'ON est apparentée aux *troubles anxieux*. L'anxiété est prédominante dans l'ON et atténuée par le contrôle alimentaire. Cependant, il existe peu de données à ce sujet dans la littérature.

2.7.5 Conclusion

Malgré les similarités observées entre l'ON et les différentes formes de psychopathologies, il n'est toujours pas clair si ce comportement devrait être considéré comme un trouble à part entière (8).

⁶ Les critères diagnostiques n'ont pas été présentés en annexes, au vu du grand nombre de pages dans lesquelles ils sont décrits (voir pages 109 à 150 pour le *Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques*, pages 410 à 414 pour la *Crainte excessive d'avoir une maladie* et pages 237 à 290 du DSM-V pour les *Troubles anxieux*).

Dans tous les cas, il est important de considérer les effets bidirectionnels entre les TCA et l'ON. Le schéma ci-dessous (figure 2) met en avant un résumé des similitudes et disparités entre l'ON, l'AN et les TOC (22):

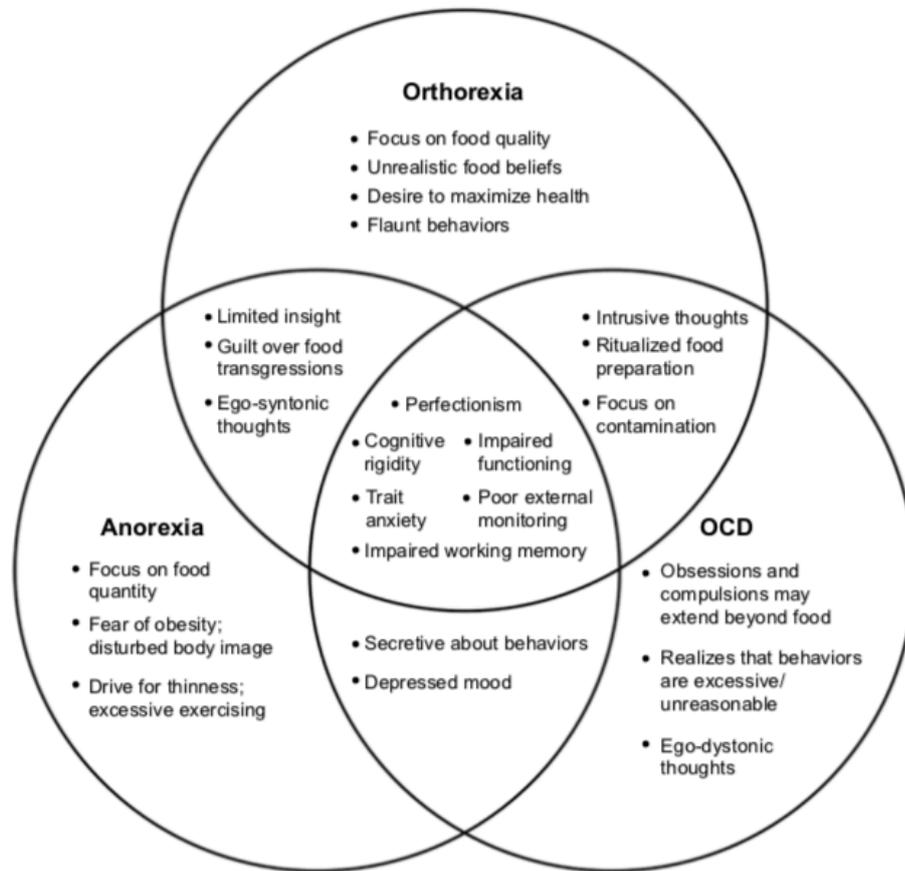


Figure 2 : Symptômes partagés ou non par l'ON, l'AN et le TOC

Il est difficile de déterminer quand l'alimentation saine d'un individu devient pathologique. Il est essentiel de disposer de davantage de recherches pour étudier la significativité des tendances de l'ON, en améliorer les outils d'évaluation et établir des conclusions sur la nature de ce comportement.

3 Le rôle du diététicien dans la prise en charge de l'orthorexie

Bien que l'ON ne soit pas référencée comme un trouble de la conduite alimentaire selon le DSM-V, il semble évident que ce comportement est étroitement lié à l'alimentation. Il a été démontré que la pratique diététique est indispensable dans le traitement des TCA (26,27). Parallèlement, plusieurs sources mentionnent que les diététiciens font partie intégrante de la prise en charge et de la prévention de l'ON. Cependant, à ce jour, aucun article ne mentionne encore clairement le rôle du diététicien dans le traitement de l'ON (7,12,22,28).

Comme le but de ce travail est d'identifier des pistes de prise en charge de l'ON pour le diététicien, il est nécessaire de se pencher sur la mise en pratique du Processus de Soins en Nutrition (PSN). Le PSN est l'outil de référence pour la prise en charge diététique, élaboré par l'Academy of Nutrition and Dietetics (AND), anciennement l'American Dietetic Association. Le PSN est séparé en quatre parties : l'évaluation, le diagnostic, l'intervention et le suivi. La partie *Résultats* du présent travail se concentre sur l'intervention. Les suggestions de prise en charge sont générales : elles s'adressent à tout diététicien. Pour les autres sphères du PSN, les informations restent rares, mais quelques pistes ont été suggérées (29).

Les diététiciens de Suisse romande sont formés à la Haute école de santé de Genève (HedS) et obtiennent le diplôme de *Bachelor of Science HES-SO en Nutrition et diététique*. Un des modules du programme de la formation est celui des TCA, dont les cours sont répartis sur un semestre (30). Comme l'ON ne bénéficie pas encore de diagnostic propre et constitue un sujet en pleine recherche (8), elle ne figure pas dans le cursus de formation. Néanmoins, les diététiciens sont initiés à l'entretien motivationnel (EM) et à la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui sont des approches thérapeutiques mentionnées dans la littérature pour le traitement de l'ON.

Une des professionnelles interviewées cite que le diététicien joue un rôle clé dans la prévention de l'ON. L'effet secondaire des messages de santé publique diffusés actuellement est de créer ou favoriser une attention trop rigide sur l'alimentation. Cette hypothèse est similaire à la prévention de l'obésité : par peur d'être en surpoids, on devient anorexique en suivant certains conseils diététiques de manière trop stricte. Un des rôles du diététicien est de transmettre des conseils pour la promotion de la santé et la prévention des maladies au travers de l'alimentation (30). Il est donc préférable qu'il ait été sensibilisé aux

problématiques de l'ON, de manière à être en mesure d'adapter son discours pour ne pas promouvoir sans le vouloir un comportement obsessionnel pour l'alimentation (7,28). La souplesse est le maître-mot, qui prend tout son sens dans la définition de l'alimentation équilibrée de la SSN (4).

Comme cité plus haut dans ce travail, il semble que les patients orthorexiques aient un profil de personnalité particulier. Dans ce cas, selon une diététicienne, il serait pertinent d'investiguer le type de personnalité du patient avant le début d'un suivi diététique. De cette manière, le diététicien disposerait de davantage d'informations quant au fonctionnement psychologique du patient, ce qui lui permettrait ainsi de prodiguer des conseils plus individualisés. En effet, si le diététicien se trouve en face d'un patient ayant tendance au perfectionnisme, il doit nuancer les recommandations qu'il transmet, pour ne pas favoriser un comportement orthorexique.

Pour la partie de l'évaluation du PSN, une diététicienne a proposé d'utiliser un questionnaire de personnalité pour investiguer la personnalité du patient. Les questions pourraient par exemple être posées par le diététicien lors de l'anamnèse alimentaire, ou les réponses pourraient être données par le patient lors de l'entretien suivant. Ce questionnaire pourrait constituer un outil de base à utiliser par le diététicien dans l'évaluation de chacun de ses patients, orthorexique ou non.

Le diététicien est chargé de formuler le diagnostic nutritionnel, tiré du Manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN). Le TIDN est normalisé par le PSN et a été créé par l'AND. Jusqu'à aujourd'hui, aucun diagnostic nutritionnel ne semble avoir été proposé dans la littérature pour la prise en charge de l'ON (31). Quant au suivi, il dépend de chaque situation et aucune donnée scientifique n'a encore été mentionnée.

En considérant cet état des lieux des données disponibles sur l'ON, il est évident que des recherches sont encore nécessaires pour mieux comprendre ce trouble. Comme aucune recommandation de prise en charge diététique n'est définie, il est essentiel de proposer des pistes de traitement pour que les diététiciens soient en mesure d'adapter au mieux leur pratique, dans l'attente d'un consensus scientifique. C'est le sens du présent Travail de Bachelor.

4 Définition de l'étude

4.1 But

Les buts du présent travail sont d'exposer l'état des connaissances actuelles sur les traitements de l'orthorexie, d'identifier le rôle des diététiciens dans le suivi thérapeutique et de formuler des propositions de prise en charge diététique. Il n'existe effectivement pas encore de consensus scientifique pour ce comportement alimentaire. Proposer des pistes de prises en charge pourrait faire évoluer la pratique de la profession, car il est fort probable que les diététiciens rencontrent des patients présentant des comportements orthorexiques.

4.2 Question de recherche

Question de recherche : *Etat des connaissances sur l'orthorexie : Quels sont les traitements proposés et le rôle du diététicien dans la prise en charge ?*

La question de recherche de ce travail n'est pas fondée sur le modèle *Population, Intervention, Comparaison, Outcome* (PICO). En effet, comme il n'existe pas encore assez de données scientifiques à ce sujet pour poser une question plus précise, la recherche ne s'est pas portée sur une population définie, aucune intervention/exposition n'a été évaluée et il n'y a pas eu de comparaison possible.

4.3 Objectifs

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

- Effectuer une revue narrative sur la prise en charge et les traitements de l'ON.
- Relever les aspects des traitements de l'ON qui impliquent les diététiciens.
- Identifier les liens et divergences entre les prises en charge identifiées.
- Faire des propositions de prise en charge diététique suite aux résultats des recherches.

4.4 Hypothèses

Les hypothèses formulées au départ sont les suivantes :

- L'orthorexie nécessite une prise charge interdisciplinaire (psychologue, diététicien et médecin).
- L'approche cognitivo-comportementale est une thérapie souvent utilisée dans l'ON (comme par exemple travailler sur les représentations alimentaires des patients).
- La thérapie par l'exposition peut être une piste de prise en charge.
- La place des diététiciens dans le suivi de l'ON est peu décrite dans la littérature.

5 Méthodologie

5.1 Revue de littérature narrative

Ce Travail de Bachelor est une revue de littérature narrative. Elle permet de répondre à la question concernant la prise en charge diététique de l'ON et résume également les données sur la prise en charge globale de l'ON.

5.2 Bases de données

Les bases de données et moteurs de recherche utilisés pour ce travail ont été les suivants :

- Medline via PudMed,
- CINHAL,
- PsycInfo.

5.3 Mots-clés

Le terme *Orthorexia* n'existant pas comme MeSH term (Medical Subjects Headings) dans le thésaurus HeTOP, il a fallu trouver des synonymes, permettant de trouver un maximum de résultats. La première étape a été de trouver des synonymes en français pour l'**orthorexie** et pour la **prise en charge** :

Orthorexie :

- régime alimentaire sain,
- comportement obsessionnel,
- troubles de l'alimentation.

Prise en charge :

- prise en charge,
- thérapie,
- thérapie nutritionnelle,
- diétothérapie,
- traitement.

La deuxième étape a consisté à traduire ces synonymes sur la base du thésaurus HeTOP, en anglais. Voici les termes traduits :

Orthorexie :

- healthy diet,
- obsessive behavior,
- eating disorders, feeding disorders.

Prise en charge :

- patient care management,
- care management, patient,
- therapy,
- nutrition therapy,
- diet therapy,
- treatment.

Finalement, le MeSH term choisi pour l'**orthorexie** a été *orthorexi**. Les autres synonymes n'étaient pas suffisamment ciblés sur l'ON. L'astérisque permettait d'inclure tous les mots commençant par *orthorexi* (par exemple: *orthorexia nervosa*, *orthorexia*, *orthorexic*, etc.). Pour obtenir le plus de résultats ciblés sur la **prise en charge**, les termes finaux ont été *therapy*, *diet therapy*, *nutrition therapy*, *patient care management* et *treatment*.

