

RECENSION EXPLORATOIRE DES TRAITEMENTS UTILISÉS POUR LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DES FACTEURS ASSOCIÉS AU CHANGEMENT

A SCOPING REVIEW OF EATING DISORDERS TREATMENTS AND FACTORS ASSOCIATED WITH EATING CHANGES

Annie Aimé, Cynthia Gagnon, Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Catherine Bégin,
Rose Poirier et Dominique Meilleur

Volume 42, numéro 2, 2021

LES CLIENTÈLES DIFFICILES : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS
ET INTERDISCIPLINARITÉ
CHALLENGING CLIENTS: PROFESSIONALS' POINT OF VIEW AND
INTERDISCIPLINARITY

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1081258ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1081258ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Aimé, A., Gagnon, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Bégin, C., Poirier, R. & Meilleur, D. (2021). RECENSION EXPLORATOIRE DES TRAITEMENTS UTILISÉS POUR LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DES FACTEURS ASSOCIÉS AU CHANGEMENT. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 121–143.
<https://doi.org/10.7202/1081258ar>

Résumé de l'article

L'étude actuelle vise à répertorier les traitements psychologiques les plus souvent offerts aux personnes adultes atteintes de troubles des conduites alimentaires (TCA). Elle s'intéresse aussi aux interventions prometteuses et aux facteurs clés pouvant influencer la réponse au traitement. Une recension exploratoire a été réalisée à partir de cinq bases de données. Il ressort que la thérapie cognitive-comportementale est la plus documentée pour le traitement des TCA et qu'elle conduit à une rémission de la symptomatologie dans 50 % des cas. Des considérations cliniques sont proposées afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services psychologiques offerts aux personnes atteintes de TCA.

**RECENSION EXPLORATOIRE DES TRAITEMENTS UTILISÉS POUR
LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DES
FACTEURS ASSOCIÉS AU CHANGEMENT**

**A SCOPING REVIEW OF EATING DISORDERS TREATMENTS AND FACTORS
ASSOCIATED WITH EATING CHANGES**

Annie Aimé¹
Université du Québec en Outaouais

Cynthia Gagnon
Université du Québec en Outaouais

Marie-Pierre Gagnon-Girouard
Université du Québec à Trois-Rivières

Catherine Bégin
Université Laval

Rose Poirier
Université du Québec en Outaouais

Dominique Meilleur
Université de Montréal

Selon la nosographie psychiatrique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), les troubles des conduites alimentaires (TCA) se caractérisent « par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social » (APA, 2013). Les perturbations présentes dans les TCA consistent en des comportements de restrictions alimentaires, d'excès alimentaires ou de compulsions alimentaires et de purgation, pouvant avoir des répercussions significatives sur la santé physique et le fonctionnement social et psychologique. Les trois TCA reconnus dans le DSM-5 comme étant les plus fréquents chez les adultes sont l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble d'accès hyperphagiques. Bien que chacun de ces troubles possède ses particularités, ils se caractérisent tous les trois par une alimentation qui s'écarte de la norme, un poids pouvant être fluctuant et de fortes préoccupations concernant le poids et la silhouette (Culbert et al., 2015; Treasure et al., 2010).

Le diagnostic d'anorexie mentale se décline en deux sous-types : le type restrictif ou le type avec des accès hyperphagiques et des comportements purgatifs. Alors que le premier est associé à la présence de comportements caractérisés par le jeûne ou la pratique d'exercice physique excessif; le second est associé à la présence de comportements caractérisés par une consommation excessive d'aliments en un temps restreint, combinée à un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation (c.-à-d. compulsions alimentaires) et à des comportements de purgation

1. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme, 5, rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme (QC), J7Z 0B7. Téléphone : 450-530-7616, poste 2362. Courriel : annie.aimé@uqo.ca

comme des vomissements provoqués, un usage abusif de laxatifs ou de diurétiques ou des lavements. Pour les deux sous-types, une peur de prendre du poids ou de devenir gros est observée de même qu'un poids inférieur à ce qui est considéré « minimalement normal » pour la personne en fonction de son âge, son sexe, sa trajectoire développementale et sa taille. En ce sens, chez les adultes, certains auteurs suggèrent un indice de masse corporelle [IMC] inférieur à $18,5 \text{ kg/m}^2$ (Mustelin et al., 2016). Il y a également présence d'une image altérée du poids et de la forme du corps et d'un manque de reconnaissance de la maigreur (APA, 2013).

Le tableau clinique de la boulimie ressemble étroitement à la description proposée pour l'anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatif, sans toutefois répondre au critère associé à la maigreur. En effet, la majorité des personnes qui ont un diagnostic de boulimie présentent un IMC supérieur à $18,5 \text{ kg/m}^2$. Les critères spécifiques de la boulimie concernent la présence de compulsions alimentaires (ou crises de boulimie) et de comportements compensatoires (c.-à-d. vomissements provoqués, usage abusif de laxatifs, de diurétiques ou autres médicaments, jeûne ou exercice physique excessif) qui doivent être présents depuis au moins trois mois, à raison d'au moins une fois par semaine (APA, 2013). Ces crises de boulimie sont accompagnées chez la personne, d'un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation.

Enfin, les critères associés au diagnostic de trouble d'accès hyperphagiques réfèrent à la présence de compulsions alimentaires se présentant une fois par semaine depuis trois mois, et ce, en l'absence de comportements compensatoires, tels qu'observés dans les deux autres troubles. Au moins trois des caractéristiques suivantes, reliées aux compulsions alimentaires, doivent être présentes : 1) ingestion alimentaire plus rapide qu'en temps normal; 2) présence d'une sensation pénible de distension abdominale après l'ingestion alimentaire; 3) ingestion alimentaire importante sans éprouver la sensation de faim; 4) être seul lors de la compulsions en raison de la gêne associée à la quantité importante d'aliments ingérés; 5) éprouver un sentiment de dégoût, de déprime ou de culpabilité après la compulsions alimentaire (APA, 2013).

Prévalence et complications associées aux TCA

Au Canada, il est estimé que la prévalence à vie est de 0,9 % pour l'anorexie mentale, de 1,5 % à 2 % pour la boulimie et de 3,5 % pour le trouble d'accès hyperphagiques (Statistique Canada, 2013). Ces troubles ont des conséquences importantes sur la santé physique, psychologique et sociale (Spattini et al., 2017). Suite à la perte de poids et la dénutrition, des complications comme de la bradycardie, une perte du muscle cardiaque, de l'anémie, une atrophie du cerveau et une perte musculaire peuvent être observées (Keel et McCormick, 2010; Westmoreland et al.,

2016). La bradycardie et l'arythmie peuvent conduire à un arrêt cardiaque et à une mort prématurée (Giovinazzo et al., 2018). Chez les personnes atteintes d'anorexie mentale, le taux de mortalité est estimé à 5 % (APA, 2013). Des obsessions, de l'anxiété, de l'irritabilité et des symptômes dépressifs sont par ailleurs souvent remarqués chez les personnes atteintes de TCA (Murphy et al., 2012).

