

OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉE POUR LES ADULTES AVEC UN TROUBLE DE CONDUITE ALIMENTAIRE LORS D'UN SUIVI EXTERNE

RAPPORT D'AVIS D'ÉVALUATION COMPLET



©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et services sociaux, 2019

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

OPTIMISER L'OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉE POUR LES ADULTES AVEC UN TROUBLE DE CONDUITE ALIMENTAIRE LORS D'UN SUIVI EXTERNE

RAPPORT D'AVIS D'ÉVALUATION COMPLET

Juillet 2019

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2019
Direction de la coordination de la mission universitaire

MISSION

Soutenir et conseiller les décideurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et de contribuer à la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Mathieu Roy, Ph. D.

Chercheur d'établissement et conseiller en
évaluation à l'UETMISSS

Pierre Dagenais, MD., Ph. D.

Directeur scientifique à l'UETMISSS

Maria Benkhalti, Ph. D.

Chercheuse d'établissement et conseillère en
évaluation à l'UETMISSS

Maryse Berthiaume, Ph. D., MBA

Adjointe au directeur à l'UETMISSS

Marie-Belle Poirier, Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Mariève Desrochers-Rancourt

Agente administrative cl. 1

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

ISBN 978-2-550-84418-1 (imprimée)

ISBN 978-2-550-84419-8 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke –
Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud, bureau 5213
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648
Courriel : marieeve.desrochers-rancourt.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). *Optimiser l'offre de services spécialisée pour les adultes avec un trouble de conduite alimentaire lors d'un suivi externe* préparé par Mathieu Roy, Véronique Déry (jusqu'en juin 2018) et Pierre Dagenais (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, juillet 2019) Sherbrooke, Québec (Canada), xvi, 121 p.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

Les troubles de conduites alimentaires (TCA) ont été traditionnellement associés aux adolescentes et aux jeunes femmes. Or, bien que les TCA apparaissent souvent au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, plusieurs jeunes et moins jeunes adultes en souffrent également. Dans une société toujours plus axée sur l'apparence physique et sur la performance, de plus en plus d'adultes (homme ou femme) développent un TCA. Ces adultes doivent alors apprendre à gérer divers comportements alimentaires inappropriés ainsi qu'une préoccupation excessive à l'égard du poids et de la silhouette morphologique. Pour intervenir de manière juste et adéquate sur cet enjeu émergent, plusieurs organisations de santé et de services sociaux développent une offre de services spécialisée pour traiter et soutenir les adultes diagnostiqués avec un TCA. Cette offre de services est distincte de celle qui s'adresse aux adolescents et adolescentes.

Devant ce constat, les gestionnaires de la clinique TCA pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS souhaitent examiner les écrits scientifiques pour faire état des meilleures connaissances existantes quant aux pratiques et services pour traiter les TCA chez des adultes. À cet égard, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été mandatée pour répondre à cette préoccupation par rapport aux meilleures pratiques, mais également afin de les mettre en contexte en tenant compte de données locales pour une éventuelle mise en œuvre de celles-ci dans notre établissement. La mission de la clinique des TCA pour adultes est d'offrir une offre de services complète et diversifiée visant le rétablissement de l'utilisateur dans une perspective biopsychosociale. Bien que la philosophie d'intervention de la clinique soit basée sur l'autodétermination et l'autonomisation des usagers, elle souhaite mettre son offre de services à jour pour intervenir le mieux possible au bénéfice des usagers et de leurs familles.



Pierre Dagenais, MD., Ph. D.

Directeur scientifique à
l'UETMISSS

Direction de la coordination de la
mission universitaire
CIUSSS de l'Estrie – CHUS



Stéphanie McMahon

Directrice par intérim

Direction de la coordination de la mission
universitaire

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

ÉQUIPE DE PROJET

AUTEURS

Mathieu Roy	Chercheur d'établissement et conseiller en évaluation à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Véronique Déry (jusqu'en juin 2018)	Directrice scientifique du projet à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

ÉQUIPE DE CADRAGE DU PROJET

Les personnes suivantes ont été consultées à l'étape de cadrage pour orienter la définition du projet :

Annie Laliberté	Chef de service des cliniques externes et des professionnels, Programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Valérie Boily	Psychiatre, Clinique des troubles de conduites alimentaires, Programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Mylène Lefebvre	Psychologue, Clinique des troubles de conduites alimentaires, Programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Jean-François Lalande	Psychologue, Clinique des troubles de conduites alimentaires, Programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COMITÉ CONSULTATIF ET DE CONTEXTUALISATION

Geneviève Arbour	Diététiste-nutritionniste, Clinique nutritive Arbour
Valérie Boily	Psychiatre, Clinique des troubles de conduites alimentaires, Programme de santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Marylène Dussault	Omnipraticienne, Clinique médicale Plateau Marquette
Sarah Frost	Responsable du volet trouble du comportement alimentaire, Arrimage Estrie
Cynthia Gagnon	Professeure adjointe, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Josée Gagnon	Représentante des proches aidants