Les synonymes ont été utilisés dans les différentes bases de données sous la forme des combinaisons suivantes (tableau 1) :

Tableau 1 : Combinaisons des mots-clés pour les bases de données

Base de données	Combinaisons
PubMed	(orthorexi*) AND (((((therapy) OR diet therapy) OR nutrition therapy) OR patient care management) OR treatment)
CINHAL	orthorexi* AND treatment OR diet therapy OR patient care management OR nutrition therapy
PsycInfo	orthorexi* and (therapy or treatment)

5.4 Sélection des articles

5.4.1 Design de l'article

A cette étape, la recherche documentaire n'a pas été limitée au type d'études, dans l'idée que chaque design pouvait permettre d'obtenir des informations sur la prise en charge de l'ON.

5.4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Au vu de la faible quantité de données existantes au sujet de la prise en charge de l'ON, les critères de sélection n'étaient pas très limités. Les articles en français, allemand, anglais et espagnol ont été inclus dans les critères de choix. Aucune date, ni pays, ni âge n'a été limité dans la recherche documentaire.

Les articles mentionnant la prise en charge globale de l'ON ont été sélectionnés, car les données sur la prise en charge ciblées *diététique* étaient très rares, voire inexistantes, et ne permettaient pas d'obtenir des résultats suffisants. Les propositions de prise en charge diététique seront développées dans la partie *Perspectives*.

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none">• tout type d'étude• langues : anglais, français et allemand, espagnol• mention de prise en charge de l'orthorexie	<ul style="list-style-type: none">• articles sans abstract• articles dont l'orthorexie n'est pas le sujet principal

5.5 Stratégie de recherche documentaire

5.5.1 Sélection par le titre

Le titre a permis une première sélection des articles. Il était nécessaire que l'ON soit mentionnée dans le titre.

5.5.2 Sélection par l'abstract

Après sélection des titres, une lecture des abstracts des articles a été effectuée. Pour une deuxième sélection, il a été jugé important que les abstracts parlent de la prise en charge ou du traitement de l'ON.

5.5.3 Sélection par la lecture de l'article

Pour une troisième sélection, les articles dont les abstracts avaient été retenus ont été lus. Le choix final s'est porté sur la pertinence des données énoncées en lien avec la question de recherche.

5.6 Littérature grise

Par manque d'informations dans la littérature scientifique, il a paru important d'étoffer les résultats par la littérature grise. Deux livres ont été sélectionnés, dans lesquels la description de l'orthorexie était détaillée et qui faisaient mention des pistes de prise en charge de l'ON.

5.7 Interviews

Des interviews dirigées auprès de trois diététiciennes, dont deux avaient également une formation de psychologue, ont été menés. Chaque diététicienne a été interviewée séparément, sur son lieu de travail ou à la HedS.

Les questions, insérées dans une grille d'entretien (tableau 3) et validées par la directrice de Travail de Bachelor, ont été élaborées de façon à enrichir les résultats de la littérature et à approfondir les réflexions sur la prise en charge diététique de l'ON. La grille d'entretien a permis de suivre l'ordre des questions sans dévier du sujet.

Tableau 3 : Grille d'entretien

1) Comment définiriez-vous l'orthorexie ?
2) Avez-vous rencontré des patients orthorexiques dans votre pratique ? Si oui, quel(s) étai(en)t leur(s) motif(s) de consultation ?
3) Selon vous, l'orthorexie est-elle un trouble à part entière ? Pourquoi ?
4) Quelles seraient, selon vous, les conséquences et/ou les bienfaits de l'orthorexie sur la santé ?
5) Quelle est/était/serait votre approche thérapeutique avec des patients orthorexiques ?

Etant donné le manque de consensus scientifique sur l'ON, il était important de connaître la définition personnelle de l'ON que s'en faisait chaque interlocutrice. Les questions ont été formulées de manière à comprendre si l'ON était un sujet connu en pratique diététique, à permettre d'enrichir les connaissances actuelles de l'ON et à compléter les données de la littérature sur les pistes de prise en charge. Une retranscription sous forme de résumé a été faite suite à l'enregistrement de chaque entrevue, afin de ne pas perdre de données et de retrouver les informations recueillies plus facilement.

5.8 Extraction et synthèse des données

Pour l'analyse des résultats, toutes les données recueillies (littérature scientifique, interviews et littérature grise) ont été synthétisées sous forme de tableau. Suite à une analyse sémantique, les aspects en lien avec la prise en charge de l'ON ont été classés par thèmes principaux (multidisciplinarité, individualisation des interventions, attitude professionnelle, TCC, relaxation/méditation et éducation nutritionnelle).

5.9 Analyse de la qualité

La qualité a été analysée à l'aide de différents supports, situés en annexe V :

- HEdS – Grille d'analyse de REVUE NARRATIVE : *Rating for narrative reviews : concept and development of the International Narrative Systematic Assessment tool* (32).
- HEdS – Analyse qualité d'articles de REVUE DE LITTÉRATURE.

L'analyse de la qualité des articles a été utile pour discuter les résultats.

Il a été défini que la qualité des revues narratives est catégorisée par un score allant de 1 à 7 (1 se référant à une qualité basse et 7 à une qualité élevée) (32). Comme il ne figurait pas plus de détails dans l'article, les scores ont été interprétés sous le format suivant :

- score de 1 à 3 : qualité négative,
- score de 4 : qualité neutre,
- score de 5 à 7 : qualité positive.

5.10 Bénéfices et risques

Il s'agit d'une revue narrative ; la discussion des bénéfices et risques ne s'applique donc pas. En effet, aucune personne physique n'a été impliquée dans l'étude. Les conflits d'intérêts et la qualité des études ont été prises en compte dans la *Discussion*.

5.11 Ressources et budget

Ressources humaines :

- Aline Robert Cornide, directrice du Travail de Bachelor, enseignante à la filière Nutrition & Diététique,
- trois diététiciennes diplômées (dont deux étant également psychologues) pour les interviews,
- Maaïke Kruseman, responsable du module Méthodologie de Recherche 3 et Biostatistiques,
- Isabelle Carrard, chargée de cours pour le module de Méthodologie de Recherche 3 et Biostatistiques à la HEdS,
- Jean-David Sandoz, bibliothécaire du Centre de Documentation du site des Caroubiers.

Ressources matérielles :

- logiciels : Microsoft Word, Microsoft Excel et Zotero,
- Google Drive,
- littérature grise : Internet (Google), livres,
- bases de données: PubMed, Cochrane, CINAHL et Google Scholar,
- Outlook, Skype et Whatsapp pour la communication.

Ressources budgétaires :

- coûts d'impression finaux,
- reliure,
- impression des articles.

6 Résultats

6.1 Littérature scientifique et littérature grise

Les résultats décrits dans ce chapitre sont tirés à la fois de la littérature scientifique et de la littérature grise. Cette manière de faire rend la lecture plus agréable, puisque beaucoup de points étaient similaires entre les sources. Puisque la prise en charge diététique de référence est basée sur le PSN, il semblait pertinent de rédiger les résultats selon ce standard. Cependant, trop peu de données étaient disponibles, aucun article ne ciblait la prise en charge diététique seule et les résultats trouvés dans la littérature ciblaient presque uniquement la partie *Intervention* du PSN.

Les données énoncées dans les *Résultats* de ce travail sont très succinctes, à l'image de la disponibilité des informations trouvées. Les propositions de prise en charge diététique sont détaillées et développées dans le chapitre *Discussion*.

6.1.1 Articles

Pour documenter les pistes de prise en charge relatives à l'ON, quatre articles ont été retenus (figure 3). Sur les quatre revues analysées, deux ont été considérées comme neutres, une comme négative et l'autre positive.

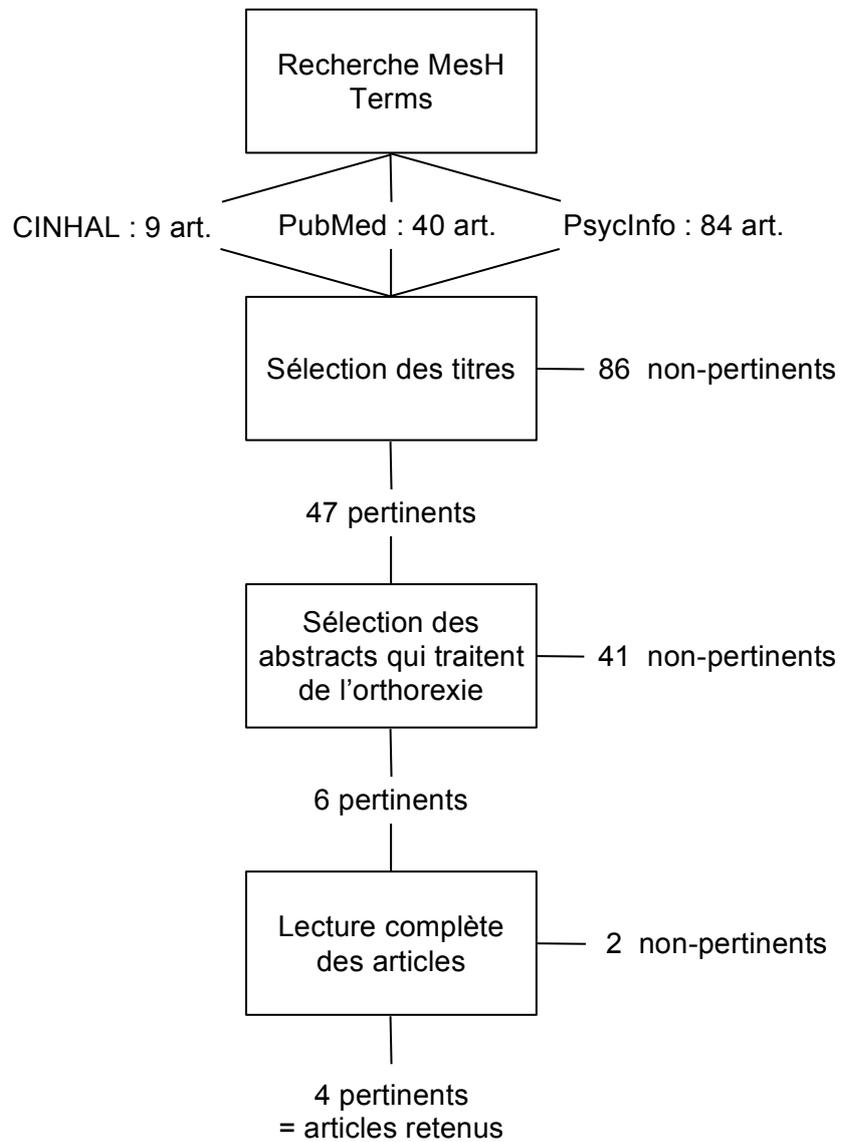


Figure 3 : Graphique de la sélection des études

Tableau 4 : Descriptif des articles sélectionnés pour la revue narrative

Titre de l'article	Année de parution	Auteurs	Langue	Pays	Design de l'étude	Qualité
Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable	2007	Aranceta Bartina Javier	Espagnol	Espagne	Revue narrative	Négative
Orthorexia nervosa - An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit	2012	Brytek-Matera Anna	Anglais	Pologne	Revue narrative	Neutre
The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives	2015	S Koven Nancy, W Abry Alexandra	Anglais	Etats-Unis	Revue narrative	Positive
Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature	2017	Costa Christine B., Hardan-Khalil Kholoud, Gibbs Kimberly	Anglais	Etats-Unis	Revue systématique	Neutre

Caractéristiques des études

Les études sélectionnées datent de 2007 à 2017. Trois d'entre elles sont des revues narratives et la dernière est une revue systématique. Les publications sont américaines, espagnoles, anglophones et hispanophones.

L'analyse des études a montré qu'un seul de ces articles s'avérait de qualité positive, deux étaient neutres (c'est-à-dire pas particulièrement robustes) et un de qualité négative. Les résultats ne concernaient pas spécifiquement la prise en charge diététique de l'ON, mais plutôt la prise en charge globale. La revue narrative de 2007 est de qualité négative (score de 3) : elle est écrite par un seul expert, n'explique pas le contexte de l'étude, ne mentionne aucune base de données, ni de design des études incluses ainsi que de leurs caractéristiques. La conclusion est absente et les conflits d'intérêts ne sont pas indiqués. La revue de 2012 est de qualité neutre (score de 4) : elle est écrite par un seul expert, sans mention de base de données, ni des designs des études incluses. Bien que les résultats soient mentionnés, la conclusion n'est pas claire et les conflits d'intérêts ne sont pas indiqués. La qualité de la revue de 2015 est positive (score de 6) : le contexte et les objectifs de l'étude sont clairs, tout comme la présentation des résultats, la conclusion et les conflits d'intérêt. Cependant, la base de données n'est pas réellement décrite et les caractéristiques de l'étude ne sont pas claires. Pour finir, la revue systématique de 2017 a été jugée de

qualité neutre, car il n'y avait pas mention des biais, de la généralisabilité ainsi que du recueil et de l'analyse des données. Il ne lui a pas été attribué de score, car ce n'était pas une revue narrative.