Traitements psychologiques les plus souvent suggérés pour les TCA

Malgré l'influence grandissante de plusieurs modèles d'interventions psychologiques, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle sont les plus connues pour traiter les TCA. Le modèle qui sous-tend la TCC considère que des croyances dysfonctionnelles quant au poids, à la minceur et aux formes corporelles, maintiennent des comportements alimentaires problématiques (Costa et Melnik, 2016). Dans le but de favoriser la modification des habitudes alimentaires et des comportements de contrôle du poids, et de travailler les préoccupations en lien avec le poids et la silhouette (Fairburn et al., 2015), la TCC inclut des interventions sur des aspects nutritionnels, de l'éducation psychologique, de l'auto-évaluation, de la restructuration cognitive et de la régulation alimentaire (Costa et Melnik, 2016). Le modèle cognitif-comportemental transdiagnostique amélioré de Fairburn (2008) propose que les problèmes interpersonnels, les problèmes d'humeur, la faible estime de soi et le perfectionnisme, s'ajoutent à la surévaluation du poids et aux restrictions alimentaires, pour maintenir les symptômes alimentaires problématiques et ainsi freiner le changement.

La thérapie interpersonnelle repose sur le principe que les personnes atteintes de TCA présentent souvent des problèmes interpersonnels ayant pu contribuer au développement et au maintien des difficultés alimentaires (Murphy et al., 2012; Starzomska et al., 2018). Ces difficultés agiraient comme facteur de maintien, puisque les personnes atteintes tendent à s'isoler des autres de manière à préserver leurs rituels alimentaires. De plus, certaines situations à caractère interpersonnel peuvent induire des compulsions alimentaires et nuire à l'estime de soi (Murphy et al., 2012). En travaillant sur l'amélioration des interactions interpersonnelles, la thérapie interpersonnelle des TCA postule que la symptomatologie alimentaire s'améliorera elle aussi (Starzomska et al., 2018).

Accessibilité aux traitements pour les TCA

Le dépistage, tout comme le traitement des TCA, est reconnu pour être complexe et difficile. Ces troubles ne sont pas systématiquement détectés (Walker et Lloyd, 2011), seulement une personne atteinte d'un TCA sur 10 se verrait offrir un traitement (Regan et al., 2017) et un délai de 10 à 15 ans entre l'apparition de la symptomatologie alimentaire et les

premières consultations pour TCA peut s'observer (Ali et al., 2017). Par ailleurs, les centres qui offrent des traitements spécialisés pour les TCA ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre aux besoins d'interventions de toutes les personnes atteintes (Smith et Woodside, 2020). On estime que seulement 35 % des personnes en traitement recevraient des services spécialisés (Regan et al., 2017). Dans ce contexte, des intervenants, peu formés face à ces troubles, peuvent être interpellés à offrir des services à cette clientèle. Or, la gestion des complications médicales potentielles, des comorbidités psychologiques et l'ambivalence des personnes atteintes de TCA face au traitement, constituent d'importants défis. À cet effet, notons que l'anorexie mentale est considérée comme l'un des troubles de santé mentale les plus difficiles à traiter (Starzomska et al., 2018). Les personnes qui en sont atteintes se montrent souvent hésitantes à entreprendre un traitement et environ un cinquième d'entre elles présente une anorexie chronique (Steinhausen, 2002). Notons par ailleurs que la résistance au changement des personnes ayant un TCA, le fait qu'elles ne veulent pas toujours être traitées et la lenteur de leurs progrès, peuvent faire émerger des sentiments d'impuissance, de colère ou de frustration chez les intervenants (Walker et Lloyd, 2011).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ACTUELLE

Considérant la complexité associée au traitement des TCA, il semble important de connaître l'ensemble des interventions actuelles étant les plus susceptibles d'être efficaces auprès des personnes qui en sont atteintes et d'identifier des facteurs pouvant contribuer ou nuire à la rémission des TCA. En se basant sur les méta-analyses et revues systématiques publiées depuis la publication du DSM-5 en mai 2013, la présente recension exploratoire s'intéresse, dans un premier temps, aux traitements psychologiques offerts aux personnes atteintes de TCA. Plus spécifiquement, elle répertorie les types d'intervention les plus fréquemment recensés, ainsi que les interventions prometteuses disposant d'appuis scientifiques, pour diminuer la symptomatologie alimentaire et comorbide des personnes atteintes d'anorexie mentale, de boulimie et de troubles d'accès hyperphagiques. Dans un second temps, elle vise à mettre en relief des facteurs clés, documentés comme pouvant prédire la réponse aux traitements offerts aux personnes atteintes de TCA.

MÉTHODOLOGIE

La présente étude repose sur la méthodologie en cinq étapes d'Arskey et O'Malley (2005). Une fois la stratégie de recherche identifiée, la recension des méta-analyses et des revues systématiques a été effectuée à partir de cinq bases de données : PubMed, PsyArticles, Cochrane

Library, Scopus et CINAHL. En raison de la réorganisation des critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires et de l'introduction du trouble d'accès hyperphagiques dans la parution de la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-5 (APA, 2013), seules les méta-analyses et revues systématiques publiées après la parution du DSM-5 en mai 2013 étaient ciblées. L'organisation et le choix des mots-clés sélectionnés dans la stratégie de recherche ont été adaptés selon la base de données et suivaient la méthodologie PICO (*population, intervention, comparison, outcomes*) permettant d'identifier les quatre composantes de la question de recherche. Une première recherche électronique a été réalisée le 10 août 2020 et une dernière, le 8 décembre 2020. Enfin, une recherche manuelle a été effectuée dans la liste de références des méta-analyses et des revues systématiques retenues. La première auteure a procédé à la sélection des méta-analyses et revues systématiques et cette sélection a par la suite été validée par l'une des membres de l'équipe de recherche (R.P.).

Critères d'inclusion

Les méta-analyses et revues systématiques étaient incluses si elles rencontraient les critères d'inclusion suivants : 1) portaient sur une population adulte (18 à 65 ans); 2) incluaient les diagnostics d'anorexie mentale, de boulimie ou d'accès hyperphagiques; 3) abordaient les traitements ou les interventions multidisciplinaires ou interdisciplinaires, une séquence du traitement, une intensité du traitement, les modalités de traitement, les défis de l'intervention, les facteurs facilitants ou nuisant aux interventions; 4) s'intéressaient à l'effet d'une intervention sur les symptômes alimentaires; 5) constituaient une méta-analyse ou une revue systématique des écrits; 6) étaient rédigés en français ou en anglais; 7) avaient été publiées depuis la parution du DSM-5, soit le 18 mai 2013.

La sélection et l'extraction des données

Fondée sur un processus itératif, intégratif, flexible et séquentiel selon le *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement* (Liberati et al., 2009), la sélection des méta-analyses et des revues systématiques a d'abord porté sur l'analyse des titres et des résumés et, ensuite, lorsque retenues, une analyse du texte entier a permis de prendre la décision finale (voir Figure 1). L'extraction des données incluait le type d'étude, le nombre d'études recensées, les années couvertes, le diagnostic de TCA, ainsi que les thèmes et conclusions principales (voir Tableau 1 placé à la fin de l'article).