Jordane Giguère	Représentante des usagers
Annie Laliberté	Chef de service des cliniques externes et des professionnels, Programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mylène Lefebvre	Psychologue, Clinique des troubles de conduites alimentaires, Programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Caroline Pesant	Pédiatre, Département de pédiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Jean-François Trudel	Psychiatre, Co-gestionnaire, Programme santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Professeur titulaire, Département de Psychiatrie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

DEMANDEURS DE L'ETMI

Clinique des troubles de conduites alimentaires, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

SOUTIEN BIBLIOTHÉCAIRE

Francis Lacasse	Bibliothécaire, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mykola Krupko	Bibliothécaire, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

RÉVISION EXTERNE DU RAPPORT

Micheline Lapalme	Coordonnatrice scientifique, Institut national d'excellence en santé et services sociaux
Sylvie St-Jacques	Responsable scientifique, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CSSS de la Vieille-Capitale
Howard Steiger	Psychiatre, Chef du continuum des troubles de l'alimentation, Institut universitaire Douglas, CISSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Professeur titulaire, Département de psychiatrie, Université McGill

REMERCIEMENTS

Les auteurs et l'UETMISSS tiennent à remercier toutes les personnes ayant contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation du présent rapport, particulièrement celles impliquées à la contextualisation des données scientifiques et à la formulation des recommandations qui ont accepté pour la grande majorité d'agir à titre de relecteurs de son contenu.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS

TABLE DES MATIÈRES

MISSION.....	i
AVANT-PROPOS	iii
ÉQUIPE DE PROJET	v
TABLE DES MATIÈRES	vii
ABRÉVIATIONS.....	ix
RÉSUMÉ.....	xiii
SUMMARY.....	xv
1. INTRODUCTION	1
1.1. Les troubles de conduites alimentaires	1
1.2. La clinique des troubles de conduites alimentaires pour adultes du CIUSSS Estrie – CHUS.....	1
1.3. L'offre de services spécialisée de la clinique TCA pour adultes.....	2
1.3.1 L'offre de services spécialisée dispensée lors d'un suivi externe.....	2
1.4. Contexte et besoin décisionnel.....	2
1.5. Question décisionnelle	3
1.5.1. Dimensions efficacité et sécurité.....	3
1.5.2. Dimension organisationnelle.....	3
1.5.3. Dimension expérientielle	3
1.6. La trajectoire de services pour les adultes avec un TCA au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.....	3
1.7. Modèle logique de l'évaluation.....	4
2. MÉTHODOLOGIE	5
2.1. Volet #1 (Recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise)	5
2.1.1. Recension systématique des écrits scientifiques.....	6
2.1.1.1. Stratégie de recherche documentaire	6
2.1.1.1.1. <u>1^{re} étape de recherche</u> : Combiner des mots-clés.....	6
2.1.1.1.2. <u>2^e étape de recherche</u> : Examen des titres et des résumés.....	6
2.1.1.1.3. <u>3^e étape de recherche</u> : Sélection des références pertinentes	7
2.1.2. Recension systématique de la littérature grise.....	7
2.1.2.1 Stratégie de recherche documentaire	7
2.1.3. Procédure d'extraction des données issues des études/documents sélectionnées	7
2.1.4. Évaluation de la qualité des écrits scientifiques et de la littérature grise	7
2.1.4.1. Grille d'évaluation de la qualité des articles quantitatifs	7
2.1.4.2. Grille d'évaluation de la qualité des articles qualitatifs.....	8
2.1.4.3. Grille d'évaluation de la qualité des études mixtes	8
2.1.4.4. Grille d'évaluation de la qualité des revues de la littérature	8
2.1.4.5. Grille d'évaluation de la qualité pour les guides de pratique.....	8
2.1.5. Synthèse narrative des résultats	9
2.1.6. Identifier les composantes communes des interventions efficaces et sécuritaires	9
2.2. Volet #2 (Documentation des données contextuelles et expérientielles)	9