Cependant, en raison de la faible quantité d'études disponibles en lien avec la question de recherche, il a été jugé pertinent de tout de même retenir les quatre articles pour le travail, afin d'en extraire le plus de pistes de prise en charge diététique.

6.1.2 Littérature grise

Les livres retenus sont présentés dans le tableau ci-dessous (tableau 5) :

Tableau 5 : Descriptif des livres sélectionnés pour la revue narrative

Titre	Année de parution	Auteur	Langue	Pays
Health food junkies	2000	Steven Bratman	Anglais	Etats-Unis
Orthorexie: Quand manger sain devient obsessionnel	2012	Renee McGregor	Français, traduit de l'anglais	Royaume-Uni

Descriptif des interviews

Afin d'enrichir les résultats de la littérature scientifique, trois interviews ont été effectuées auprès de diététiciennes diplômées. Le choix des diététiciennes s'est porté sur leur pratique professionnelle et leurs connaissances relatives à l'ON. La durée de chaque interview était d'environ trente minutes. L'enregistrement a été accordé par chaque professionnelle mais leurs noms ont été anonymisés dans ce travail.

6.1.3 Analyse qualitative des références

La littérature scientifique/grise ainsi que des interviews auprès de professionnels ont été retenues comme références pour la partie *Résultats* de ce travail. Suite à l'analyse de la qualité des articles au moyen de différentes grilles d'évaluation, il s'avère qu'une seule des études est positive, deux sont neutres et la dernière négative. Dans le cadre de la littérature grise, deux livres ont été sélectionnés, dont un des auteurs était Steven Bratman (16) et l'autre une diététicienne diplômée expérimentée dans les TCA (Renee McGregor) (33). Les

interviews ont été effectuées auprès de trois diététiciennes diplômées, dont deux sont également psychologues. La grande majorité des sources sont des avis d'experts (mises à part deux des études). Selon l'échelle des niveaux de preuves, les avis d'experts sont d'un faible niveau.

Cependant, les références peuvent être discutées en terme d'*evidence-based dietetics*, soit de *pratique diététique fondée sur les preuves*. La *pratique diététique fondée sur les preuves* a été créée par l'International Confederation of Dietetic Associations (ICDA), une organisation regroupant deux cent mille diététiciens diplômés de cinquante pays différents (34). Cette pratique est utilisée pour améliorer l'état de santé des patients, des collectivités et de la population. Elle concerne tout champ de pratique diététique dans le monde entier. La pratique diététique est séparée en trois parties principales⁷ (35) :

- preuves issues de la recherche évaluées de manière critique,
- valeurs et situation unique du client ou de la communauté,
- expertise et jugement du diététicien.

Par conséquent, malgré la faible qualité des références, l'expertise fait partie de la pratique diététique fondée sur les preuves et ne doit pas être omise. Au vu du manque de données validées dans la littérature concernant l'ON, l'expertise est importante pour établir des pistes de prise en charge. Malgré ce constat et des lacunes dans la littérature pour répondre à la question de recherche, toutes les informations présentes dans les références ajoutent une pierre à l'édifice des connaissances sur la prise en charge de l'ON.

6.2 Synthèse des résultats

6.2.1 Introduction

A ce jour, il n'existe que très peu d'informations sur la prise en charge de l'orthorexie et aucune recommandation n'a été établie (7,22). Cependant, la combinaison de la TCC, de la psychoéducation et de la médication semble être la solution la plus concluante (12,22).

Il est mentionné que, avant tout, les soignants devraient identifier leur propre façon de manger avant de prendre en charge un patient orthorexique. En effet, les théories et pratiques diététiques personnelles des professionnels pourraient impacter leur capacité à reconnaître les dysfonctionnements dans les modèles alimentaires des autres (7).

⁷ Les trois formulations ont été tirées du support de cours de Chatelan A., repris du cours de Soguel Alexander L. *Qualité – Cours 1 : Module insertion professionnelle 3 BSc. du 17 avril 2019.*

Les résultats n'ont pas été spécifiés pour un secteur d'activité en particulier (comme la pratique indépendante ou l'hôpital).

6.2.2 Quand faudrait-il intervenir ?

Selon Bratman, l'intervention devrait commencer lorsque (16) : (traduction libre)

- le régime alimentaire met la personne en danger,
- le régime alimentaire semble rendre la personne malheureuse,
- l'individu se sent piégé par son alimentation,
- l'individu admet qu'il veut se séparer de son régime alimentaire extrême mais n'y parvient pas,
- l'individu demande de l'aide,
- une tierce personne est impliquée et que les choix alimentaires sont fortement affectés par l'influence d'un groupe, qui se rapproche d'une secte,
- le régime alimentaire semble s'être transformé en une maladie émotionnelle.

Deux hypothèses contradictoires ont été formulées quant à la compliance d'un patient orthorexique. La première suppose que le patient est résistant au traitement : il ne se considère pas comme malade et pense avoir trouvé la voie de la santé par une alimentation idéale (7). La seconde hypothèse suggère que le patient soit favorable au traitement, par soucis de santé, à la différence d'un patient souffrant de TCA (12,28).

Selon une des diététiciennes interviewées, le patient doit être porteur d'une demande. Sa prise de conscience par rapport à son obsession pour l'alimentation saine est le premier pas pour débiter une prise en charge car elle démontre un changement de pensée (16). Le patient doit réaliser que son comportement alimentaire est problématique et comprendre que la qualité de la nourriture n'est pas le seul facteur déterminant pour la santé (12). La prise de conscience doit être renforcée par le fait que l'orthorexie n'est pas une vertu (7,16) et permettre de réaliser l'impact de l'obsession sur les autres sphères de la vie (7).

Un professionnel devrait être sensible à l'atteinte émotionnelle du patient liée à ses choix alimentaires : il est important de déterminer s'il existe une perturbation dans son comportement alimentaire (7,16). Deux des diététiciennes interviewées précisent qu'un diététicien soupçonnant une certaine forme d'orthorexie chez un patient devrait investiguer les raisons de ses choix alimentaires et rechercher la présence éventuelle d'une souffrance.

Il est nécessaire d'identifier les raisons cachées qui ont poussé le patient à basculer dans l'orthorexie, telles que l'illusion de préserver une bonne santé en mangeant exclusivement des aliments considérés sains (16).

6.2.3 Résumé des résultats

Références des résultats du tableau

1. Koven N, Abry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;385.
2. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia Nervosa: a Review of the Literature. *Issues Ment Health Nurs.* 2017;38(12):980-988.
3. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatry Psychother.* 2012;1:55-60.
4. Bartrina JA. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos latinoamericanos de nutrición.* 2007;57(4):313-315.
5. Bratman S, Knight D. *Health Food Junkies : Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* New York: Broadway Books; 2000.
6. McGregor R. *Orthorexie: Quand manger sain devient obsessionnel.* Malakoff: Dunod Editeur; 2018.

Tableau 6 : Tableau résumant les pistes de prise en charge de l'ON

Thème	Sous-thèmes ⁸	Références
But du traitement	-	(1,2,3,5)
Conception de la prise en charge	Multidisciplinarité	(1,3,4,6)
	Individualisation des interventions	(1,3)
	Travailler avec l'environnement/entourage du patient	(3,4)
Outils/méthodes	TCC	(1,3,6)
	<i>Exposition</i>	(1,6)
	<i>Restructuration cognitive</i>	(1)
	Relaxation, méditation	(1,6)
	Education nutritionnelle	(3,4,6)
	Psychoéducation	(8)
	Adaptation des traitements des TCA	(1,2,4)
Médication	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	(1,3)
	Antisérotoninergiques	(4)
	Antipsychotiques	(1)
Attitude professionnelle	-	(1,2,3,5)

⁸ Pour les parties *But du traitement* et *Attitude professionnelle*, il était difficile d'extraire des sous-thèmes, puisque les thèmes principaux regroupent un ensemble d'informations sans catégorisation.

6.2.4 But du traitement

Le but de la prise en charge est de permettre au patient de retrouver une relation sereine avec l'alimentation, dépourvue d'obsession et associée au plaisir gustatif (7,12,16). Une alimentation saine devrait avoir un impact positif sur la santé et n'affecter ni les relations avec autrui, ni la qualité de vie, ni les états émotionnels (12). Par ailleurs, la prise en charge devrait englober plusieurs aspects : la nourriture, les achats, la préparation et le ressenti de l'individu par rapport à ce qu'il consomme (22). En somme, comme l'a résumé une des professionnelles rencontrées, le but du traitement est d'améliorer la qualité de vie du patient.

6.2.5 Conception de la prise en charge

Multidisciplinarité

L'intervention idéale comprendrait la présence de médecins, de psychothérapeutes et de diététiciens (12,22,28,33). Le psychologue est aussi suggéré dans la prise en charge (22). Il est proposé que l'infirmière en psychiatrie effectue une anamnèse alimentaire en utilisant l'outil ORTO-15. Elle devrait ensuite identifier les intentions cachées qui ont initialement entraîné le patient vers ce type de comportement alimentaire (7).

Une diététicienne affirme que la confiance et la communication au sein d'un réseau de soin sont essentielles dans la prise en charge.

Individualisation des interventions

Lors de la mise en place d'une psychothérapie, il est nécessaire d'individualiser l'intervention selon les symptômes apparents du patient (12,22).

En pratique, d'après une diététicienne, il est nécessaire de définir des priorités. Par exemple, si le poids du patient est en-dessous des normes de l'OMS, le premier objectif serait de viser un poids plus élevé.

Travail avec l'environnement/entourage du patient

L'intégration du facteur de l'environnement et de l'entourage du patient permettrait un meilleur résultat dans le traitement (12,28).

6.2.6 Outils/méthode

TCC

La TCC, visant à changer le comportement d'un individu en modifiant les schémas de pensée, pourrait ouvrir le répertoire alimentaire du patient souffrant d'ON. Deux des techniques de la TCC sont mentionnées dans la littérature : l'exposition et la restructuration cognitive (22).

Exposition

L'exposition pourrait être efficace dans le traitement des aspects obsessionnels et compulsifs de l'orthorexie (22). Une des diététiciennes considère l'orthorexie comme une phobie de l'alimentation malsaine, ce qui permet de travailler par l'exposition progressive avec le principe d'habituation. Le niveau d'anxiété du patient est mesuré avant, pendant et après l'exposition (sur une échelle de 0 à 10 par exemple). Il y a habitude lorsque le chiffre sur l'échelle a diminué de moitié entre le début et la fin de l'exposition. S'il n'y a pas habitude après l'exercice, c'est qu'il était trop difficile et qu'il faut trouver une option intermédiaire. L'exposition permet au patient de se confronter à ses peurs et de mobiliser des ressources pour y faire face. Elle permet également de retrouver de la sérénité dans les choix alimentaires (33).

Selon Bratman (16), la prise en charge de l'orthorexie est délicate et il est nécessaire d'avancer par étapes. Divers exercices pratiques peuvent être proposés, selon les objectifs du patient (par ex. accepter de manger ce qui est servi lors d'invitations) (16,33).

Restructuration cognitive

La restructuration cognitive peut être bénéfique pour traiter les pensées dichotomiques, la surgénéralisation, la catastrophisation, les problèmes liés aux perfectionnisme et les autres distorsions cognitives autour de l'alimentation et de la santé (22). (traduction libre) Les patients imaginent des scénarios catastrophe avant l'ingestion de certains aliments. La restructuration cognitive permet, selon une diététicienne, de les identifier et de rationaliser les pensées, pour développer de nouveaux schémas cognitifs. L'exposition associée à la restructuration cognitive pourrait être plus efficace pour traiter les aspects compulsifs et obsessionnels de l'orthorexie (22).