Intervention et troubles des conduites alimentaires

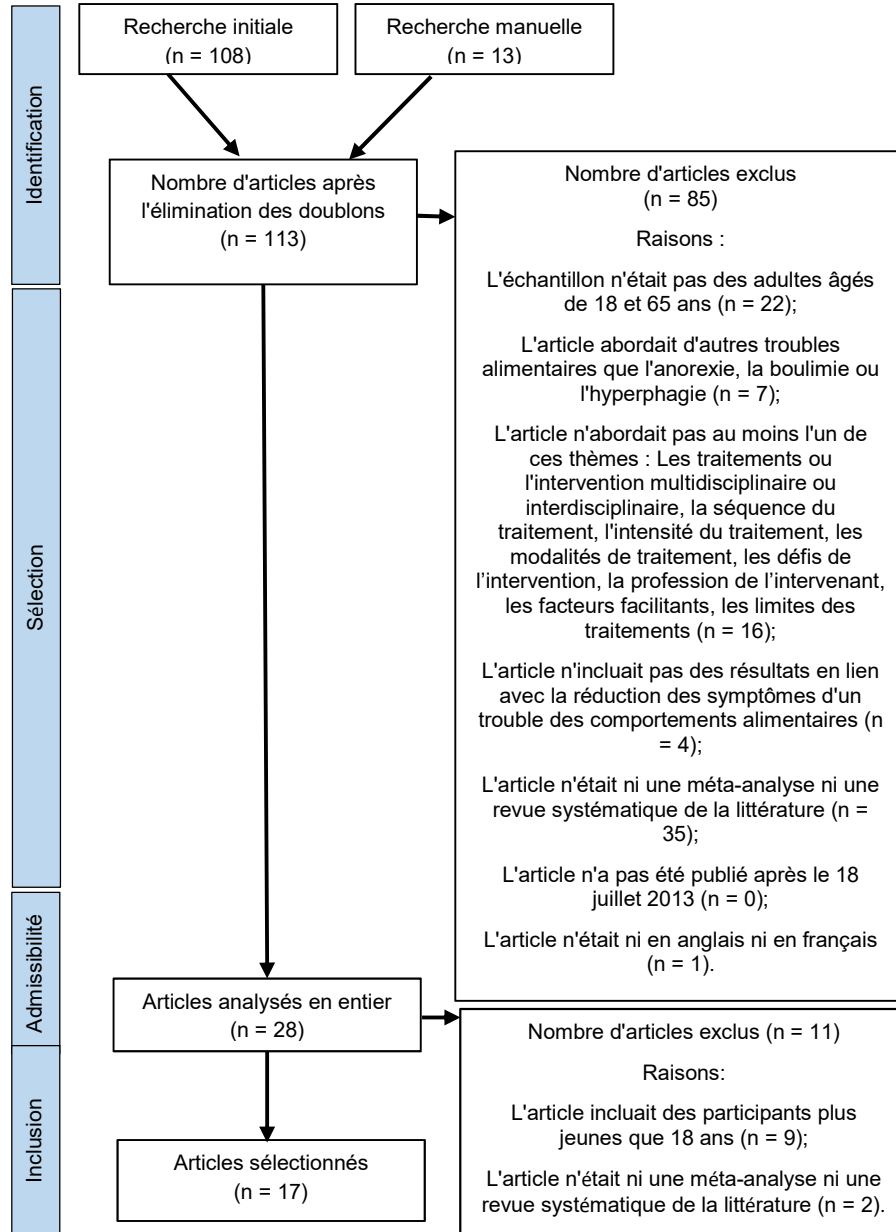


Figure 1. Résultats de la recherche basée sur le PRISMA (Liberati et al., 2009)

Tel que le montre la Figure 1, 108 méta-analyses et revues systématiques publiées entre mai 2013 et décembre 2020 ont été identifiées dans les bases de données sélectionnées. La lecture des titres et des résumés a permis d'identifier 18 doublons qui ont été retirés. Une recherche manuelle a conduit à l'inclusion de 13 autres méta-analyses et revues systématiques. Parmi les 113 méta-analyses et revues systématiques potentielles, 85 ne satisfaisaient pas les critères d'inclusion sur la base de leur titre et de leur résumé. Les textes des méta-analyses et revues systématiques restantes ont été examinés attentivement et 11 articles de plus ont été rejetés. Au total, 17 méta-analyses et revues systématiques ont été retenues.

Parmi les méta-analyses et les revues systématiques retenues, aucune ne portait uniquement sur des personnes atteintes d'anorexie mentale, deux portaient spécifiquement sur des personnes atteintes de boulimie (Polnay et al., 2014; Slade et al., 2018), six portaient spécifiquement sur des personnes atteintes de troubles d'accès hyperphagiques (Amianto et al., 2015; Brownley et al., 2016; Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020; Linardon, 2018; Peat et al., 2017) et neuf portaient sur des échantillons mixtes, incluant plusieurs TCA (Ali et al., 2017; Anastasiadou et al., 2018; Barakat et al., 2019; Graves et al., 2017; Grenon et al., 2017; Grenon et al., 2019; Kotilahti et al., 2020; Linardon et al., 2018; Sansfaçon et al., 2020).

De plus, 11 des méta-analyses et revues systématiques s'intéressaient à des interventions psychologiques en comparant leur efficacité à des groupes contrôles de type liste d'attente ou à d'autres interventions (Amianto et al., 2015; Brownley et al., 2016; Grenon et al., 2017; Grenon et al., 2019; Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020; Linardon, 2018; Linardon et al., 2018; Peat et al., 2017; Polnay et al., 2014; Slade et al., 2018). Deux autres méta-analyses et revues systématiques mesuraient les effets d'interventions en ligne (Anastasiadou et al., 2018; Barakat et al., 2019). Les thèmes centraux des quatre autres méta-analyses et revues systématiques se déclinaient comme suit : les facteurs favorisant et nuisant à la démarche de recherche d'aide (Ali et al., 2019), l'alliance thérapeutique (Graves et al., 2017), les interventions utilisées et jugées prometteuses dans les cas de TCA sévères et persistants (Kotilahti et al., 2020) et la motivation au changement (Sansfaçon et al., 2020).

RÉSULTATS

Types d'interventions utilisés pour traiter les TCA et appuyés par des données probantes

Selon les méta-analyses et revues systématiques retenues, la thérapie cognitive-comportementale, en individuel ou en groupe, dispose du plus

grand nombre de données probantes pour le traitement des TCA (Grenon et al., 2017, 2019; Linardon et al., 2018). Le même constat s'observe lorsqu'il est uniquement question des troubles d'accès hyperphagiques (Amianto et al., 2015; Brownley et al., 2016; Hilbert et al., 2019, 2020; Linardon, 2018; Peat et al., 2017) ou de la boulimie (Polnay et al., 2014; Slade et al., 2018). Lorsque la thérapie cognitive-comportementale utilisée en individuel est comparée à une intervention cognitive-comportementale de groupe, trois types de résultats ressortent : 1) les deux modalités d'intervention apportent des effets équivalents sur les plans de la réduction des symptômes alimentaires et de l'arrêt des compulsions alimentaires et comportements purgatifs (Amianto et al., 2015; Grenon et al., 2017; Slade et al., 2018); 2) la modalité individuelle, conduit à des effets potentiellement supérieurs que la modalité de groupe (Polnay et al., 2014); et 3) la modalité de groupe est plus susceptible que la modalité individuelle de conduire à un arrêt des compulsions alimentaires (Hilbert et al., 2019). Toutefois, lorsque le ratio coûts-bénéfices est considéré, il semble que la modalité de groupe soit plus efficace (Grenon et al., 2017).