2.2.1. Guide d'entrevue pour le groupe de discussion et les entrevues individuelles	9
2.2.2. Analyse des données qualitatives	9
2.2.2.1. 1 ^{re} étape: Double écoute du groupe de discussion et des entrevues	9
2.2.2.2. 2 ^e étape: Codage des données	10
2.2.2.4. 3 ^e étape: Traitement des données	10
2.3. Volet #3 (Consultation, validation et élaboration des recommandations)	10
2.3.1. Révision externe des données scientifiques	10
2.3.2. Élaboration et catégorisation des recommandations préliminaires	10
2.3.2.1. Formation d'un comité consultatif et de contextualisation	11
2.3.3. Présentation des recommandations préliminaires en comité consultatif	11
2.3.4. Pondération des recommandations préliminaires	11
2.3.5. Production d'un rapport ETMI contenant des recommandations finales	11
3. RÉSULTATS	12
3.1. Résultats sur l'efficacité et la sécurité des interventions de traitement des TCA chez l'adulte	12
3.1.1. Écrits scientifiques et revue de la littérature	12
3.1.1.1. Les interventions psychothérapeutiques	12
3.1.1.1.1. Thérapie cognitivo-comportementale	12
3.1.1.1.1.1. Thérapie cognitivo-comportementale vs Spécialist supportive clinical management	13
3.1.1.1.1.2. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie cognitivo-comportementale avec une intervention motivationnelle	13
3.1.1.1.1.3. Thérapie cognitivo-comportementale vs Spécialist supportive clinical management vs Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults	14
3.1.1.1.1.4. Thérapie cognitivo-comportementale vs Interpersonal psychotherapy	14
3.1.1.1.1.5. Thérapie cognitivo-comportementale vs Interpersonal psychotherapy	14
3.1.1.1.1.6. Thérapie cognitivo-comportementale vs Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults vs Interpersonal psychotherapy vs Thérapie analytique cognitive vs Psychothérapie psychoanalytique focale vs Psychothérapie psychodynamique focale vs Thérapie féministe	15
3.1.1.1.1.7. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie cognitivo-comportementale avec une intervention nutritionnelle	15
3.1.1.1.1.8. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie focale psychodynamique	15
3.1.1.1.2. Thérapie de remédiation cognitive	15
3.1.1.1.3. Formulation de cas	16
3.1.1.1.4. Compassion focused therapy	16
3.1.1.1.5. Intervention psychoéducatrice brève en groupe	17
3.1.1.1.6. Intervention psychoéducatrice intensive individuelle	17
3.1.1.1.7. Dialectical behavior therapy	17
3.1.1.1.8. Intervention de thérapie familiale	18
3.1.1.1.9. Acceptance-based mirror exposure therapy	18
3.1.1.1.10. Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults	18

3.1.1.1.11. Intervention axée sur émotions	19
3.1.1.1.12. Thérapie cognitive d'acceptation des émotions	19
3.1.1.2. Les interventions pharmacologiques.....	20
3.1.1.3. Les interventions complémentaires.....	22
3.1.2. Données contextuelles et expérientielles.....	23
3.1.2.1. Différentes perceptions de l'efficacité selon les parties prenantes consultées	24
3.2. Résultats sur l'intégration des différents niveaux de services.....	24
3.2.1. Écrits scientifiques et revue de la littérature.....	24
3.2.2. Données contextuelles et expérientielles.....	25
3.2.2.1. Mieux connaître la maladie et l'offre de service spécialisée	25
3.2.2.2. La transition entre l'offre de services pour enfants/adolescents et celle pour adultes.....	26
3.2.2.3. L'accessibilité et la concertation dans le RSSS	26
3.2.2.4. Un manque de suivi post-intervention	26
3.2.2.5. Les obstacles aux services qui ne relèvent pas du RSSS	27
3.3. Résultats sur les composantes fondamentales d'une offre de services spécialisée pour adultes	27
3.3.1. Écrits scientifiques et revue de la littérature.....	27
3.3.2. Données contextuelles et expérientielles.....	28
3.2.2.1. Une plus grande diversité de l'offre de services	29
3.2.2.2. Inclure les proches au rétablissement	29
3.2.2.3. Ne pas se sentir seul	30
3.2.2.4. Les aspects positifs de l'offre de services.....	30
3.2.2.5. Les aspects négatifs de l'offre de services	30
4. DISCUSSION.....	32
4.1. Contexte, enjeux et démarche évaluative.....	32
4.2. Limites de l'évaluation	32
4.3. Bref rappel de la méthode pour juger la force de la preuve scientifique	33 33
4.4. Q1 : Efficacité et sécurité des interventions thérapeutiques pour adultes avec un TCA à l'externe	33
4.4.1. Les interventions psychothérapeutiques.....	33
4.4.1.1. Chez l'ensemble des adultes avec un TCA	33
4.4.1.2. Chez les adultes avec AN.....	33
4.4.1.3. Chez les adultes avec BN	33
4.4.1.4. Chez les adultes avec OSFED.....	34
4.4.1.5. Dans les études qui ne discriminent pas selon le TCA.....	34
4.4.2. Les interventions pharmacologiques.....	35
4.4.3. Les interventions complémentaires.....	36
4.4.4. L'apport des données contextuelles et expérientielles	37
4.4.5. Q2: Les composantes communes aux interventions efficaces et sécuritaires....	37
4.4.5.1. Les composantes communes aux interventions psychothérapeutiques	37
4.4.5.2. Les composantes communes aux interventions pharmacologiques	38
4.4.5.3. Les composantes communes aux interventions complémentaires	38
4.4.6. Q3 : Intégration des services	39
4.4.7. Q4 : composantes fondamentales d'une offre de services.....	40
4.5. Processus de production des recommandations.....	41

5. CONCLUSION.....	42
6. RECOMMANDATIONS FINALES	43
7. ENGRENAGE.....	45
8. RÉFÉRENCES	46
ANNEXE I.....	53
ANNEXE II.....	103
ANNEXE III.....	105
ANNEXE IV.....	114
ANNEXE V.....	118