Relaxation et méditation

La relaxation pourrait atténuer l'anxiété pré/postprandiale ainsi que les autres manifestations d'anxiété autour de la santé (22). D'après une des professionnelles interviewées, la méditation pourrait permettre au patient de se concentrer sur ses sensations corporelles et de lâcher prise sur les obsessions cognitives. Le patient doit réaliser que malgré l'abandon de ses règles alimentaires, il peut faire confiance à son corps pour la régulation de ses besoins (33).

Education nutritionnelle

Deux des entretiens dirigés ont permis d'affirmer que le diététicien joue un rôle de repère et que l'éducation nutritionnelle consiste à assouplir les recommandations diététiques ainsi qu'à redéfinir l'alimentation équilibrée. Le but est d'atténuer les pensées rigides, les jugements et croyances du patient liés à la nourriture (22,28,33).

Psychoéducation

La littérature mentionne la psychoéducation comme outil de prise en charge de l'ON, mais ne développe pas cette thérapie en détail (7,22,28). Il est dit qu'il est important de travailler avec l'environnement proche du patient (28). Certains thèmes devraient être abordés dans la prise en charge, comme le diagnostic, l'évolution de la maladie, les facteurs de risque, l'évaluation, les options de traitement ainsi que la médication (7).

Adaptation des traitements des TCA

Les traitements utilisés pour soigner les TCA connus référencés dans le DSM-V pourraient être étendus à la population orthorexique. Ils devraient être ciblés sur l'obsession de la qualité et non sur l'image du corps (7,12).

Médication

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), comme la setraline, la fluoxétine et la paroxétine, pourraient être utiles pour traiter l'orthorexie au vu de leur efficacité sur l'AN, le TOC et la BN (12,22). L'association d'une thérapie cognitive du comportement à des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine pourrait améliorer les résultats (12). Les antisérotoninergiques pourraient également être une composante du traitement (28). Il est également mentionné que les antipsychotiques, comme l'olanzapine,

peuvent diminuer les croyances obsessives et les pensées magiques par rapport à certains aliments (22).

Cependant, les patients orthorexiques pourraient refuser la prise de médicaments, considérant ceux-ci comme des substances *impures* et néfastes pour leur corps (7,22,28).

Attitude professionnelle

Les croyances sont reliées à une idéologie du patient qui lui permettent d'avoir une structure et un équilibre psychiques. Elles réduisent le sentiment d'anxiété, permettant au patient d'exercer un contrôle sur son environnement. Travailler sur les croyances peut faire émerger des émotions chez le patient (22). C'est la raison pour laquelle, selon deux diététiciennes, ces émotions doivent être accueillies sans jugement, dans une attitude d'écoute.

L'établissement du lien de confiance (alliance thérapeutique) entre le soignant et le patient peut demander du temps, mais il s'agit d'une étape primordiale pour obtenir des résultats concluants (7,16). Il est important de créer un espace dans lequel le patient se sente compris, écouté et respecté (7). Une diététicienne affirme que le soignant se doit de respecter les valeurs et croyances du patient, sans pour autant aller dans le sens du contrôle alimentaire. Ses propres limites sont également à prendre en compte.

7 Discussion

Dans ce chapitre, nous synthétiserons les résultats obtenus, nous en ferons ensuite l'interprétation, puis exposerons les limites, biais et points forts du travail.

7.1 Synthèse des résultats

Pour rappel, la question de recherche est : *Etat des connaissances sur l'orthorexie : Quels sont les traitements proposés et le rôle du diététicien dans la prise en charge ?*

Le but du traitement de l'ON consiste à améliorer la qualité de vie du patient, en lui permettant de retrouver une relation sereine avec son alimentation, dépourvue d'obsession et associée au plaisir. Avant toute prise en charge, il est nécessaire que le soignant auto-évalue sa propre relation vis-à-vis de l'alimentation et identifie ses représentations alimentaires, afin d'améliorer sa capacité à repérer les éventuels dysfonctionnements dans les comportements alimentaires des patients.

Les résultats suggèrent une prise en charge pluridisciplinaire. Aucun protocole n'a été établi et le traitement de chaque patient devrait être individualisé. Il a également été soulevé que l'entourage du patient doit être pris en compte dans la prise en charge. La relation de confiance entre patient et soignant est un point-clé du suivi thérapeutique, tout comme une attitude de non-jugement et d'écoute de la part du professionnel. L'éducation nutritionnelle et la psychoéducation font partie intégrante du traitement. La TCC est une thérapie conseillée dans la prise en charge de l'ON. La relaxation et la méditation pourraient atténuer l'anxiété des patients et leur permettre de lâcher prise sur l'aspect cognitif pour se centrer davantage sur leurs sensations corporelles. Concernant la médication, seuls les psychotropes sont mentionnés (les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les antipsychotiques). Enfin, une piste de prise en charge serait de se baser sur les traitements existants des TCA pour les adapter aux spécificités de l'ON.

7.2 Interprétation des résultats

7.2.1 Rappel des conséquences principales de l'ON

Les conséquences négatives de l'ON mentionnées dans le cadre de référence sont d'ordre nutritionnel et social. En effet, un comportement alimentaire obsessionnel peut mener à un

épuisement physique et psychique, provoquant un cercle vicieux qui maintient l'individu dans un contrôle toujours plus restrictif. Par une éviction alimentaire trop importante, l'ON peut engendrer des carences nutritionnelles plus ou moins graves selon les individus. Des complications médicales similaires à celles de l'AN sont possibles, comme l'anémie, la bradycardie, la dénutrition ou le SRI. De plus, il est suggéré que l'ON soit une porte d'entrée au développement du TOC et des TCA. Si l'individu orthorexique transgresse ses règles alimentaires, il sera sujet à des affects négatifs comme la culpabilité ou le dégoût de soi. Par ailleurs, l'isolement social est un risque prédominant.

7.2.2 Critique des principales pistes de prise en charge proposées et mise en perspective

Les principales pistes de prise en charge ressorties au travers de nos recherches sont la multidisciplinarité, la nécessité d'une attitude professionnelle adéquate spécifique à l'ON et l'utilisation de la TCC. De par leur formation, les diététiciens ont déjà certains outils de psychoéducation et d'éducation nutritionnelle et sont les spécialistes de la nutrition. Ils apprennent également à individualiser leurs interventions et à travailler en tenant compte de l'environnement du patient et avec son entourage, ce qui les rend compétents pour ce type de prise en charge.

Multidisciplinarité

Les résultats de notre recherche suggèrent que la prise en charge de l'ON devrait être menée par des médecins, psychothérapeutes, psychologues, diététiciens et infirmiers (7,12,23,29,34). L'approche multidisciplinaire pour l'ON est soutenue par deux autres références (3,23). Le psychothérapeute et le diététicien semblent être les professionnels principaux pour la prise en charge de l'ON (3). Contrairement au diététicien, l'infirmier n'est pas mentionné dans toutes les sources de notre travail et dans les deux autres articles soutenant l'approche multidisciplinaire (3,23). De plus, le psychiatre semble être un professionnel également requis dans le traitement (23).

En référence aux résultats de nos recherches (7), nous ne pensons pas que c'est à l'infirmière d'effectuer l'anamnèse alimentaire du patient et d'identifier les intentions cachées qui ont entraîné ce dernier vers un comportement orthorexique. Au contraire, nous pensons que ce rôle appartient au diététicien, qui est le spécialiste de l'alimentation, car l'évaluation (*assessment*) fait partie du PSN (figure 4) (29). L'AND explique que si le PSN est bien établi, la preuve de la qualité de soins et de l'amélioration de la santé du patient pourrait apporter

plus de reconnaissance quant à la place des diététiciens au sein d'une équipe pluridisciplinaire (29).

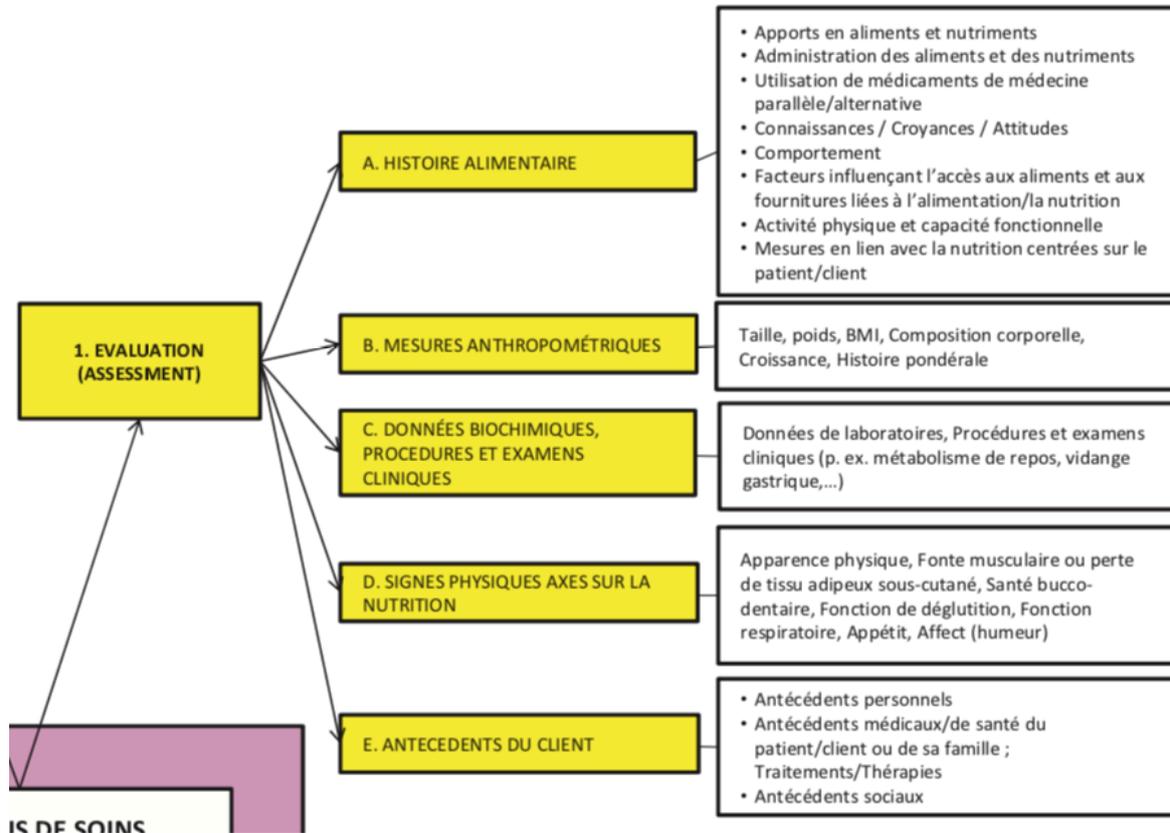


Figure 4 : Partie *Evaluation* du PSN

Selon la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KHF⁹), « les diététiciens participent efficacement à l'activité d'une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle » (36). Par conséquent, nous sommes convaincues que la multidisciplinarité est essentielle dans la prise en charge diététique de l'ON.

Attitude professionnelle

Selon les résultats, la prise en charge de l'ON nécessite une attitude professionnelle particulière en adéquation avec cette problématique.

Une des compétences du diététicien référée dans *l'International Competency Standards for Dietitian-Nutritionists* de l'ICDA est le respect des besoins émotionnels, sociaux, culturels, religieux et écologiques des individus, groupes, communautés et populations (37). (traduction libre) Comme mentionné dans le cadre de référence, le domaine de la nutrition et

⁹ *Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz* en allemand

la diététique semble être au cœur des messages de santé publique, favorisant des pensées trop rigides quant à l'alimentation saine. Les conseils diététiques des professionnels peuvent entretenir voire provoquer des comportements orthorexiques (4,7,29). Il est donc important que le soignant, qui est connaisseur de la pathologie, évite tout discours moralisateur et infantilisant (38). De plus, dans un article portant sur les TCA des adolescents et dans lequel est mentionné l'ON, il est démontré que l'alliance thérapeutique est centrale avec les parents (39).

Par conséquent, nous pensons qu'il est primordial pour le diététicien d'adopter une attitude de non-jugement et d'écoute envers son patient. L'alliance thérapeutique nous paraît essentielle pour que le patient se sente compris et respecté. La création d'un lien de confiance permet d'obtenir davantage de résultats dans la prise en charge diététique (40).

TCC

Les données provenant des *Résultats* se portent principalement sur l'exposition, la restructuration cognitive et les stratégies de changement de comportement.