Les autres interventions les plus fréquemment utilisées pour traiter les TCA sont : la thérapie interpersonnelle (Amianto et al., 2015; Brownley et al., 2016; Grenon et al., 2017; Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020; Linardon, 2018; Peat et al., 2017; Slade et al., 2018), la thérapie psychodynamique (Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020), la thérapie humaniste (Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020), la thérapie comportementale (Amianto et al., 2015; Grenon et al., 2019; Linardon, 2018; Peat et al., 2017; Polnay et al., 2014; Slade et al., 2018), l'éducation psychologique (Amianto et al., 2015), la bibliothérapie (Brownley et al., 2016; Grenon et al., 2017; Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020; Linardon, 2018; Slade et al., 2018), un traitement comportemental axé sur la perte de poids (Brownley et al., 2016; Grenon et al., 2017; Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020; Linardon, 2018; Peat et al., 2017), la thérapie comportementale-dialectique (Brownley et al., 2016; Linardon, 2018; Peat et al., 2017), la thérapie de soutien (Grenon et al., 2017; Slade et al., 2018), la thérapie non directive (Grenon et al., 2017) et une forme de psychothérapie intégrative ou combinée (Hilbert et al., 2019; Hilbert et al., 2020; Linardon, 2018; Polnay et al., 2014). La méta-analyse et revue systématique de Barakat et ses collègues (2019), ainsi que la revue systématique d'Anastasiadou et ses collègues (2018), suggèrent, quant à elles, que les interventions en ligne, les applications sur les téléphones intelligents et les outils d'interventions liés aux messages textes, permettent de diminuer la symptomatologie alimentaire de même que les symptômes anxieux et dépressifs comorbides. Ces méthodes seraient d'ailleurs particulièrement susceptibles d'apporter des changements positifs lorsqu'elles sont destinées aux personnes atteintes de boulimie ou de troubles d'accès hyperphagiques (Barakat et al., 2019). Notons

également que des interventions moins connues comme la neuromodulation semblent favoriser la prise de poids pour les personnes atteintes d'une anorexie mentale sévère et persistante, en plus d'apporter une diminution des symptômes anxieux et dépressifs et d'être généralement bien acceptées par les participantes (Kotilahti et al., 2020).

Lorsque les traitements sont comparés selon les différents diagnostics de TCA, il ressort que la thérapie de groupe d'approche cognitive-comportementale apporterait des résultats plus intéressants sur la réduction de la symptomatologie alimentaire et l'arrêt des compulsions alimentaires pour les personnes atteintes de troubles d'accès hyperphagiques, que pour celles atteintes de boulimie (Grenon et al., 2017; Linardon et al., 2018). Pour les personnes ayant un diagnostic de trouble d'accès hyperphagiques, il semble aussi que les interventions à court terme soient autant (Amianto et al., 2015), voire plus efficaces, pour réduire les compulsions alimentaires, que celles à plus long terme (Hilbert et al., 2019), sauf lorsque la symptomatologie alimentaire s'avère plus sévère (Amianto et al., 2015).

Comparaisons entre différentes approches thérapeutiques

Les traitements psychologiques s'avèrent significativement plus efficaces que l'absence d'intervention, pour enrayer les compulsions alimentaires et les comportements purgatifs, et ce, tant à la fin de l'intervention que lors des suivis post-traitement. De plus, les interventions spécifiquement adaptées pour les TCA s'avèrent plus efficaces que les interventions psychologiques non spécifiques aux TCA, pour conduire à un arrêt des compulsions alimentaires et des comportements purgatifs (Grenon et al., 2019). En effet, le taux d'arrêt des compulsions alimentaires et des comportements purgatifs pour les interventions psychologiques spécifiques serait de 51,3 %, comparativement à 40 % pour les interventions non spécifiques.

Les deux méta-analyses de Grenon et ses collègues, révèlent que les interventions spécifiques aux TCA de type cognitive-comportemental apportent des effets similaires aux interventions spécifiques issues d'autres approches. Ces effets s'appliquent à la symptomatologie alimentaire et comorbide (par exemple en ce qui a trait aux symptômes dépressifs ou au concept de soi) et peuvent s'observer tout de suite après l'intervention ou lors des suivis post-traitement (Grenon et al., 2017; Grenon et al., 2019).

Cinq des six méta-analyses et revues systématiques centrées uniquement sur le trouble d'accès hyperphagiques (Amianto et al., 2015; Brownley et al., 2016; Hilbert et al., 2019, 2020; Linardon, 2018; Peat et al., 2017) indiquent que la thérapie cognitive-comportementale apporte

une plus forte réduction de la fréquence des compulsions alimentaires que les autres types d'intervention psychologiques (Amianto et al., 2015; Brownley et al., 2016; Hilbert et al., 2019, 2020; Peat et al., 2017). La sixième (Linardon, 2018) conclut que la thérapie interpersonnelle est associée aux plus hauts taux de cessation de compulsions alimentaires, soit un taux de 78 %. Enfin, la TCC serait équivalente aux autres interventions psychologiques sur le plan de la réduction des symptômes dépressifs ou de l'amélioration de l'image corporelle (Hilbert et al., 2019, 2020).

Facteurs influençant la réponse au traitement

Les prédicteurs d'une réponse positive aux interventions psychologiques documentés dans les méta-analyses et revues systématiques retenues incluent une plus faible fréquence des compulsions alimentaires et des comportements purgatifs au début de l'intervention, un degré de psychopathologie générale plus faible et un plus grand niveau d'ouverture au changement (Amianto et al., 2015). Lorsque les TCA s'avèrent sévères et persistants, il est par ailleurs suggéré de mettre l'accent sur la qualité de vie, l'adaptation sociale et le volet occupationnel et non seulement sur la réduction de la symptomatologie alimentaire (Kotilahti et al., 2020). En diminuant la pression exercée sur le poids (et la prise de poids pour les personnes atteintes d'anorexie mentale), l'engagement dans la psychothérapie serait amélioré. De plus, une amélioration de la qualité de vie semble reliée à de plus fortes probabilités de gain de poids (Kotilahti et al., 2020).

L'alliance thérapeutique ressort comme un facteur pouvant prédire des changements positifs dans la symptomatologie alimentaire, et ce, particulièrement pour les personnes plus jeunes et celles atteintes d'anorexie mentale (Graves et al., 2017). En fait, une relation bidirectionnelle s'observe dans le cas de l'alliance et des changements sur le plan de la symptomatologie alimentaire. D'un côté, une bonne alliance rapportée en début de traitement et à la moitié du traitement prédit des changements plus importants quant au poids et aux symptômes alimentaires. De l'autre côté, de plus grands changements dans la symptomatologie alimentaire en début de traitement, prédisent une alliance thérapeutique plus forte (Graves et al., 2017).

D'autres auteurs suggèrent que la motivation à changer en début de traitement constitue un prédicteur significatif de la diminution des symptômes alimentaires à la fin du traitement (Sansfaçon et al., 2020). Plus précisément, une motivation plus élevée est associée à une réduction plus grande des compulsions alimentaires, mais pas à des changements en lien avec la fréquence des vomissements provoqués, ni avec l'adhérence au traitement ou l'évolution des symptômes dépressifs ou

anxieux (Sansfaçon et al., 2020). Ali et ses collègues (2017) affirment quant à eux que, lorsque la motivation à changer est faible, elle peut constituer une barrière à la consultation.