ABRÉVIATIONS

A-MET	Acceptance-based mirror exposure therapy
AN	Anorexie nerveuse
AN-R	Anorexie nerveuse (de type restrictif)
BN	Boulimie nerveuse
CFT	Compassion focused therapy
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DPSMD	Direction des programmes de santé mentale et dépendance
DBT	Dialectical behavior therapy
DHEA	Déhydroépiandrostérone
DVD	Digital Versatile Disc
ECR	Étude clinique randomisée
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
FRCPC	Fellow of the Royal College of Physicians of Canada
GAC	Guide alimentaire canadien
GMF	Groupe de médecine de famille
HAS	Haute autorité de santé
IMC	Indice de masse corporelle
INT	Intervention
IPT	Interpersonal psychotherapy
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
MANTRA	Maudsley model anorexia nervosa treatment for adults
M.D.	Doctorat en médecine
M.Sc.	Maîtrise en recherche
OSFED	Other specified feeding or eating disorder
OSFED-AN	Other specified feeding or eating disorder (sous type anorexie nerveuse)
OSFED-BN	Other specified feeding or eating disorder (sous type boulimie nerveuse)
PPAS	Psychothérapie psychoanalytique focale
PPDF	Psychothérapie psychodynamique focale

Ph. D.	Doctorat en recherche
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SQ	Score de qualité
SSCM	Specialist supportive clinical management
TAC	Thérapie analytique cognitive
TCA	Trouble de conduite alimentaire
TCAE	Thérapie comportementale et d'acceptation des émotions
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TF	Thérapie féministe
TFP	Thérapie focale psychodynamique
TPL	Trouble de la personnalité limite
TRC	Thérapie de remédiation cognitive
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

RÉSUMÉ

En septembre 2016, la Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) a ouvert une clinique des troubles de conduites alimentaires (TCA) pour adultes. À l'automne 2017, dans un objectif d'amélioration continue, les gestionnaires de cette clinique ont demandé un examen des écrits scientifiques pour faire état des meilleures connaissances quant aux pratiques et services pour traiter les TCA chez les adultes. La participation de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) a été demandée pour réaliser ce mandat. L'objectif de la clinique est d'adapter son offre de services aux meilleures données probantes et aux besoins de sa clientèle. Une rencontre de cadrage de projet a permis d'identifier un besoin décisionnel et de le décliner sous quatre questions d'évaluations tenant compte de critères précis (c.-à-d. efficacité et sécurité des interventions, composantes communes aux interventions, intégration des soins et services, composantes fondamentales d'une offre de services spécialisée).

Une démarche évaluative à trois étapes a été menée. Une revue systématique des écrits scientifiques et de littérature grise qui tient compte de la qualité de la preuve de chaque document a été réalisée. Après lecture et analyse des 87 documents retenus, les traitements ambulatoires de prise en charge d'un TCA chez les adultes ont été regroupés en trois catégories (c.-à-d. psychothérapie, pharmacothérapie, intervention complémentaire). Par-delà les spécificités des psychothérapies recensées, l'itinéraire thérapeutique d'un adulte avec un TCA doit généralement contenir un suivi psychologique (prioritairement une thérapie cognitivo-comportementale) pour une période allant au-delà de l'objectivation médicale des premières améliorations cliniques. Diverses molécules pharmaceutiques ont été testées chez des adultes avec un TCA. Si la médication peut être efficace pour traiter la boulimie, elle n'est pas indiquée en cas d'anorexie (sauf pour les comorbidités psychiatriques). Des interventions complémentaires ont aussi été évaluées (p. ex. acupuncture, conseil nutritionnel). Bien que ces interventions soient parfois efficaces sur un ou divers aspects de la psychopathologie d'un TCA, elles sont insuffisantes. Elles sont toutefois nécessaires dans une offre de services multidisciplinaire. La revue des écrits scientifiques met de l'avant le besoin de faire un pont entre l'hôpital et la communauté. La collaboration interprofessionnelle facilite aussi l'intégration des soins et services. En regard des composantes fondamentales d'une offre de services spécialisée, la recension indique que la psychothérapie doit viser les facteurs de maintien du TCA, prendre en compte les besoins et caractéristiques des usagers, la qualité de vie, favoriser l'alliance thérapeutique et co-sélectionner les résultats à atteindre (en plus de soutenir la reprise pondérale).

Un volet qualitatif incluant un groupe de discussion et des entrevues individuelles a permis de recueillir des données contextuelles et expérientielles. Il ressort de cela que l'efficacité d'une intervention est différente selon la personne interrogée. Si pour les cliniciens, une intervention efficace est avant tout sécuritaire, l'aspect interdisciplinaire du parcours thérapeutique et l'importance de la reprise alimentaire est aussi important. Chez les gestionnaires et proches aidants, l'efficacité signifie surtout l'accessibilité à une offre de services et la continuité des services avec le réseau de la santé et des services sociaux. Pour

les proches aidants, l'efficacité d'une intervention passe par leur implication au parcours de soins. Pour les usagers, l'efficacité d'une intervention signifie l'accès à un espace où l'on peut parler à des gens qui les comprennent. Du côté de l'intégration des soins et services, diverses barrières sont identifiées (p. ex. mieux connaître la maladie et l'offre de services spécialisée, une meilleure transition entre l'offre de services pour enfants et adolescents et celle pour adultes, un manque de suivi post-intervention). Quant aux composantes fondamentales d'une offre de services telles que perçues par les usagers et intervenants, cinq dimensions émergent (c.-à-d. besoin d'une diversité dans l'offre de services, nécessité d'inclure des proches, ne pas se sentir seule, aspects positifs et négatifs de l'offre actuelle).