Il a été prouvé que la TCC est un traitement efficace pour des patients adultes avec TCA, spécialement la BN, le *binge-eating disorder* (BED) et les *troubles des conduites alimentaires non spécifiés* du DSM-V (41). Le centre de recherche *Center For Discovery Eating Disorder Program*, situé dans le Connecticut aux Etats-Unis, propose une approche thérapeutique basée sur la TCC et le counseling nutritionnel (42). Selon leurs dires, la TCC permet aux individus de reconnaître leur pensées obsessionnelles malsaines, de les comprendre et d'apprendre à les modifier de manière positive (42). (traduction libre)

Dans le sens contraire, un article mentionne que l'ON semble apparaître plus fréquemment après le rétablissement d'un TCA (43). Elle pourrait être l'effet secondaire iatrogène du trouble alimentaire, provoquée par la TCC dans le traitement des TCA. Au travers de la thérapie, le patient apprend à mieux respecter son corps et conserve une certaine forme de contrôle, au travers de la qualité de son alimentation (43).

Nous pensons que la TCC est une méthode utile pour l'ON, puisqu'elle a montré ses preuves dans la prise en charge d'autres troubles. Les faits mentionnant la TCC comme déclencheur d'un TCA ne contredisent pas, selon nous, l'utilité de la TCC dans le cadre du traitement de l'ON.

7.2.3 Compétences des diététiciens en lien avec les résultats

De par leur formation, les diététiciens ont déjà des compétences dans la grande majorité des pistes de prise en charge proposées pour l'ON énumérées dans les *Résultats*. En effet, les diététiciens (30,36,37) :

- ont pour but d'aider leurs patients à retrouver une relation sereine alimentation ;
- ont acquis la capacité d'auto-évaluer leurs propres fonctionnements alimentaires ;
- sont formés à travailler en multidisciplinarité ;
- ont appris à individualiser leurs prises en charge en fonction de chaque patient ;
- intègrent l'environnement et l'entourage du patient dans leur pratique ;
- sont formés à l'importance de créer l'alliance thérapeutique dans la prise en charge d'un patient ;
- ont acquis des compétences en pédagogie ;
- ont appris à utiliser des outils d'éducation nutritionnelle ;
- sont les spécialistes de la nutrition, sont compétents pour effectuer l'évaluation nutritionnelle et repérer la dénutrition ;
- ont acquis des compétences en psychoéducation ;
- ont acquis des compétences en TCC (exemples : exposition et restructuration cognitive) ;
- peuvent adapter les traitements existants des TCA à la prise en charge de l'ON.

Parmi les résultats de ce travail, la relaxation et la méditation sont des pistes de prise en charge qui n'ont pas été mises en avant dans le cadre de la formation. Par ailleurs, les diététiciens ne sont pas spécialistes de la médication mais sont capables d'en tenir compte dans leur pratique. Sur ces constats, nous pouvons affirmer que les diététiciens sont compétents pour la prise en charge de l'ON.

7.3 Limites, biais et points forts du travail

7.3.1 Limites

Concernant les principales limites de notre travail, nous pouvons citer le nombre insuffisant d'articles présents dans la littérature ainsi que la faible qualité de ceux-ci. De plus, il aurait été pertinent d'effectuer plus d'entretiens dirigés auprès de diététiciens diplômés pour obtenir davantage d'informations. Les questions posées aux diététiciennes auraient pu être davantage ciblées sur la prise en charge diététique uniquement. Le temps à disposition nous

était également limité. Finalement, il aurait été intéressant d'effectuer des recherches sur les besoins des diététiciens de Suisse romande face à la prise en charge diététique de l'ON.

7.3.2 Biais

Le manque d'universalisation sur la définition et le diagnostic de l'ON est un biais principal de notre travail. Il est difficile de proposer des prises en charge pour un trouble non scientifiquement identifié. Le manque de validité et de fiabilité des instruments utilisés dans les études pour établir un diagnostic et une prévalence de l'ON sont également des biais. De plus, certaines hypothèses de traitement n'ont été évoquées que par très peu de références. Les auteurs des articles scientifiques se citent toujours entre eux. Concernant les interviews, deux des diététiciennes avaient également la formation de psychologue, ce qui a pu amener des pistes de prise en charge davantage axées sur la psychothérapie.

7.3.3 Points forts

Le principal point fort de ce travail est que l'ON est un sujet d'actualité, qui risque de prendre de plus en plus d'ampleur ces prochaines années. Le manque de données pour la prise en charge diététique de l'ON soutient la nécessité de proposer des pistes de prise en charge pour les diététiciens (cf. *But*). Notre travail permet d'apporter plus de connaissances aux diététiciens sur cette problématique, qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique. Les interviews sont pertinentes, car elles se basent sur l'expérience professionnelle de diététiciennes diplômées. La formation de psychologue des deux diététiciennes interrogées a été citée comme biais mais peut également être un point fort, puisque leurs compétences en psychologie ont pu amener des pistes de réflexion supplémentaires.

Par ailleurs, nous pouvons confirmer toutes nos hypothèses de départ. En effet, la prise en charge interdisciplinaire, la TCC et la thérapie par l'exposition ont été mentionnées à plusieurs reprises par différentes références. Finalement, la place des diététiciens dans la prise en charge de l'ON est maintes fois citée dans la littérature, sans description détaillée.

8 Perspectives

Ce travail nous a permis de constater l'absence de recommandations axées sur l'approche diététique de l'ON. En perspective de ce travail et sur la base des résultats obtenus, nous allons apporter des pistes de réflexion supplémentaires pour les diététiciens quant à la prise en charge d'un patient orthorexique.

8.1 Recommandations pour la pratique

Le diététicien fait partie intégrante de la prise en charge de l'ON (12,22,28,33). Selon le PSN, le diététicien doit formuler un diagnostic nutritionnel pour cibler son action auprès des patients. Concernant l'ON, le diagnostic figurant dans le TIDN qui pourrait être le plus adéquat selon nous serait le *Trouble des conduites alimentaires* (CE-1.5) (31).

Dans le but d'élargir leur champ de compétences pour la prise en charge de l'ON, nous proposons que les diététiciens suivent des formations complémentaires. Les possibilités de formations sont les suivantes :

- Le CAS¹⁰ en Stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique de Genève (44), pour que les diététiciens se sentent plus à l'aise avec les outils de la TCC, tels que l'exposition et la restructuration cognitive, qui semblent être utiles dans la prise en charge de l'ON (cf. *Résultats*),
- Le CAS en Interventions basées sur la Pleine Conscience (*Mindfulness Based Interventions*) à Genève (45), pour se former dans les domaines de l'approche sensorielle, de la relaxation et du lâcher-prise (cf. *Résultats*),
- Le CAS en Education thérapeutique du patient, à Genève (46), dans le but d'améliorer l'alliance thérapeutique (attitude professionnelle) et l'éducation nutritionnelle,
- Le CAS HES-SO en Psychiatrie, à Sion (47), pour acquérir des compétences en lien avec les aspects psychopathologiques (médication, connaissances des TCA et traitements des TCA), permettant ainsi une meilleure connaissance de l'ON (22).

Pour soutenir l'interdisciplinarité (cf. *Résultats*), nous pensons que des interventions pourraient être utiles au partage des différentes pratiques professionnelles. Les soignants (psychothérapeutes, psychologues, médecins, diététiciens, etc.) prenant en charge des

¹⁰ *Certificate of advanced studies*

patients orthorexiques pourraient se retrouver pour collaborer, s'entre-aider dans les différentes prises en charge conjointes. Dans l'attente de recommandations, un groupe de diététiciens experts pourrait être créé pour élaborer un consensus sur la prise en charge de l'ON.

Nous pensons que les professionnels de santé devraient être plus sensibilisés à la problématique de l'ON. Les diététiciens formés, en collaboration avec d'autres spécialistes, pourraient donner des cours au sujet de l'ON aux professionnels ainsi qu'aux étudiants en santé. De plus, l'impact de la formulation des messages de santé devrait être plus conscientisé (autant pour les grandes organisations publiques que pour les professionnels travaillant en privé).

8.2 Recommandations pour la recherche

L'ORTO-15, qui comporte de nombreux défauts méthodologiques (1,13), pourrait être remplacé dans les études futures par d'autres outils de dépistage, comme le TOS ou l'EHQ (8). Quand la définition et le diagnostic de l'ON seront universalisés et qu'un instrument de mesure sera validé, il sera plus aisé de faire des études sur la prise en charge de ce trouble (8,11,22). A partir de là, davantage d'études de meilleure qualité pourront être effectuées et il sera plus facile d'établir un protocole de prise en charge diététique. Nous pensons que la place des diététiciens est indispensable dans la recherche de ce trouble.

9 Conclusion

L'ON est une problématique récente, entraînant des conséquences néfastes pour la santé physique et psychique et qui nécessite des recherches plus nombreuses et plus poussées. Les études à ce sujet augmentent chaque année, ce qui laisse espérer qu'un consensus sur la définition et le diagnostic soit bientôt établi. Il est cependant surprenant de constater le manque de données concernant l'ON dans la littérature. Nous pensons qu'il est urgent qu'une définition et un diagnostic soient instaurés, pour permettre à l'ON d'être reconnue comme une maladie auprès des professionnels et des patients. Nous pensons que le travail en pluridisciplinarité est essentiel pour traiter les multiples aspects de l'ON, comme les croyances en lien avec l'alimentation, les complications médicales, l'obsession et l'anxiété. Dans l'attente de consensus, il nous paraît indispensable que les professionnels collaborent par exemple au travers d'intervisions ou de colloques.

Les résultats de ce travail suggèrent que la multidisciplinarité, une attitude professionnelle adéquate spécifique à l'ON et la TCC sont les pistes de prise en charge les plus convaincantes. Avec du recul et dans l'état actuel des données, il est délicat de proposer des clés de prise en charge pour les diététiciens. Néanmoins, ce travail a permis le recensement des connaissances actuelles de l'ON afin d'améliorer la pratique professionnelle diététique. Le diététicien tient une place significative dans la prise en charge et possède déjà de nombreuses compétences utiles au suivi d'un patient orthorexique : évaluation nutritionnelle, écoute et respect des croyances du patient, éducation nutritionnelle, etc. Des formations complémentaires, comme celles proposées dans les *Perspectives*, pourraient permettre aux diététiciens de se perfectionner, de mieux comprendre l'ON et d'améliorer leur prise en charge.

Nos recherches nous ont confrontées à nos propres comportements alimentaires et nous ont sensibilisées à l'importance de transmettre des messages nutritionnels adaptés en fonction du public. Nous espérons que notre travail novateur sera utile pour de futures recherches.

10 Remerciements

Nous tenons à remercier :

- notre directrice de Travail de Bachelor Madame Aline Robert Cornide, pour son soutien et ses suggestions durant la supervision de notre travail,
- les différentes diététiciennes interviewées, pour leur disponibilité et leurs idées,
- les enseignants et intervenants à la HedS pour leurs conseils,
- nos proches pour leur soutien tout au long de ce travail ainsi que leur relecture de ce dernier.