Enfin, certains facteurs pouvant faciliter ou nuire à une démarche de demande d'aide de la part des personnes atteintes de TCA, sont présentés dans la revue systématique d'Ali et ses collègues (2017). Le fait de consulter pour d'autres problèmes de santé mentale, des problèmes émotionnels ou de santé, constituerait un incitatif à la démarche de demande d'aide. Les encouragements reçus de la part des amis et des proches seraient eux aussi facilitants. Inversement, un manque d'encouragement et de soutien de la part des proches ou un manque de compréhension de leur part, quant à la démarche de demande d'aide psychologique, constituerait un obstacle. De surcroît, plus de la moitié des études recensées par Ali et ses collègues (2017) identifient la stigmatisation et la honte, le déni du sérieux de la maladie, la peur de changer et des attitudes négatives face au traitement, comme des obstacles à la démarche de demande d'aide. Les problèmes pratiques en lien avec le transport, les coûts, l'heure du rendez-vous ou la situation familiale, comme le fait d'avoir des enfants, sont rapportés pour nuire à la démarche de consultation dans plus de 50 % des études recensées par les auteurs. Le manque d'information en lien avec les ressources et l'accessibilité des services est lui aussi soulevé comme un obstacle, quoique moins fréquemment (Ali et al., 2017).

DISCUSSION

La présente recension exploratoire vise à répertorier les interventions utilisées pour traiter les personnes atteintes de TCA, à partir de méta-analyses et revues systématiques récentes. Ce faisant, elle s'intéresse également aux interventions jugées prometteuses et aux facteurs clés, influençant la réponse au traitement des personnes atteintes de TCA. Nos résultats montrent que toutes les méta-analyses et revues systématiques retenues incluent la TCC de groupe ou individuelle. La thérapie interpersonnelle est la seconde approche la plus fréquemment étudiée. Elle permet de travailler en amont de la symptomatologie alimentaire, en s'intéressant aux problèmes interpersonnels pouvant conduire à des compulsions alimentaires, à une dérégulation émotionnelle et à des symptômes dépressifs (Grenon et al., 2017). Elle apporte une diminution des compulsions alimentaires comparable à la TCC en plus de diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression, et de s'avérer bien acceptée par les personnes atteintes de troubles d'accès hyperphagiques (Linardon, 2018).

En ce qui a trait aux autres formes d'interventions psychologiques, plusieurs auteurs soulignent que le faible nombre de comparaisons disponibles dans les études recensées, les échantillons de faible taille, la surreprésentation des femmes et les méthodologies d'évaluation disparates affectent négativement la puissance statistique et rendent les généralisations difficiles (Brownley et al., 2016; Grenon et al., 2019; Linardon, 2018; Polnay et al., 2014). Le potentiel thérapeutique de ces autres interventions pourrait ainsi être sous-estimé. Grenon et ses collègues (2019) affirment ainsi qu'il importe de poursuivre les recherches portant sur les interventions spécifiques aux TCA, de manière à pouvoir améliorer les traitements et offrir plus d'options aux personnes atteintes de ces troubles.

En fait, les résultats des méta-analyses et revues systématiques retenues, suggèrent que les traitements psychologiques offerts aux personnes atteintes de TCA, s'avèrent plus efficaces pour diminuer la symptomatologie alimentaire lorsqu'ils sont spécifiques et adaptés aux TCA, et ce, peu importe le type de psychothérapie. Ceci amène à se questionner sur le fait que, dans le cas du trouble d'accès hyperphagiques, l'une des interventions les plus souvent utilisées pour les comparaisons avec la TCC, est un traitement non spécifique axé sur la perte de poids. Or, cette approche ne semble pas optimale considérant que : (1) la perte de poids n'agit pas directement sur les compulsions alimentaires, (2) de nombreuses difficultés sont associées à la perte de poids et à son maintien (McElroy et al., 2015), et (3) les interventions comportementales qui misent sur les restrictions alimentaires et la pratique d'activité physique sont moins efficaces (voire iatrogènes), pour réduire les symptômes alimentaires et qu'elles sont associées à plus d'abandons de traitement que la TCC (Amianto et al., 2015).

Il semble par ailleurs que l'accès à des traitements spécifiques et spécialisés soit difficile (Ali et al., 2017; Kazdin et al., 2017) : les personnes atteintes de TCA ne sont pas toujours informées de l'existence de ces programmes, ne croient pas nécessairement être assez malades pour être admises, doutent de la capacité des intervenants à les aider, éprouvent une honte et des hésitations à consulter ou craignent les changements que le traitement pourrait apporter dans leur vie (Ali et al., 2017). Dans certains cas, elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour recevoir des services, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas les moyens de se déplacer ou de faire garder leurs enfants, ne peuvent pas couvrir les frais de ces services ou n'ont pas le temps de s'y investir (Ali et al., 2017). De plus, les services et programmes spécialisés déjà en place ne suffisent pas à rencontrer les besoins en soins des personnes atteintes de TCA (Smith et Woodside, 2020). Toutes ces considérations donnent à penser que l'accessibilité aux soins doit s'améliorer et que le nombre d'intervenants en mesure d'aider

ces personnes doit augmenter. Cela dit, au regard des craintes que ressentent certains cliniciens à s'engager dans une offre de service auprès de cette clientèle (Walker et Lloyd, 2011), il semble important de fournir un encadrement sous forme de formation et de supervision aux intervenants souhaitant développer une expertise en TCA. Devant la frustration ressentie par les professionnels de la santé à ne pas être en mesure de régler rapidement les problèmes d'alimentation de leurs clients, un tel encadrement permettant de mieux connaître et comprendre les particularités et la complexité de cette clientèle semble d'autant plus justifié (Walker et Lloyd, 2011).

Afin de contribuer à une amélioration de l'accessibilité aux soins et de maximiser les effets possibles sur la symptomatologie alimentaire et comorbide, les résultats actuels permettent de croire qu'une complémentarité d'interventions issues de la TCC, de la thérapie interpersonnelle et des approches émergentes gagnerait à être envisagée. Cette accessibilité pourrait également être améliorée par un plus grand recours à des interventions réalisées en groupe. Ces dernières apportant des effets similaires à celles réalisées en individuel sur le plan de l'arrêt et de la réduction de la fréquence des comportements alimentaires problématiques, leur utilisation ne devrait pas être écartée malgré les hésitations que présentent plusieurs personnes atteintes de TCA à travailler en groupe. En effet, l'intervention en groupe peut non seulement être associée à de moindres coûts, mais elle permet de travailler des problèmes interpersonnels, réduire l'isolement et améliorer les habiletés sociales (Grenon et al., 2017). Dans les cas de troubles d'accès hyperphagiques, elle peut également contribuer à une diminution du stigma en lien avec le poids (Grenon et al., 2017). De plus, des interventions novatrices comme la thérapie en ligne, la réalité virtuelle ou la neuromodulation sont à considérer (Anastasiadou et al., 2018; Barakat et al., 2019). À cet effet, Kotilahti et ses collègues (2020) affirment que la dénutrition observable dans les TCA sévères et persistants, notamment dans l'anorexie mentale, affecte les structures du cerveau. Ainsi, des interventions visant la stimulation neurologique pourraient permettre des améliorations. Ces mêmes auteurs croient que pour les personnes atteintes d'anorexie, le traitement pourrait cibler l'amélioration de la qualité de vie plutôt qu'uniquement le gain de poids (Kotilahti et al., 2020).

Certains auteurs considèrent qu'une approche de traitement séquentielle pourrait s'avérer intéressante, puisqu'elle permet de personnaliser les interventions et de diminuer les coûts. Par exemple, il semble pertinent de commencer avec un traitement TCC de type bibliothérapie pour les personnes atteintes de boulimie, surtout lorsqu'elles se montrent réticentes à un suivi en face à face ou ne peuvent pas se déplacer (Spattini et al., 2017). De la même façon, considérant qu'une

rémission spontanée s'observe pour près de 15 % des personnes atteintes de troubles d'accès hyperphagiques (Linardon, 2018), un suivi moins coûteux, de type bibliothérapie, peut représenter une bonne porte d'entrée (Amianto et al., 2015). Pour les personnes répondant moins bien à la bibliothérapie ou ayant besoin d'un suivi plus encadré, le traitement individuel représenterait une intervention de choix et devrait être envisagé rapidement (Vall et Wade, 2015). Enfin, les interventions plus intensives et coûteuses, telles qu'un suivi en hôpital de jour ou une hospitalisation, pourraient, quant à elles, être réservées aux personnes ayant des TCA sévères et nécessitant une stabilisation de leur état médical (Bissada et Tasca, 2020; Spattini et al., 2017; Smith et Woodside, 2020).