Au total, 17 recommandations finales ont été formulées suite à la démarche évaluative. Huit recommandations finales traitent des composantes fondamentales qu'une offre de services spécialisée doit offrir en suivi externe, cinq portent sur les interventions efficaces et sécuritaires de prise en charge d'un TCA chez des adultes et quatre visent à optimiser l'intégration de l'offre de services spécialisée de la clinique des TCA pour adultes avec le reste du réseau de la santé et des services sociaux estrien.

Malgré l'enthousiasme du demandeur et des parties prenantes quant aux recommandations finales, des limites de cette évaluation doivent être rappelées. Tout d'abord, les mots-clés utilisés dans notre stratégie de recherche documentaire ne permettent pas d'examiner les documents scientifiques écrits dans une autre langue que le français ou l'anglais. Ensuite, les processus d'extraction des résultats et d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique de chaque document retenu ont été réalisés par une seule personne. Finalement, un échantillon d'usagers restreint ($n = 6$) lors de la documentation des données expérientielles limite aussi quelque peu la validité externe de nos recommandations finales.

SUMMARY

In September 2016, the Mental Health and Addiction Program of the University Health and Social Services Integrated Center of Eastern Townships (Quebec, Canada) opened a clinic for adults with eating disorders. In fall 2017, pursuing a goal of continuous improvement, the managers of this clinic requested the Health and Social Services Technology Assessment Unit to produce an evaluation reflecting the best practices and services for adults with eating disorders in an outpatient context. A project meeting helped to identify a decision need and to break it down into four evaluation questions that took into account specific criteria (i.e. effectiveness and safety of interventions, common components of interventions, integration of care and services, core components of services offering).

A three-stage evaluation was conducted. A systematic review of the scientific and gray literature taking into account the quality of evidences of each document was carried out. After reading and analyzing the 87 retained documents, outpatient treatments for adults with eating disorders were grouped into three categories (i.e. psychotherapy, pharmacotherapy, complementary intervention). Beyond the specificities of identified psychotherapies, the patient care trajectory of adults with eating disorder must generally contain a psychological follow-up (primarily a cognitive-behavioral therapy) for a timeframe going beyond the medical assessment of the first clinical improvements. Various pharmaceutical molecules have been tested in adults with eating disorders. While medication may be effective in treating bulimia nervosa, it is not indicated for anorexia (except for psychiatric comorbidities). Complementary interventions were also evaluated (e.g. acupuncture, nutritional counseling). Although these interventions are sometimes effective on one or more aspects of eating disorder psychopathology, they are insufficient alone. However, they are necessary in a multidisciplinary service offering. The review of the literature highlighted the need to bridge the gap between the hospital and the community. Interprofessional collaboration also facilitates the integration of care and services. With regard to the core components of a specialized service offering, the review indicates that psychotherapy must target the maintenance factors of eating disorders, take into account the needs and characteristics of users, the quality of life, foster therapeutic alliance, and co-select the results to be achieved (in addition to supporting weight recovery).

A qualitative stage including a focus group and individual interviews help to gathered contextual and experiential data. It appears that the effectiveness of an intervention diffed according the interviewee. For clinicians, an effective intervention is above all safe. The interdisciplinary aspect of services and the importance of food recovery is also important. Among managers and caregivers, efficacy means access to a range of services and continuity of such services with the healthcare network. For caregivers, the efficacy of the intervention depends on their involvement in the care process. For users, effectiveness rather means access to a space where they can talk to people who understand them. As for care integration, various barriers have been identified (e.g. better knowledge of eating disorder and of the specialized services, better transition between the service offering among children/adolescents and adults, the lack of post-intervention follow-up). For the core components of services as perceived by users and stakeholders, five dimensions emerged (E.g. need for diversity in the supply of services, need to include relatives, not feel alone,

positive and negative aspects of the current services offer).

In the end, 17 recommendations were made following the evaluation. Eight recommendations deal with the core components that a specialized service offering must offer in outpatient setting of adults with eating disorders, five recommendations focus on effective and safe interventions and four aim to optimize the integration of care and services. Some limits of this work need to be recalled. First of all, the keywords used in our documentary search strategy do not allow us to examine scientific documents written in a language other than French or English. Then, the process of data extraction and the assessment of quality of the evidence were carried out by one person. Finally, a small sample of users ($n = 6$) when documenting experiential data may also limits the external validity of the recommendations.