11 Références bibliographiques

1. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E-C. Orthorexia nervosa: an integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2015;10(1):1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>
2. Fischler C, Pardo V. Les alimentations particulières: mangerons-nous encore ensemble demain ? Paris: O.Jacob; 2013.
3. Olejniczak D, Bugajec D, Panczyk M, Brytek-Matera A, Religioni U, Czerw A, et al. Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:543-550. doi:10.2147/NDT.S129660
4. Société Suisse de Nutrition. Pyramide alimentaire [En ligne]. 2015 [consulté le 10 juin 2019]. Disponible: <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/equilibre-alimentaire/pyramide-alimentaire-suisse/>
5. Société Suisse de Nutrition. Assiette optimale - alimentation équilibrée [En ligne]. 2015 [consulté le 10 juin 2019]. Disponible: <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/equilibre-alimentaire/assiette-optimale/>
6. British Nutrition Foundation. A healthy, balanced diet [En ligne]. 2018 [consulté le 10 juin 2019]. Disponible : <https://www.nutrition.org.uk/healthyliving/healthydiet/healthybalanceddiet.html>
7. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia Nervosa: a Review of the Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(12):980-988.
8. McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: a review of psychosocial risk factors. *Appetite*. 2019;140:50-75.
9. Depa J, Schweizer J, Bekers S-K, Hilzendegen C, Stroebele-Benschop N. Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2017;22(1):193-199.
10. Bratman S. Orthorexia [En ligne]. [consulté le 18 mars 2019]. Disponible: <https://www.orthorexia.com/>
11. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2019;24(2):209-246.
12. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatry Psychother*. 2012;1:55-60
13. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav*. 2016;21:11-17.
14. Nyman H. [A direct question: is orthorexia a correct word for a wrong concept?]. *Lakartidningen*. 2002;99(5):423-4.
15. LinkedIn. Steven Bratman, MD, MPH [En ligne]. [consulté le 1^{er} juin 2019]. Disponible: <https://www.linkedin.com/in/steven-bratman-md-mph-3425b744/>

16. Bratman S, Knight D. *Health Food Junkies : Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Books; 2000.
17. Pousaz L. Trouble : attention à l'obsession du bien manger. *Le Matin* [en ligne]. 2017, 24 mai [consulté le 28 juin 2019]. Disponible: <https://www.lematin.ch/bien-manger/attention-obsession-manger/story/28076816>
18. Ryman FVM, Cesuroglu T, Bood ZM and Syurina EV. Orthorexia Nervosa: disorder or Not? Opinions of Dutch Health Professionals. *Front. Psychol.* 2019;10:555. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00555
19. Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Fernández-Muñoz JJ, Fernández-Martínez E. Adaptation and validation of the Spanish version of the DOS questionnaire for the detection of orthorexic nervosa behavior. *PLOS ONE.* 2019;14(5):e0216583.
20. Oberle CD, Samaghabadi RO, Hughes EM. Orthorexia nervosa: assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite.* 2017;108:303-310.
21. Charbonnier-Voirin A. L'influence des traits de personnalité sur les composantes de la performance adaptative des salariés. *Rev Gest Ressour Hum.* 2013;88(2):17.
22. Koven N, Abry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;385.
23. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal "Orthorexia Nervosa" and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics.* 2015;56(4):397-403.
24. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5)*. Paris: Elsevier Masson; 2015.
25. International OCD Foundation. *Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCPD)* [En ligne]. 2010 [consulté le 5 juillet 2019]. Disponible: <https://iocdf.org/wp-content/uploads/2014/10/OCPD-Fact-Sheet.pdf>
26. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management: nutrition intervention and eating disorders. *J Hum Nutr Diet.* 2011;24(2):144-153.
27. Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry.* 2009;8(3):150-155.
28. Bartrina JA. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos latinoamericanos de nutrición.* 2007;57(4):313-315.
29. Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, et al. Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(12):2003-2014.
30. Haute école spécialisée de Suisse occidentale. *Bachelor - Nutrition et diététique* [En ligne]. [consulté le 9 juillet 2019]. Disponible: <https://www.hes-so.ch/fr/bachelor-nutrition-dietetique-530.html>

31. Academy of Nutrition and Dietetics. Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN): terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. Québec: Presse de l'Université Laval; 2013.
32. Torre GL, Backhaus I, Alice M. Rating for narrative reviews: concept and development of the International Narrative Systematic Assessment tool. 2015; 2(1):31-35.
33. McGregor R. Orthorexie: Quand manger sain devient obsessionnel. Malakoff: Dunod Editeur; 2018.
34. International Confederation of Dietetic Associations. [En ligne]. 2019 [consulté le 9 juillet 2019]. Disponible: <https://www.internationaldietetics.org/>
35. International Confederation of Dietetic Associations. Final Report of the International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) Evidence-based Practice Working Group [En ligne]. 2010 [consulté le 9 juillet 2019]. Disponible: <http://www.internationaldietetics.org/Downloads/ICDA-Report-Evidence-based-Dietetics-Practice-2010.aspx>
36. Haute école spécialisée de Suisse occidentale. Annexe I Projet Compétences finales professions de la santé HES [En ligne]. [consulté le 10 juillet 2019]. Disponible: <https://www.hes-so.ch/data/documents/projet-competences-finales-professions-sante-HES-annexe-718.pdf>
37. International Confederation of Dietetic Associations. International Competency Standards for Dietitian-Nutritionists [En ligne]. 2016 [consulté le 10 juillet 2019]. Disponible: <https://www.internationaldietetics.org/Downloads/International-Competency-Standards-for-Dietitian-N.aspx>
38. Fondras J-C. La médecine dans la cuisine : de la diététique à l'éthique. *Éthique Santé*. 2009;6(2):86-91.
39. De Tournemire R. L'adolescent qui mange peu : quand orienter vers le spécialiste ? *Perfect En Pédiatrie*. 2018;1(2):136-142.
40. Ross EC, Polaschek DLL, Ward T. The therapeutic alliance: a theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggress Violent Behav*. 2008;13(6):462-480.
41. De Jong M, School M, Hoek HW. Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(6):436-444.
42. Center For Discovery. Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Treatment [En ligne]. [consulté le 11 juillet 2019]. Disponible: <http://www.centerfordiscoveryconnecticut.com/treatment-programs/eating-disorders/orthorexia-nervosa-treatment/>
43. Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A, et al. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2015;20(2):161-166.
44. Université de Genève. CAS - Stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique [En ligne]. Genève. 2018 [consulté le 14 juillet 2019]. Disponible: <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-strategies-cognitives-et-comportementales-de-la-relation-therapeutique-2019>

45. Haute école de santé de Genève. CAS en Interventions basées sur la Pleine Conscience (Mindfulness Based Interventions) [En ligne]. Genève. [consulté le 14 juillet 2019]. Disponible: <https://www.hesge.ch/heds/formation-continue/formations-postgrades/certificats-cas/cas-en-interventions-basees-pleine-1>
46. Université de Genève. CAS - Éducation thérapeutique du patient [En ligne]. 2018 [consulté le 14 juillet 2019]. Disponible: <https://www.unige.ch/formcont/cours/cefep>
47. Haute Ecole de Santé Valais-Wallis. Formation continue CAS en Psychiatrie [En ligne]. 2014 [consulté le 14 juillet 2019]. Disponible: <http://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-formations/formation-continue/cas/cas-en-psychiatrie-1716>
48. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord.* 2005;10(2):e28-e32.

12 Annexes

Annexe I Test de Bratman

Annexe II ORTO-15

Annexe III Critères diagnostiques de l'orthorexie

Annexe IV Critères diagnostiques des troubles mentaux

Annexe V Analyse de la qualité des articles

Annexe VI Protocole du Travail de Bachelor

12.1 Annexe I – Test de Bratman

Le test de Bratman est tiré du livre *Health Food Junkies* (16).

- Do you spend more than three hours a day thinking about healthy food ? (For four hours, give yourself two points.)
- Do you plan tomorrow's food today ?
- Do you care more about the virtue of what you eat than the pleasure you receive from eating it ?
- Have you found that as the quality of your diet has increased, the quality of your life has correspondingly diminished ?
- Do you keep getting stricter with yourself ?
- Do you sacrifice experiences you once enjoyed to eat the food you believe is right ?
- Do you feel an increased sense of self-esteem when you are eating healthy food ? Do you look down on others who don't ?
- Do you feel guilt or self-loathing when you stray from your diet ?
- Does your diet socially isolate you ?
- When you are eating the way you are supposed to, do you feel a peaceful sense of total control ?

12.2 Annexe II – ORTO-15

Le présent questionnaire est tiré de l'article *Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire* (49).

ORTO-15				
	Always	Often	Sometimes	Never
1) When eating, do you pay attention to the calories of the food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) When you go in a food shop do you feel confused?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) In the last 3 months, did the thought of food worry you?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Are your eating choices conditioned by your worry about your health status?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Is the taste of food more important than the quality when you evaluate food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Are you willing to spend more money to have healthier food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Does the thought about food worry you for more than three hours a day?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Do you allow yourself any eating transgressions ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Do you think your mood affects your eating behavior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Do you think that the conviction to eat only healthy food increases self-esteem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Do you think that eating healthy food changes your life-style (frequency of eating out, friends, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Do you think that consuming healthy food may improve your appearance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Do you feel guilty when transgressing ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Do you think that on the market there is also unhealthy food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) At present, are you alone when having meals?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SCORING GRID FOR ORTO-15 TEST RESPONSES				
ITEMS	RESPONSES			
	Always	Often	Sometimes	Never
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

	Study Sample		Validation Sample	
	Positive	Negative	Positive	Negative
<i>Threshold Value Orto-15: <35</i>				
Orthorexic	5	22	0	3
Normal eating behavior and pathological MMPI	5	57	2	25
Pathological eating behavior and normal MMPI	11	53	4	32
Normal eating behavior and normal MMPI	14	226	3	50
<i>Threshold Value Orto-15: <40</i>				
Orthorexic	15	12	3	0
Normal eating behavior and pathological MMPI	15	47	8	19
Pathological eating behavior and normal MMPI	30	34	11	25
Normal eating behavior and normal MMPI	58	182	14	39
<i>Threshold Value Orto-15: <45</i>				
Orthorexic	23	4		
Normal eating behavior and pathological MMPI	44	18		
Pathological eating behavior and normal MMPI	58	6		
Normal eating behavior and normal MMPI	164	76		
Note: 11 subjects of the study sample did not complete the ORTO-15 test				

12.3 Annexe III – Critères diagnostiques de l'orthorexie

Ces éléments sont tirés tels quels de la revue sur l'ON de 2018 (16).

Setnick (2013)

Criterion A : pathological preoccupation with nutrition and diet far beyond that which is necessary for health, and undue influence of diet on self-evaluation, evidenced by characteristics such as

1. Phobic avoidance of or response to foods perceived to be unhealthy, such as refusal to be in proximity to such food or experiencing panic while watching others eat the food
2. Severe emotional distress or self-harm after eating a food considered unhealthy
3. Persistent failure to meet appropriate nutritional needs leading to nutritional deficit and/or psychological dependence on individual nutrient supplements in place of food intake due to the belief that synthetic nutrients are superior to those found in food or that food is contaminated (except in cases where food is known to be contaminated)
4. Following a restrictive diet prescribed for a medical condition that the individual does not have, or to prevent illness not known to be influenced by diet
5. Insisting on the health benefits of the diet in the face of evidence to the contrary
6. Marked interference with social functioning or activities of daily living, such as isolation when eating, avoidance of social functions where food is served, or neglect of work, school or family responsibilities due to food-related activities

Criterion B : not the result of a lack of available food or a culturally sanctioned practice

Criterion C : the individual endorses a drive for health or life extension rather than a drive for thinness

Criterion D : the eating disturbance is not attributable to a medical condition or another mental disorder such as anorexia nervosa, bulimia nervosa or obsessive–compulsive disorder

Moroze et al. (2014)

Criterion A : obsessional preoccupation with eating “healthy foods,” focusing on concerns regarding the quality and composition of meals. (Two or more of the following.)

- A. Consuming a nutritionally unbalanced diet due to preoccupying beliefs about food “purity.”