Différents facteurs pouvant influencer la réponse au traitement semblent extrêmement pertinents à considérer. Par exemple, des éléments en lien avec la sévérité et la durée de la maladie peuvent nous informer sur les risques que le traitement fonctionne moins bien. À cet effet, il semble souhaitable d'évaluer la sévérité de la symptomatologie alimentaire en début de suivi, mais aussi en cours de suivi et de discuter ouvertement avec les personnes atteintes de TCA des effets potentiels de cette sévérité sur leur engagement dans le traitement, de même que sur leur santé en général (Vall et Wade, 2015). Par ailleurs, une intervention rapide, dès l'apparition des premiers symptômes, peut permettre d'agir avant que l'ambivalence à changer, souvent observée chez les personnes atteintes de TCA, soit bien ancrée (Kotilhati et al., 2020). En adoptant une attitude collaborative, informative et non coercitive, les cliniciens peuvent favoriser l'engagement des personnes atteintes de TCA dans leur traitement et ainsi influencer positivement leur motivation à changer (Sansfaçon et al., 2020). L'entrevue motivationnelle peut par ailleurs être particulièrement pertinente à utiliser dans les débuts du traitement, de manière à travailler l'ambivalence face au changement (Vall et Wade, 2015). Cependant, lorsque le TCA devient sévère et persistant et qu'il est présent depuis au moins sept ans, des traitements intensifs, de type hospitalisations, sont plus fréquemment nécessaires (Kotilahti et al., 2020).

Limites de la présente recension exploratoire

La présente recension exploratoire permet de guider les lecteurs vers les interventions et les facteurs à considérer, lorsque vient le temps d'intervenir auprès de personnes atteintes d'un TCA. Toutefois, les résultats se limitent aux méta-analyses et revues systématiques retenues. Le choix méthodologique de cibler ce type d'études repose sur le fait qu'elles permettent d'avoir accès à des résultats plus vastes et synthétisés, tirés d'un nombre d'études appréciable. Cela dit, une recension d'écrits systématique serait souhaitable afin d'identifier les composantes potentiellement les plus efficaces dans les interventions et les facteurs facilitant le changement chez les personnes atteintes de TCA.

Dans un second temps, force est de constater que plusieurs méta-analyses et revues systématiques ont été éliminées parce qu'elles incluait des adolescents dans leur échantillonnage. Ceci implique que des interventions familiales, dont le potentiel est de plus en plus reconnu chez les adultes (Brockmeyer et al., 2017), n'ont pas été analysées. Or, puisque les adolescents de 16 ans et plus peuvent présenter un tableau clinique très semblable à celui d'adultes, leurs résultats auraient pu être informatifs. Notons toutefois qu'il peut être particulièrement difficile de réaliser des études sur des échantillons de personnes atteintes d'anorexie mentale, car elles sont peu nombreuses et qu'elles tendent plus fortement à refuser et à abandonner le traitement (Grenon et al., 2019). De plus, partant du fait qu'un plus jeune âge et une courte durée de la maladie sont associés à de meilleurs résultats (Steinhausen, 2009; Vall et Wade, 2015), il est possible que les résultats présentés dans la recension exploratoire actuelle ne s'appliquent qu'à des personnes dont le TCA est plus à risque d'évoluer vers une chronicité, ce qui pourrait nuire aux taux d'efficacité des interventions recensées.

Enfin, notons que les méta-analyses et revues systématiques ne permettent pas de couvrir l'étendue des traitements possibles et qu'elles se centrent uniquement sur des personnes atteintes de TCA ayant accepté un suivi. Ainsi, il est possible que les traitements évalués présentent de meilleurs résultats auprès de personnes intéressées à un suivi qu'auprès de personnes qui choisissent de ne pas s'engager dans un traitement. Des études permettant de comparer les personnes qui consultent et celles qui ne consultent pas sont donc nécessaires. Il importe également de poursuivre les efforts afin de cibler des interventions encore plus efficaces.

Conclusion

Puisqu'elles ont fait l'objet de nombreuses études et qu'elles ont été comparées avec d'autres interventions, les interventions cognitives-comportementales ressortent comme des interventions incontournables à utiliser dans le traitement de personnes atteintes de TCA. Aussi, d'autres interventions prometteuses, mais disposant de moins d'appuis empiriques sont à envisager. Ceci est d'autant plus vrai, considérant que plus de la moitié des personnes qui complètent une psychothérapie cognitive-comportementale pour un TCA ne se sont pas remises au terme de celle-ci. Dans les cas où un TCA devient sévère et persistant, il semble important d'envisager d'autres modalités de traitement que celles axées principalement sur la réduction des compulsions alimentaires ou des restrictions alimentaires. Il semble également important de s'intéresser de plus près à des facteurs communs facilitant le changement, comme l'alliance thérapeutique et la motivation à changer.

Il est essentiel de poursuivre les efforts cliniques afin d'améliorer les effets des psychothérapies offertes, tant sur le plan de la symptomatologie alimentaire que sur le fonctionnement plus général, et ce, peu importe l'approche privilégiée. En ce sens, la combinaison d'interventions issues de plusieurs approches est nécessaire (Starzomska et al., 2018). Cette combinaison peut se voir faciliter par des interventions multidisciplinaires. De plus, un travail de promotion et de déstigmatisation est à faire. Une plus grande promotion des services disponibles s'avère nécessaire. La promotion des services peut faire en sorte que non seulement les personnes atteintes de TCA, mais aussi leurs proches, voient le traitement d'un œil plus favorable. Une telle promotion implique une diffusion plus large des connaissances, de manière à rejoindre plus d'intervenants pouvant être intéressés par le traitement des TCA. Une meilleure connaissance des TCA, ainsi que des processus pouvant conduire à un TCA ou à un gain de poids peuvent, quant à eux, favoriser une diminution de la stigmatisation et du sentiment de honte chez les personnes atteintes de TCA, rendant ainsi plus probable qu'elles consultent plus rapidement et qu'elles profitent davantage des services qui leur sont offerts. Trop souvent encore, ces personnes sont perçues comme étant responsables de leur TCA ou comme étant à la recherche d'attention (Ali et al., 2017). Or, peu importe leur degré d'ambivalence à changer, il n'en demeure pas moins qu'elles souffrent de leur condition, que celle-ci a des conséquences négatives importantes et significatives sur leur vie et celle de leur entourage et qu'il est de la responsabilité des intervenants qui les suivent d'adapter leurs interventions pour en maximiser les effets.

RÉFÉRENCES

Les références, précédées d'un astérisque, indiquent les méta-analyses et les revues systématiques incluses dans la présente recension exploratoire.