1. INTRODUCTION

1.1. Les troubles de conduites alimentaires

Les troubles de conduites alimentaires (TCA) se caractérisent par des comportements problématiques et envahissants par rapport à l'alimentation, l'image du corps ou le poids. Les TCA sont de forme et d'intensité variables. Ils sont complexes et affectent plusieurs sphères de la vie d'un individu. Les principaux TCA sont l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Il existe d'autres TCA (p. ex. bigorexie, compulsion alimentaire). On appelle un TCA qui se caractérise par la présence de symptômes associés à plus d'un TCA un TCA non spécifié.

Les principaux symptômes de l'anorexie sont la restriction alimentaire menant à un faible poids, une peur intense de prendre du poids, des comportements qui interfèrent avec le gain de poids (malgré un faible poids) et une perturbation de l'image corporelle. La boulimie se caractérise quant à elle par des épisodes répétés de comportements hyperphagiques (c.-à-d. consommation rapide de grande quantité de nourriture) suivis de comportements compensatoires pour éliminer les calories ingérées (p. ex. restriction alimentaire, vomissement, exercice physique excessif, utilisation de laxatifs et diurétiques). Une perte de contrôle, un sentiment de honte et une culpabilité caractérisent la psychopathologie de la boulimie.

Bien que les TCA apparaissent parfois durant l'adolescence, plusieurs adultes en souffrent également. Ainsi, plusieurs organisations de santé et de services sociaux développent une offre de services pour prendre en charge les TCA chez les adultes.

1.2. La clinique des troubles de conduites alimentaires pour adultes du CIUSSS Estrie – CHUS

La clinique des TCA pour adultes de la DPSMD du CIUSSS de l'Estrie – CHUS offre des services d'évaluation, gestion et traitement aux adultes avec un TCA. L'offre de services destinée aux enfants et adolescents relève d'un programme-service (c.-à-d. pédopsychiatrie) dans une autre direction clinique (c.-à-d. programme jeunesse). La mission de la clinique des TCA pour adultes est d'offrir une offre de services complète et diversifiée visant le rétablissement de l'usager dans une perspective biopsychosociale incluant la stabilisation médicale, une réalimentation, des interventions motivationnelles, un enseignement sur sa maladie, la gestion de ses émotions et une réflexion psychothérapeutique. La philosophie d'intervention de la clinique est basée sur l'autodétermination et l'autonomisation des usagers. La clinique poursuit aussi les objectifs suivants :

1. Accompagner l'usager dans l'acceptation de son TCA et dans sa motivation au changement.
2. Améliorer la connaissance du TCA par l'usager et ses proches.
3. Guider l'usager dans sa réalimentation et dans la normalisation de ses comportements alimentaires.
4. Améliorer l'état physique, psychologique et social de l'usager.
5. Explorer, identifier et traiter les enjeux psychologiques reliés au TCA.
6. Permettre à l'usager d'utiliser ses forces et ressources lors du processus thérapeutique.
7. Favoriser le changement, atteindre un mieux-être et un sentiment de contrôle sur sa vie.
8. Régulariser ses émotions.

9. Assurer la sécurité de l'usager, surtout ceux avec un haut taux de complications médicales.
10. Diminuer le taux de suicide et de mortalité lié aux TCA
11. Prévenir les rechutes et l'évolution TCA

1.3. L'offre de services spécialisée de la clinique TCA pour adultes

L'offre de services spécialisée de la clinique des TCA pour adultes est complémentaire à celle des autres programmes services de la DPSMD. L'équipe multidisciplinaire de la clinique TCA travaille en collaboration avec les professionnels des autres programmes services et directions du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. L'offre de services spécialisée de la clinique TCA pour adultes contient différents services. Ceux-ci sont disponibles en suivi interne pour une clientèle nécessitant une hospitalisation ou en suivi externe (en contexte ambulatoire) pour des adultes qui ne requièrent pas d'hospitalisation, mais qui ont besoin de services spécialisés. Tant en ambulatoire qu'à l'interne, diverses interventions individuelles et de groupes sont offertes (p. ex. évaluation et suivi psychiatrique, approche motivationnelle, éducative ou compréhensive, psychothérapie individuelle ou de groupe, intervention psychosociale, nutritionnelle ou infirmière). Cette offre de services, dispensée individuellement et en groupe, en suivi interne ou externe, est le résultat d'une collaboration multidisciplinaire (p. ex. psychiatre, psychologue, travailleur social, nutritionniste, infirmier, gestionnaire).

1.3.1. L'offre de services spécialisée dispensée lors d'un suivi externe

L'offre de services spécialisée de la clinique TCA dispensée en suivi externe est destinée aux adultes qui ne requièrent pas d'hospitalisation, mais qui ont tout de même besoin de services spécialisés. Elle comprend un suivi individuel hebdomadaire et personnalisé (avec un psychiatre et un psychologue, rencontrés séparément), ainsi qu'un suivi en groupe thérapeutique hebdomadaire d'une durée de 15 semaines (annexe 3, tableau 1 pour connaître le curriculum complet du groupe thérapeutique hebdomadaire). À chaque semaine, une rencontre de groupe d'une durée approximative de 2.5 heures et comprenant 8 à 10 usagers est dispensée. À la suite de cet épisode de services, l'équipe multidisciplinaire procède à la réévaluation de l'état de l'usager. Selon son état et ses besoins, l'usager peut être réorienté vers la 1^{re} ligne du système de santé et de services sociaux (p. ex. médecin de famille, psychologue, organisme communautaire), vers une plus grande intensité de services (p. ex. hospitalisation en suivi interne) ou un nouvel épisode de services de 15 semaines en ambulatoire (suivi externe #2).