- B. Preoccupation and worries about eating impure or unhealthy foods, and on the impact of food quality and composition on physical and/or emotional health
- C. Rigid avoidance of foods believed by the patient to be “unhealthy,” which may include foods containing any fat, preservatives, food-additives, animal products, or other ingredients considered by the subject to be unhealthy
- D. For individuals who are not food professionals, excessive amounts of time (e.g. three or more hours per day) spent reading about, acquiring and/or preparing specific types of foods based on their perceived quality and composition
- E. Guilty feelings and worries after transgressions in which “unhealthy” or “impure” foods are consumed
- F. Intolerance of others food beliefs
- G. Spending excessive amounts of money relative to one’s income on foods because of their perceived quality and composition

Criterion B : The obsessional preoccupation becomes impairing by either of the following :

- A. Impairment of physical health due to nutritional imbalances, e.g. developing malnutrition due to unbalanced diet
- B. Severe distress or impairment of, social, academic or vocational functioning due to obsessional thoughts and behaviors focusing on patient’s beliefs about “healthy” eating

Criterion C : The disturbance is not merely an exacerbation of the symptoms of another disorder, such as obsessive compulsive disorder, or of schizophrenia or another psychotic disorder

Criterion D : The behavior is not better accounted for by the exclusive observation of organized orthodox religious food observance, or when concerns with specialized food requirements are in relation to professionally diagnosed food allergies or medical conditions requiring a specific diet

Barthels et al. (2015)

Criterion A : enduring and intensive preoccupation with healthy nutrition, healthy foods and healthy eating

Criterion B : pronounced anxieties for as well as extensive avoidance of foods considered unhealthy according to subjective beliefs

Criterion C

C1. At least two overvalued ideas concerning the effectiveness and potential health benefits of foods

AND/OR

C2. Ritualized preoccupation with buying, preparing and consuming foods, which is not due to culinary reasons but stems from overvalued ideas. Deviation or impossibility to adhere to nutrition rules causes intensive fears, which can be avoided by a rigid adherence to the rules

Criterion D

D1. The fixation on healthy eating causes suffering or impairments of clinical relevance in social, occupational or other important areas of life and/or negatively affects children (e.g. feeding children in an age-inappropriate way)

AND/OR

D2. Deficiency syndrome due to disordered eating behavior. Insight into the illness is not necessary, in some cases the lack of insight might be an indicator for the severity of the disorder

Criterion E: Intended weight loss and underweight may be present, but worries about weight and shape should not dominate the syndrome

For diagnosing orthorexia, criteria A, B, C, and E must be clearly fulfilled. Criterion D should be fulfilled at least partially. If criterion E is not clearly fulfilled, diagnosing atypical anorexia nervosa is recommended

Dunn et Bratman (2016)

Criterion A : obsessive focus on “healthy” eating, as defined by a dietary theory or set of beliefs whose specific details may vary; marked by exaggerated emotional distress in relationship to food choices perceived as unhealthy; weight loss may ensue as a result of dietary choices, but this is not the primary goal. As evidenced by the following :

A1. Compulsive behavior and/or mental preoccupation regarding affirmative and restrictive dietary practices believed by the individual to promote optimum health

A2. Violation of self-imposed dietary rules causing exaggerated fear of disease, sense of personal impurity and/or negative physical sensations, accompanied by anxiety and shame

A3. Dietary restrictions escalate over time, up till removing entire food groups, and involve progressively more frequent and/or severe “cleanses” (partial fasts) regarded as purifying or detoxifying. This escalation commonly leads to weight loss, but the desire to lose weight is absent, hidden or subordinated to ideation about healthy eating

Criterion B : the compulsive behavior and mental preoccupation becomes clinically impairing by any of the following :

B1. Malnutrition, severe weight loss or other medical complications from restricted diet

B2. Intrapersonal distress or impairment of social, academic or vocational functioning secondary to beliefs or behaviors about healthy diet

B3. Positive body image, self-worth, identity and/or satisfaction excessively dependent on compliance with self-defined “healthy” eating behavior

12.4 Annexe IV – Critères diagnostiques des troubles mentaux

Les critères sont tirés tels quels du DSM-V (24).

Anorexie mentale

- 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 minimal 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.

Note de codage : Le code CIM-9-MC pour l'anorexie mentale est **307.1**, quel que soit le sous-type. Le code CIM-10-MC dépend du sous-type (voir ci-dessous).

Spécifier le type :

(F50.01) Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

(F50.02) Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Spécifier si:

En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.

En rémission complète : Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle:

Le seuil de sévérité, chez les adultes, est établi à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) actuel (voir ci-dessous) ou, pour les enfants et les adolescents, à partir du percentile de l'IMC. Les degrés ci-dessous sont dérivés des catégories de maigreur de l'OMS pour les adultes ; pour les enfants et les adolescents, il faut utiliser les percentiles de l'IMC. Le degré de sévérité peut être majoré afin de refléter les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de prise en charge.

Léger : IMC ≥ 17 kg/m²

Moyen : IMC 16-16.99 kg/m²

Grave : IMC 15-15.99 kg/m²

Extrême : IMC < 15 kg/m²

Boulimie - 307.51 (F50.2)

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (*binge-eating*). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).

Spécifier si:

En rémission partielle : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.

En rémission complète : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle:

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

Légère : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Moyenne : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Grave : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Extrême : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments - 307.59 (F50.8)

- A. Un trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments (p. ex. manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ; évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ; préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés, associé à un (ou plusieurs) des éléments suivants :
1. Perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, ou fléchissement de la courbe de croissance chez l'enfant).
 2. Déficit nutritionnel significatif.
 3. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux.
 4. Altération nette du fonctionnement psychosocial.
- B. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.
- C. Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (*anorexia nervosa*), d'une boulimie (*bulimia nervosa*), et il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).
- D. Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation

survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.

Spécifier si:

En rémission : A répondu aux critères de la restriction ou de l'évitement de l'ingestion d'aliments par le passé mais n'y répond plus depuis une période prolongée.

Trouble obsessionnel-compulsif - 300.3 (F42)

A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :

Obsessions définies par (1) et (2) :

1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion).

Compulsions définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

N.B. : Les jeunes enfants peuvent être incapables de formuler les buts de ces comportements ou de ces actes mentaux.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. des soucis excessifs dans l'anxiété généralisée, une préoccupation avec l'apparence dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou à se séparer de possessions dans la thésaurisation pathologique (syllogomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excorations dans la dermatillomanie [trituration pathologique de la peau] des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec des substances ou le jeu de l'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation par le fait d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme).

Spécifier si:

Avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou *insight* : La personne reconnaît que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif ne correspondent certainement ou probablement pas à la réalité ou qu'elles pourraient être vraies ou fausses.

Avec mauvaise prise de conscience ou *insight* : La personne pense que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif correspondent probablement à la réalité.

Avec absence de prise de conscience ou *insight*/avec présence de croyances délirantes : Le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif sont vraies.

Spécifier si:

En relation avec des tics : présence de tics actuellement ou dans les antécédents du sujet.

Personnalité obsessionnelle-compulsive - 301.4 (F60.5)

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue.
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex. incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies).
3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).
4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).
5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.
7. Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue des catastrophes futures.
8. Se montre rigide et têtu.

12.5 Annexe V – Analyse de la qualité des articles

Le tableau ci-dessous provient de l'article *Rating for narrative reviews: concept and development of the International Narrative Systematic Assessment tool* (32).

Table 1. Criteria for assessing scientific quality of research narrative reviews (INSA) International Narrative Systematic Assessment tool.

Background of the study clearly explained / state of the art
Objective is clear ^a
Description/Motivation of selection of studies ^a
Description of study the characteristics included is clear ^b
Presentation of results (paragraphs, tables, synthesizing of data)
Conclusion is clear
Conflict of interest is stated (if existing and if no statement bad) ^b

^aOxman AD et al. ^b Shea BJ et al.

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 LITTERATURE¹

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 :

¹ Traduction 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)

examinées et des termes de recherche utilisés ?	
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/combinés ?	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 (+)

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 (⊖).

12.6 Annexe VI – Protocole du Travail de Bachelor



Protocole de Travail de Bachelor

« Etat des connaissances de l'orthorexie et propositions de prise en charge diététique »

Fanny Aeschlimann & Intisar Osman
Genève, décembre 2018

Directrice de TBSc: Aline Robert

Table des matières

1. RÉSUMÉ	3
2. INTRODUCTION : JUSTIFICATION DU THÈME ET BUT	4
2.1 HISTORIQUE ET DÉFINITIONS.....	4
2.2 JUSTIFICATION DU THÈME	4
2.3 QUESTION DE RECHERCHE	5
3. MÉTHODE	5
3.1 BUT	5
3.2 PREMIÈRE PARTIE	5
3.3 DEUXIÈME PARTIE	5
3.4 SYNTHÈSE DES DEUX PARTIES	6
3.5 ÉBAUCHE DES POINTS QUI SERONT ABORDÉS DANS LE TRAVAIL	6
3.6 SÉLECTION DES ARTICLES	6
3.7 DESIGN (JUSTIFICATION ET RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE)	6
3.8 CRITÈRES POUR LA SÉLECTION DES ARTICLES ET STRATÉGIE DE RECHERCHE	6
3.9 EXTRACTION DES DONNÉES	7
4. CALENDRIER PRÉVU	8
5. BÉNÉFICES ET RISQUES	9
6. BUDGET ET RESSOURCES	9
7. PERSPECTIVES	9
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	10

1. Résumé

L'orthorexie est un terme inventé par le Dr. Steven Bratman en 1996. Cependant, à ce jour, il n'existe pas de définition universelle. Une revue de littérature a regroupé les différentes définitions existantes. Elle a décrit l'orthorexie comme étant une préoccupation excessive concernant l'alimentation saine, qui a comme conséquence une attention continuellement portée sur la nourriture. Cette attention évolue en une obsession et en un comportement stéréotypé.

Au vu de sa description récente, le sujet est en pleine recherche. Les outils diagnostics existants comportent de nombreux biais. Il existerait des liens entre l'orthorexie, les TCA, les TOC et le sport. De plus, les conséquences de l'orthorexie ainsi que sa prise en charge ne sont pas encore clairement définies. Par ailleurs, l'orthorexie n'est pas référencée dans le DSM-V ni dans le CIM-10. Par conséquent, un groupe de chercheurs a été fondé dans le but d'établir des critères universels pour l'orthorexie (comme par exemple la pose d'un diagnostic ou une définition).

Notre question de recherche serait donc « État des connaissances actuelles de l'orthorexie et propositions de prise en charge diététique ». Le but de ce travail sera d'exposer l'état des connaissances actuelles portées sur l'orthorexie pour déboucher sur des propositions de prises en charge diététique.

La méthodologie de ce travail de Bachelor comprendra trois parties : 1) l'état des connaissances actuelles sur l'orthorexie, 2) interview de professionnels ayant rencontré des patients à comportement orthorexique et 3) synthèse des deux premières parties et propositions de prise en charge diététique. Le travail sera plutôt de type narratif. Une revue de littérature a été publiée en 2018 et sera une de nos références de base. Les articles publiés ultérieurement seront analysés. Ceux parus antérieurement et non mentionnés dans la revue seront analysés avec un regard axé sur la prise en charge de l'orthorexie. La sélection des articles se fera en binôme de manière égale, sur la base d'articles référencés dans les bases de recherche ainsi que sur de la littérature grise.

Comme la question de recherche n'est pas basée sur le modèle "PICO", la sélection des articles ne se fera pas en fonction d'une certaine population ni d'une exposition/intervention. Cette méthode permettra d'obtenir plus de résultats dans la recherche.

Aucune grille d'analyse n'a encore été sélectionnée. Néanmoins, celle de la revue de 2018 pourra être une source d'inspiration. Le questionnaire élaboré pour les interviews sera composé de 4 à 5 questions et devra être validé par la tutrice du travail de bachelor ainsi que la responsable du module.

Comme il s'agit d'une revue de littérature, la question des bénéfices et des risques ne se pose pas.

Le budget de ce travail regroupe les coûts d'impression des articles ainsi que pour le travail de bachelor final. De nombreuses personnes spécialisées seront sollicitées pour l'élaboration de ce travail mais aucune rémunération n'est prévue.

Dans l'idéal, ce travail de bachelor pourra amener plus de connaissances aux diététicien(ne)s au sujet de l'orthorexie, sensibiliser aux problématiques multiples de ce « trouble » du comportement alimentaire et pourra aboutir à des propositions de prises en charge afin d'améliorer la pratique professionnelle diététique.

2. Introduction : justification du thème et but

2.1 Historique et définitions

Terme inventé en 1996 par Steven Bratman, un médecin américain, l'orthorexie est décrite comme une constante préoccupation pour l'alimentation saine, un comportement obsessionnel et extrême de manger sainement (1;2). La première étude publiée sur PubMed (*[A direct question: Is orthorexia a correct word for a wrong concept?]*) (2) est suédoise et date de 2002. Malgré la publication de plusieurs études à compter de ce moment-là, il n'existe toujours pas de définition universelle concernant l'orthorexie (3). Le terme vient du grec « orthos » (qui signifie "juste, correct") et "orexie" qui signifie « appétit ». Initialement, Bratman avait inventé ce terme pour plaisanter, lorsqu'il rencontrait des patients obsédés par leur régime alimentaire. Avec le temps, il en a conclu qu'il était possible de développer une « obsession malsaine » pour la « nourriture saine » et que l'orthorexie était un réel trouble du comportement alimentaire.

Une revue narrative a été publiée en octobre 2018, afin de regrouper les différentes définitions et diagnostics existants de l'orthorexie. Quatre termes complémentaires reviennent souvent dans les définitions : *obsession*, *fixation*, *souci* ainsi que *préoccupation*. L'*obsession* est une pensée persistante et obsessive, la *fixation* un comportement stéréotypé relié à une préoccupation obsessionnelle et malsaine. Le *souci* (« concern » en anglais) est un état d'intérêt, d'incertitude et d'appréhension, alors que la *préoccupation* est définie comme un souci excessif, un état dans lequel quelqu'un donne toute son attention à quelque chose. Ces termes ont tous été utilisés pour décrire l'orthorexie : un souci pour un régime alimentaire sain, qui fait que l'attention est complètement dirigée sur la nourriture (préoccupation), qui évolue en une obsession et un comportement stéréotypé (fixation). (4;5) Il est cependant difficile de poser les limites entre adopter un régime alimentaire sain pour prévenir les maladies et développer des croyances, attitudes et comportements alimentaires avec des conséquences négatives sur la santé (3).