- *Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. et Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- *Amianto, F., Ottone, L., Abbate-Daga, G. et Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6>
- *Anastasiadou, D., Folkvord, F. et Lupiañez-Villanueva F. (2018). A systematic review of mHealth interventions for the support of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 26(5), 394-416. <https://doi.org/10.1002/erv.2609>
- *Barakat, S., Maguire, S., Smith, K. E., Mason, T. B., Crosby, R. D. et Touyz, S. (2019). Evaluating the role of digital intervention design in treatment outcomes and adherence to eTherapy programs for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(10), 1077-1094. <https://doi.org/10.1002/eat.23131>

- Bissada, H. et Tasca, G. A. (2020). Un programme spécialisé de type, hôpital de jour. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires: Du diagnostic aux traitements* (p. 332-346). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brockmeyer, T., Friederich, H. C. et Schmidt, U. (2017). Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 48(8), 1228-1256. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002604>
- *Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M. et Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409-420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Costa, M. B. et Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: An overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein*, 14(2), 235-277. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>
- Culbert, K. M., Racine, S. E. et Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E. et Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Giovinazzo, S., Sukkar, S. G., Rosa, G. M., Zappi, A., Bezante, G. P., Balbi, M. et Brunelli, C. (2018). Anorexia nervosa and heart disease: A systematic review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 199-207. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0567-1>
- *Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., ... Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- *Grenon, R., Carlucci, S., Tasca, G. A., Brugnera, A., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., McQuaid, N., Proulx, G. et Tasca, G. A. (2019). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*, 29(7), 833-845. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1489162>
- *Grenon, R., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., McQuaid, N., Proulx, G. et Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 997-1013. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22744>
- *Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. et Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91-105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- *Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. et Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1353-1376. <https://doi.org/10.1002/eat.23297>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. et Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. et Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Keel, P. K. et McCormick, L. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment planning for anorexia nervosa. Dans C. M. Grilo et J. E. Mitchell (dir.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook* (p. 3-27). Guilford Press.
- *Kotilahti, E., West, M., Isomaa, R., Karhunen, L., Rocks, T. et Ruusunen, A. (2020). Treatment interventions for severe and enduring eating disorders: Systematic review.

- International Journal of Eating Disorders*, 53, 1280-1302.
<https://doi.org/10.1002/eat.23322>
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S. et Vocks, S. (2017). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(12), 1294.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. et Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1-e34. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- *Linardon, J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 785-797. <https://doi.org/10.1002/eat.22897>
- *Linardon, J., Messer, M. et Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303-1311. <https://doi.org/10.1002/eat.22986>
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., Munoz, M. R. et Keck, P. E. (2015). Overview of the treatment of binge eating disorder. *CNS Spectrums*, 20(6), 546-556.
- Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z. et Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology et Psychotherapy*, 19(2), 150-158. <https://doi.org/10.1002/cpp.1780>
- Mustelin, L., Silén, Y., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J. et Keski-Rahkonen, A. (2016). The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.003>
- *Peat, C. M., Berkman, N. D., Lohr, K. N., Brownley, K. A., Bann, C. M., Cullen, K., Quattlebaum, M. J. et Bulik, C. M. (2017). Comparative effectiveness of treatments for binge-eating disorder: Systematic review and network meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 317-328. <https://doi.org/10.1002/erv.2517>
- *Polnay, A., Hodges, L., Lawrie, S. M., James, V. A. W., Murray, G. D. et Munro, C. (2014). Group therapy for people with bulimia nervosa: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(11), 2241-2254. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002791>
- Regan, P., Cachelin, F. M. et Minnick, A. M. (2017). Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of "first contact". *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 190-209. <https://doi.org/10.1002/eat.22683>
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R. et Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001>
- *Sansfaçon, J., Booij, L., Gauvin, L., Fletcher, É., Islam, F., Israël, M. et Steiger, H. (2020). Pretreatment motivation and therapy outcomes in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1879-1900. <https://doi.org/10.1002/eat.23376>
- *Slade, E., Keeney, E., Mavranzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G. et Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(16), 2629-2636. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001071>
- Smith, S. et Woodside, B. (2020). L'hospitalisation. Dans A. Aimé, C. Maïano et M.-M. Ricard (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires : Du diagnostic aux traitements* (p. 347-363). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Spattni, L., Rioli, G., Longo, F., Ferrari, S. et Galeazzi, G. M. (2017). An update on current clinical management of eating disorders. *Minerva Psichiatrica*, 58(1), 54-69. <http://dx.doi.org/10.23736/S0391-1772.17.01926-4>

- Starzomska, M., Wilkos, E. et Kucharska, K. (2018). Contemporary psychotherapeutic interventions in patients with anorexia nervosa: A review. *Psychiatria Polska*, 52(4), 663-672. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/73733>
- Statistique Canada. (2013). *Canadian Community Health Survey (CCHS)-Mental Health User Guide*. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=119789>
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-93.
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Treasure, J., Claudino, A. M. et Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583-593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Vall, E. et Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Walker, S. et Lloyd, C. (2011). Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(7), 383-390. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2011.18.7.383>
- Westmoreland, P., Krantz, M. J. et Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>

RÉSUMÉ

L'étude actuelle vise à répertorier les traitements psychologiques les plus souvent offerts aux personnes adultes atteintes de troubles des conduites alimentaires (TCA). Elle s'intéresse aussi aux interventions prometteuses et aux facteurs clés pouvant influencer la réponse au traitement. Une recension exploratoire a été réalisée à partir de cinq bases de données. Il ressort que la thérapie cognitive-comportementale est la plus documentée pour le traitement des TCA et qu'elle conduit à une rémission de la symptomatologie dans 50 % des cas. Des considérations cliniques sont proposées afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services psychologiques offerts aux personnes atteintes de TCA.

MOTS CLÉS

intervention; troubles des conduites alimentaires; approches; composantes des traitements; facteurs associés à la réponse au traitement

ABSTRACT

This study aims at listing psychological treatments which are the more frequently used with individuals with eating disorders (ED). It is also interested in promising interventions as well as in key factors affecting treatment response. A scoping review was realized based on five data bases. Results show that Cognitive behavioral therapy is the most documented treatment for eating disorders and it leads to symptoms remission in about 50 % of the cases. Clinical suggestions are put forward to increase accessibility to and quality of the psychological services offered to individuals dealing with EDs.

KEY WORDS

intervention; eating disorders; approaches; treatment components; factors associated to treatment response

Tableau 1

Caractéristiques des recensions d'écrits et des méta-analyses retenues

Références	Design	Nombre d'études	Années couvertes	Troubles alimentaires	Thème central	Principaux constats
Ali et al. (2019)	Revue systématique	13	Pas de restriction d'années	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS)	Facteurs influençant la propension à rechercher de l'aide pour traiter un TCA	<ul style="list-style-type: none"> • Barrières les plus importantes sont : Stigmatisation et honte; déni; limitations financières ou de transport; peur de changer; attitudes négatives face au traitement; manque d'encouragement de la part d'autrui; manque de connaissances par rapport aux ressources; problèmes d'accessibilité. • Éléments facilitants : autres problèmes de santé mentale; problèmes de santé; préoccupations en lien avec le poids et l'alimentation; encouragements des proches
Amianto et al. (2015)	Revue systématique	71	2008-2014	Trouble d'accès hyperphagiques	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Un traitement multidisciplinaire est suggéré. • La TCC est l'intervention la plus validée et la plus efficace; elle est plus efficace que la bibliothérapie et qu'un traitement axé sur la perte de poids. • La thérapie dialectique-comportementale et la thérapie interpersonnelle favorisent des changements. • Les résultats de la thérapie interpersonnelle sont comparables à ceux de la TCC • Les modalités de groupe et individuelles ont une efficacité semblable. • Les effets des interventions à court et à long terme sont comparables (mais une intervention à long terme est plus efficace pour les personnes qui présentent une symptomatologie plus sévère).
Anastasiadou et al. (2018)	Revue systématique	15	Pas de restriction d'années	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS)	Interventions en ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats de la télépratique utilisée seule ou comme un ajout à des interventions traditionnelles indiquent des améliorations au post-traitement, mais sont comparables à ceux obtenus avec un groupe contrôle. • La réduction des symptômes est similaire, peu importe le moyen utilisé pour la télépratique.
Barakat et al. (2019)	Méta-analyse Revue systématique	23	2006-2017	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS)	Interventions en ligne	<ul style="list-style-type: none"> • La télépratique est associée à une amélioration de la symptomatologie au post-traitement • Les effets de la télépratique sont supérieurs à ceux de groupes contrôles. • Il n'y a pas plus d'abandons avec la télépratique qu'avec d'autres modalités de traitement. • La télépratique est encore peu utilisée.