1.4. Contexte et besoin décisionnel

En septembre 2016, la DPSMD du CIUSSS de l'Estrie - CHUS procède à l'implantation d'une clinique TCA pour adultes. À l'automne 2017, suivant un objectif d'amélioration de leurs services, les gestionnaires de cette clinique souhaitent examiner les écrits scientifiques pour faire état des meilleures connaissances existantes quant aux pratiques et services pour traiter les TCA chez les adultes. L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est mandatée pour répondre à cette préoccupation. L'objectif de la clinique des TCA pour adultes est d'adapter son offre de services aux données probantes et aux besoins de sa clientèle. À cet égard, le besoin décisionnel du demandeur est formulé en phase de cadrage du projet d'évaluation.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Quelles sont les composantes cliniques et organisationnelles communes aux interventions efficaces et sécuritaires chez les adultes avec un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) par une clinique spécialisée lors d'un suivi externe? |
|---|

1.5. Question décisionnelle

Après avoir tenu compte des enjeux associés au contexte et au besoin décisionnel, en collaboration avec la clinique des TCA pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'UETMISSS propose quatre questions d'évaluations déclinées sous trois dimensions.

1.5.1. Dimensions efficacité et sécurité

- Q1. Quelles sont les interventions efficaces et sécuritaires pour prendre en charge le TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) des adultes dans le cadre d'un suivi externe?
- Q2. Quelles sont les composantes cliniques et organisationnelles communes aux interventions efficaces et sécuritaires dans la prise en charge d'un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) chez les adultes lors d'un suivi externe?

1.5.2. Dimension organisationnelle

- Q3. Quelle offre de services pour adultes avec un TCA permet la meilleure intégration des services entre a) une clinique spécialisée et la communauté? b) une clinique spécialisée et la 1^{re} ligne du réseau de la santé et des services sociaux? et c) une clinique spécialisée pour adultes et une pour enfants et adolescents?

1.5.3. Dimension expérientielle

- Q4. Quelles sont les composantes fondamentales d'une offre de services dans la prise en charge d'un TCA chez les adultes?

1.6. La trajectoire de services pour les adultes avec un TCA au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le demandeur souhaite pouvoir identifier des composantes communes aux interventions thérapeutiques individuelles et de groupes chez des adultes avec un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) lors d'un suivi externe dans une clinique offrant des soins et services spécialisés. L'identification des composantes communes se fera selon quatre critères d'intérêts pour le demandeur, soit :1) l'efficacité et 2) la sécurité des interventions de prise en charge, ainsi que les enjeux 3) organisationnels et 4) expérientiels caractérisant ces services.