2.2 Justification du thème

Comme l'orthorexie n'a été décrite que très récemment, le sujet est en pleine recherche. Selon Bratman, l'orthorexie est reliée à l'aspect idéaliste et spirituel ainsi qu'à l'identité de l'individu, ce qui fait de ce trouble alimentaire un problème essentiellement psychologique (1). Bien que Bratman soit persuadé qu'elle est un trouble du comportement alimentaire (TCA) tout comme l'anorexie mentale (1), l'orthorexie n'est pas référencée dans le DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), ni dans le CIM-10 (Classification internationale des maladies) (3).

Les experts n'ont pas encore trouvé de consensus: l'orthorexie est-elle un trouble distinct, une variante d'un TCA (Trouble du Comportement Alimentaire), un trouble obsessionnel du comportement (TOC) ou une habitude alimentaire perturbée ? (6) En effet, il n'existe pas encore de diagnostic officiel (2). Les outils diagnostics existants, le Bratman Orthorexia Test et l'ORTO-15 sont les plus utilisés mais comportent un certain nombre de défauts d'ordre méthodologique (4; 6).

Par conséquent, l'orthorexie soulève plusieurs incertitudes: la définition, le diagnostic, les individus à risque, les liens avec d'autres TCA, les conséquences pour la santé... Afin d'avancer dans la recherche de l'orthorexie, l'Orthorexia Nervosa Task Force (ON-TF) a été créé. L'ON-TF est un groupe de chercheurs internationaux fondé en 2016, avec entre autres pour objectifs de composer une définition et des critères diagnostics officiels de l'orthorexie, d'en décrire les facteurs de risques, les comorbidités et de questionner plus précisément la place de l'orthorexie dans le DSM-V (3).

Dans l'attente d'une universalisation d'un diagnostic et d'une définition de l'orthorexie, il se peut que les diététicien(ne)s viennent à rencontrer des patients pouvant tendre à ce type de comportement alimentaire. De ce fait, il serait judicieux de définir leur rôle dans la prise en charge de ces patients. Cependant, peu de données claires sont trouvables dans la littérature (8).

Par ailleurs, comme les diététicien(ne)s jouent un rôle dans la promotion de la santé, il serait pertinent de les guider dans leurs conseils alimentaires et les sensibiliser à la vulnérabilité de certains patients.

2.3 Question de recherche

Puisque plusieurs études ont été faites sur le diagnostic et la définition de l'orthorexie, le but final de ce travail de Bachelor serait de pouvoir proposer des pistes de prise en charge diététique de l'orthorexie. Par conséquent, la question de recherche de ce travail serait « Etat des connaissances de l'orthorexie et propositions de prise en charge diététique ». Elle ne serait pas fondée sur le modèle « PICO » (Population, Intervention, Comparaison, Outcome). En effet, comme il n'existe pas encore assez de littérature pour poser une question plus précise, la recherche ne se portera pas sur une population définie, aucune intervention/exposition ne sera évaluée et il n'y aura pas de comparaison. Ce travail de Bachelor sera donc plutôt une revue narrative.

3. Méthode

3.1 But

Le but de ce travail est d'exposer l'état des connaissances actuelles portées sur l'orthorexie pour déboucher sur des propositions de prises en charge diététique. L'orthorexie semble être un sujet peu connu par les diététicien(ne)s, c'est pourquoi il serait pertinent d'exposer le résultat des recherches faites jusqu'à ce jour. De plus, comme il est fort probable que les diététicien(ne)s rencontrent des patients qui pourraient tendre à être orthorexiques, proposer des prises en charge pourrait faire évoluer la pratique de la profession.

3.2 Première partie

Une première partie du travail consistera à exposer l'état des lieux de l'orthorexie, qui inclura l'historique, l'origine, les définitions existantes de l'orthorexie ainsi que son dépistage. De plus, il paraît important d'aborder les différents liens existants avec l'anorexie, la boulimie ou les troubles obsessionnels compulsifs, au vu des similitudes qui existent entre ces troubles. Les conséquences de l'orthorexie sur la santé seront aussi des points à évoquer. Comme mentionné dans la revue *Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome* (9), la notion de sport dans la problématique de l'orthorexie pourrait être ajoutée à celle liée à l'alimentation.

3.3 Deuxième partie

La deuxième partie sera basée sur des interviews de professionnels ayant comme spécialité, les TCA et rencontrant probablement des patients à comportement orthorexique. L'idée serait de les questionner sur les éléments qu'ils identifient et leur approche thérapeutique pour la prise en charge de ce comportement..

Une première recherche avec le MeSH term (*Orthorexi**) a donné les résultats suivants:

- Pubmed: 113 articles
- Cinhal, après exclusion des articles figurant déjà sur Pubmed: 35 articles
- Cochrane: 1 article
- Google scholar: 4 articles

Avec les MeSH terms (*Orthorexi**) AND (*Treatment*):

- Google scholar: 1

Comme la revue narrative de 2018 (3) regroupe les informations importantes d'un grand nombre d'articles, il ne serait pas nécessaire de se pencher plus précisément sur ceux-ci. Néanmoins, les revues de littérature (10; 11 ;12) ne mentionnent que très peu (voire pas du tout) de données sur la prise en charge de l'orthorexie. C'est pourquoi les articles mentionnés dans les revues seront tout de même analysés avec une recherche axée sur la prise en charge, et peut-être inclus dans le travail. Par ailleurs, les articles publiés après la revue de 2018 seront évalués et sélectionnés selon leur pertinence.

Comme la question de recherche n'est pas basée sur le modèle « PICO », la sélection des articles ne se fera pas en fonction d'une certaine population ou d'une exposition/intervention. A priori, une population définie ne sera pas un critère de recherche, afin de trouver suffisamment d'articles pertinents.

3.9 Extraction des données

A ce jour, une grille d'analyse pour la sélection des articles n'a pas encore été choisie. Néanmoins, si une grille d'analyse est utilisée, elle pourrait être inspirée de celle de la revue *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature* (3) :

Table 1 Studies on orthorexia nervosa: reviews, letters, commentaries, editorials, case reports

Author, year	Country population No., sex, age, BMI/type of study	Sample characteristics	Definition of ON	Diagnostic criteria	Test for ON	Other tests	Results/conclusions
Barthels et al. 2015	Review (not systematic)		Persistent fixation on healthy nutrition and avoidance of food considered unhealthy in fear of developing an illness				It is obvious that ON belongs to the group of eating disorders but its independency as a mental disorder of clinical relevance and its differentiation from anorexia nervosa are not yet clear
Bratman 2017	Editorial		Obsession with eating the right foods				It remains to be discovered whether there proves to be a clinical utility to defining a distinct ED-labeled orthorexia, or whether such a distinction becomes moot in light of subsequent evolution of existing EDs
Brytek-Matera et al. 2016	Erratum (orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students)						Female students with ON analysis showed that low body area satisfaction, high fitness orientation, high overweight preoccupation and high appearance orientation were independent predictors of greater fixation on eating healthy food. A strong preoccupation with healthy and proper food was associated with an unhealthy body-self relationship among Polish female student with orthorexia nervosa
Brytek-Matera 2012	Review (not systematic)		Obsession for healthy nutrition leading to dietary restrictions and to a variety of negative psychological and social outcomes		ORTO-15		Since orthorexia involves disturbance of eating habits, it ought to be treated as a disorder concerning abnormal eating behavior inseparably linked with obsessive-compulsive symptoms

Cette grille pourrait être une inspiration pour analyser les articles au sujet de la prise en charge de l'orthorexie ainsi que pour extraire les données importantes des articles publiés après la revue de 2018.

Le questionnaire qui sera élaboré pour les interviews sera composé de 4 à 5 questions et devra être validé par notre tutrice et la responsable du module avant son utilisation sur le terrain. A priori, il sera de type qualitatif. De plus, il est prévu d'enregistrer les professionnels lors des entretiens ainsi que de retranscrire leurs discours.

4. Calendrier prévu

	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
Restitution du protocole du TBsc	21.12.18 au plus tard									
Préparation du séminaire du TBsc										
Séminaire du TBsc		08.01.19								
Cadre de référence										
Recherche et sélection des articles + questionnaire interview à préparer										
Lecture et analyse qualité des articles, confirmation des professionnels à interviewer										
Interview auprès des professionnels										
Extraction des données, transcription des interviews et discussion										
Finalisation, impression										
Rendu du TBsc écrit								29.07.19 au plus tard		
Préparation à la soutenance										
Soutenance									?	?

5. Bénéfices et risques

Comme il s'agit d'une revue narrative, la discussion des bénéfices et les risques ne s'applique pas.

6. Budget et ressources

Le budget de ce travail de Bachelor regroupe tout d'abord les coûts éventuels pour l'obtention de certains articles. A cela s'ajoutent les coûts d'impression des études et du travail de Bachelor final (avec reliures). La Haute école de santé de Genève prend en charge les frais de dix articles scientifiques par personne, soit un total de vingt articles par binôme.

Les ressources à disposition sont variées. Pour trouver les études utiles à notre travail, nous utiliserons essentiellement les bases de recherche de PubMed, Cochrane, CINAHL et Google Scholar. Autres que les articles utiles aux recherches sur l'orthorexie, nous examinerons également la littérature grise, en consultant en particulier des sites Internet et des livres. Pour une organisation adéquate, les ressources informatiques utilisées seront Word, Excel, Zotero et Google Drive.

En termes de ressources humaines, il sera possible de solliciter le bibliothécaire du centre de documentation des Caroubiers, notre tutrice de travail de Bachelor Mme Aline Robert, la responsable du module Méthodologie de Recherche et Biostatistiques 3 Maaïke Kruseman ainsi que la psychologue Mme Isabelle Carrard. De plus, une partie du travail se portera sur des entrevues avec des professionnels. Pour cela, nous avons pensé interviewer Mme Magali Volery, diététicienne et psychologue au CCNP (Centre de Consultation Nutrition et Psychologie), Mme Patricia Nanchen, diététicienne et psychologue au CDeCA (Cabinet Diététique et Comportement Alimentaire), et M. Perroud, psychiatre.

7. Perspectives

Dans l'idéal, ce travail de Bachelor serait un moyen d'apporter plus de connaissances aux diététicien(ne)s au sujet de l'orthorexie, un sujet non étudié lors de la formation Bachelor en Nutrition & Diététique. Nous aimerions les sensibiliser aux problématiques multiples de ce comportement alimentaire. De plus, les propositions de prise en charge pourraient orienter et améliorer les pratiques professionnelles diététiques pour des patients avec un comportement tendant vers l'orthorexie.

Références bibliographiques

1. Depa J, Schweizer J, Bekers S-K, Hilzendegen C, Stroebele-Benschop N. Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eat Weight Disord EWD*. mars 2017;22(1):193-9.
2. Nyman H. [A direct question: Is orthorexia a correct word for a wrong concept?]. *Lakartidningen*. 31 janv 2002;99(5):423-4.
3. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* [En ligne]. 9 nov 2018 [consulté le 20.11.2018] ; Disponible: <http://link.springer.com/10.1007/s40519-018-0606-y>
4. Dictionary by Merriam-Webster: America's most-trusted online dictionary [En ligne]. [consulté le 15.11.2018]. Disponible: <https://www.merriam-webster.com/>
5. Orthorexia [Internet]. [consulté le 29.11.2018]. Disponible: <http://www.orthorexia.com/>
6. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive- -compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatry Psychother*. :6.
7. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS ONE* [En ligne]. 17 août 2015 [consulté le 29.11.2018];10(8). Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539204/>
8. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 18 févr 2015;11:385-94.
9. Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E-C. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. janv 2015;10(1):26799.
10. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. - PubMed - NCBI [En ligne]. [consulté le 03.12.2018]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26724459>
11. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2 déc 2017;38(12):980-8.
12. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. - PubMed - NCBI [En ligne]. [consulté le 04.12.2018]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23760837>