Tableau 1

Caractéristiques des recensions d'écrits et des méta-analyses retenues (suite)

Références	Design	Nombre d'études	Années couvertes	Troubles alimentaires	Thème central	Principaux constats
Brownley et al. (2016)	Méta-analyse Revue systématique	34	Jusqu'en 2016	Trouble d'accès hyperphagiques	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • La TCC est l'intervention la plus étudiée. • La TCC est plus efficace qu'un groupe contrôle de type liste d'attente.
Graves et al. (2017)	Méta-analyse	20	1978-2014	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS)	Alliance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une interaction bidirectionnelle entre l'alliance et la symptomatologie : Une amélioration rapide de la symptomatologie alimentaire est associée à une meilleure alliance. De plus, une meilleure alliance est associée à des changements plus importants. • L'alliance est associée à des changements plus importants chez les personnes plus jeunes et chez celles atteintes d'anorexie mentale.
Grenon et al. (2019)	Méta-analyse	35	Après 1979	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS)	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions spécifiquement destinées aux personnes atteintes de TCA sont plus efficaces qu'une liste d'attente. • Les interventions spécifiques sont associées à de meilleurs résultats que ceux non spécifiques. • Les traitements psychologiques spécifiques de différentes approches performant de manière comparable.
Grenon et al. (2017)	Méta-analyse	27	1980-2016	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS)	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • La thérapie de groupe est plus efficace qu'une liste d'attente. • Les effets de la TCC sont comparables à ceux d'autres types d'interventions. • Les modalités de groupe et individuelles ont des effets équivalents. • La thérapie de groupe est plus efficace pour les personnes atteintes de troubles d'accès hyperphagiques que pour celles atteintes de boulimie.
Hilbert et al. (2019)	Méta-analyse	81	Jusqu'en 2018	Trouble d'accès hyperphagiques	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • La psychothérapie est associée à une plus grande réduction de la fréquence des compulsions alimentaires que la bibliothérapie ou un traitement axé sur la perte de poids. • Comparativement aux autres formes de psychothérapies (humaniste, interpersonnelle et psychodynamique), la TCC apporte une plus grande réduction du nombre de jours de compulsions alimentaires. • La modalité de groupe est associée à un taux d'arrêt des compulsions alimentaires plus élevé que la modalité d'intervention individuelle.

Tableau 1

Caractéristiques des recensions d'écrits et des méta-analyses retenues (suite)

Références	Design	Nombre d'études	Années couvertes	Troubles alimentaires	Thème central	Principaux constats
Hilbert et al. (2020)	Méta-analyse	114	Jusqu'en 2018	Trouble d'accès hyperphagiques	Comparaisons des effets à long terme de différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> La psychothérapie, la bibliothérapie et un traitement combiné se montrent efficaces jusqu'à 12 mois après le traitement. La TCC est l'approche la plus utilisée.
Kotilahti et al. (2020)	Revue systématique	23	1998-2018	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Trouble alimentaire Non spécifié (EDNOS) Autre trouble des conduites alimentaires spécifié (OSFED)	Interventions recommandées et jugées prometteuses pour traiter les TCA sévères et persistants	<ul style="list-style-type: none"> Les TCA sévères et persistants incluent principalement des personnes atteintes d'anorexie mentale. L'hospitalisation, l'hôpital de jour et les traitements de stimulation du cerveau conduisent à une diminution de la symptomatologie alimentaire chez les personnes atteintes de TCA sévères et persistants.
Linardon (2018)	Méta-analyse	39	Jusqu'en 2018	Trouble d'accès hyperphagiques	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> La TCC est la plus souvent utilisée. La psychothérapie interpersonnelle est associée au plus haut taux de cessation des compulsions alimentaires. La psychothérapie de groupe est supérieure à la bibliothérapie suite au traitement, mais il y a peu de différences au suivi post-traitement.
Linardon et al. (2018)	Méta-analyse	27	Jusqu'en 2018	Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques Autre trouble des conduites alimentaires spécifié (OSFED)	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> Le taux de cessation des compulsions alimentaires et des comportements purgatifs est de 42,1 % pour les personnes atteintes de TCA qui complètent une TCC. L'effet de la TCC sur l'arrêt des compulsions alimentaires et des comportements purgatifs est maintenu lors des suivis post-traitement. Les taux de cessation des comportements de compulsion et de purgation sont plus élevés pour les personnes atteintes de troubles d'accès hyperphagiques que pour celles atteintes de boulimie.
Peat et al. (2017)	Méta-analyse Revue systématique	42	Jusqu'en 2016	Trouble d'accès hyperphagiques	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> La TCC apporte une plus forte diminution de la fréquence des compulsions alimentaires qu'un traitement comportemental axé sur la perte de poids. Le traitement axé sur la perte de poids apporte une plus grande diminution de poids que la TCC. La TCC, la psychothérapie interpersonnelle et la psychothérapie dialectique-comportementale sont associées à des résultats comparables sur le plan de l'amélioration de la symptomatologie alimentaire.

Tableau 1

Caractéristiques des recensions d'écrits et des méta-analyses retenues (suite)

Références	Design	Nombre d'études	Années couvertes	Troubles alimentaires	Thème central	Principaux constats
Polnay et al. (2014)	Méta-analyse Revue systématique	10	1984-2006	Boulimie	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • La TCC de groupe est plus efficace que l'absence d'intervention. • La modalité de groupe est moins fortement associée à la rémission que l'intervention en individuel. • Les différentes interventions psychologiques sont associées à des résultats comparables.
Sansfaçon et al. (2020)	Méta-analyse Revue systématique	42	Depuis 1946	Anorexie Boulimie Trouble d'accès hyperphagiques	Motivation face au changement	<ul style="list-style-type: none"> • Une motivation plus élevée en début de traitement est associée à une plus grande réduction des comportements de compulsions alimentaires et de la sévérité des symptômes alimentaires.
Slade et al. (2018)	Méta-analyse	21	Jusqu'en 2016	Boulimie	Comparaisons entre différentes interventions	<ul style="list-style-type: none"> • La TCC et la bibliothérapie disposent des appuis empiriques les plus solides. • La psychothérapie de groupe comportementale, la psychothérapie de groupe cognitive-comportementale spécifique aux TCA, la TCC individuelle spécifique aux TCA et la bibliothérapie d'approche cognitive-comportementale sont plus fortement associées à une rémission complète que la psychothérapie interpersonnelle, la psychothérapie de soutien, la TCC non spécifique aux TCA et la relaxation.