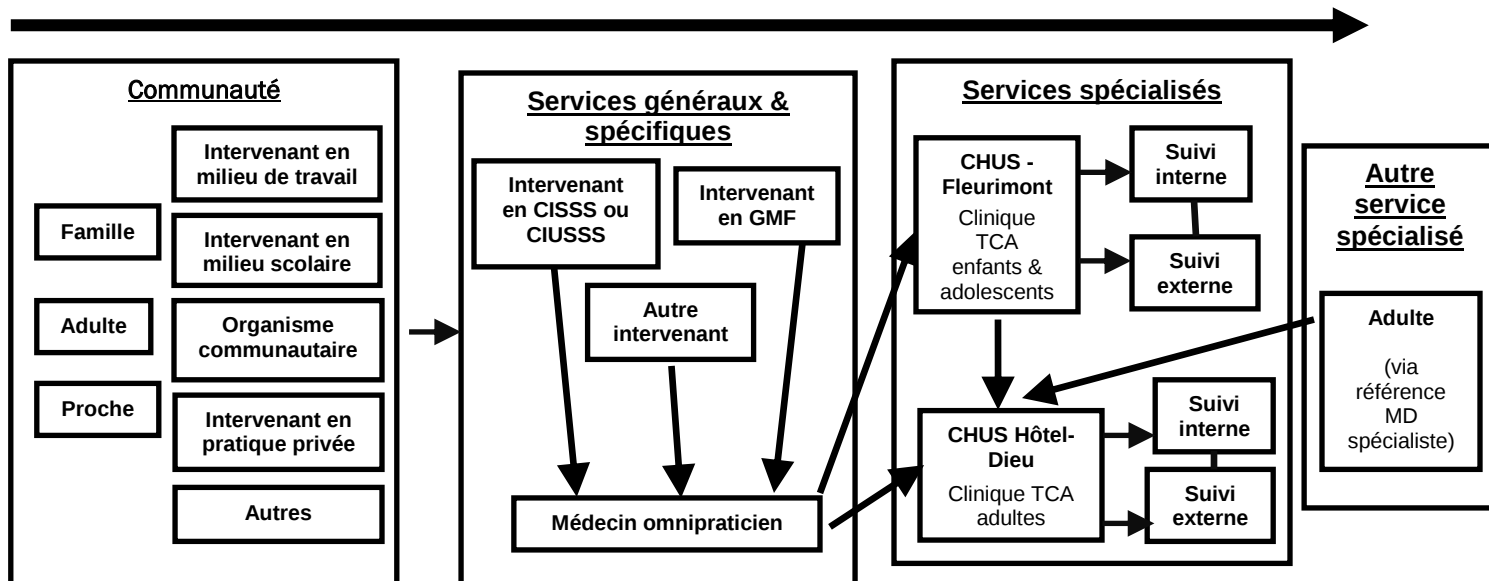


Figure 1. La trajectoire de services pour les adultes avec un TCA au CIUSSS de l'Estrie - CHUS

1.7. Modèle logique de l'évaluation

Du modèle logique ci-dessous (figure 2) émergent les questions d'évaluation. La 1^{re} question traite de l'efficacité et de la sécurité des interventions de prise en charge d'un TCA en suivi ambulatoire. La 2^e question vise à identifier les composantes communes aux interventions efficaces et sécuritaires. La 3^e question traite de l'intégration des services spécialisés le long d'une trajectoire de services allant de la communauté, aux services généraux et spécifiques d'une part, vers les services spécialisés d'autre part. Finalement, la 4^e et dernière question traite des composantes fondamentales d'une offre de services spécialisée, (mais du point de vue des parties prenantes impliquées).

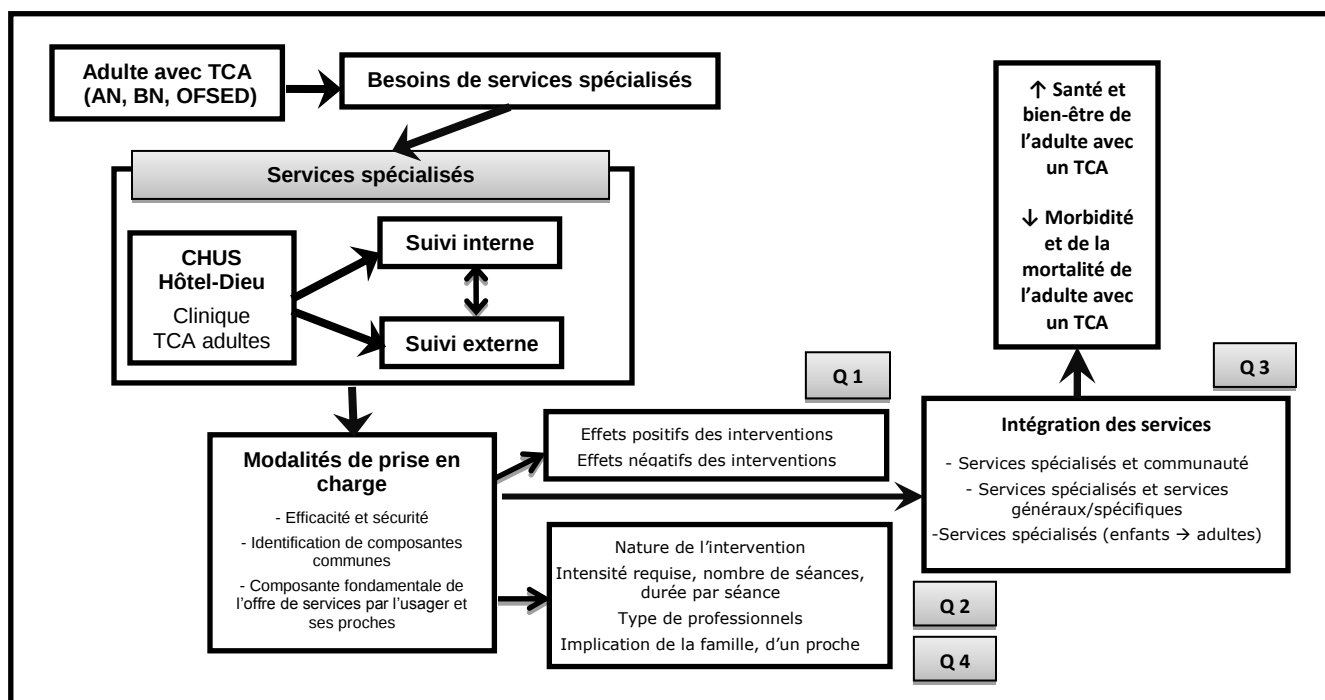


Figure 2. Modèle logique du modèle d'intervention évalué dans cette ETMI.

2. MÉTHODOLOGIE

Pour répondre au besoin décisionnel et aux questions d'évaluation, une démarche évaluative à trois volets (c.-à-d. *synthèse multi-sources des données*¹) a été menée (figure 3). Cette méthode contient une recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise en amont d'un volet documentant des données contextuelles et expérientielles pour éclairer la prise de décision dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Le 3^e volet en est un de consultation, de validation et de co-construction des recommandations.

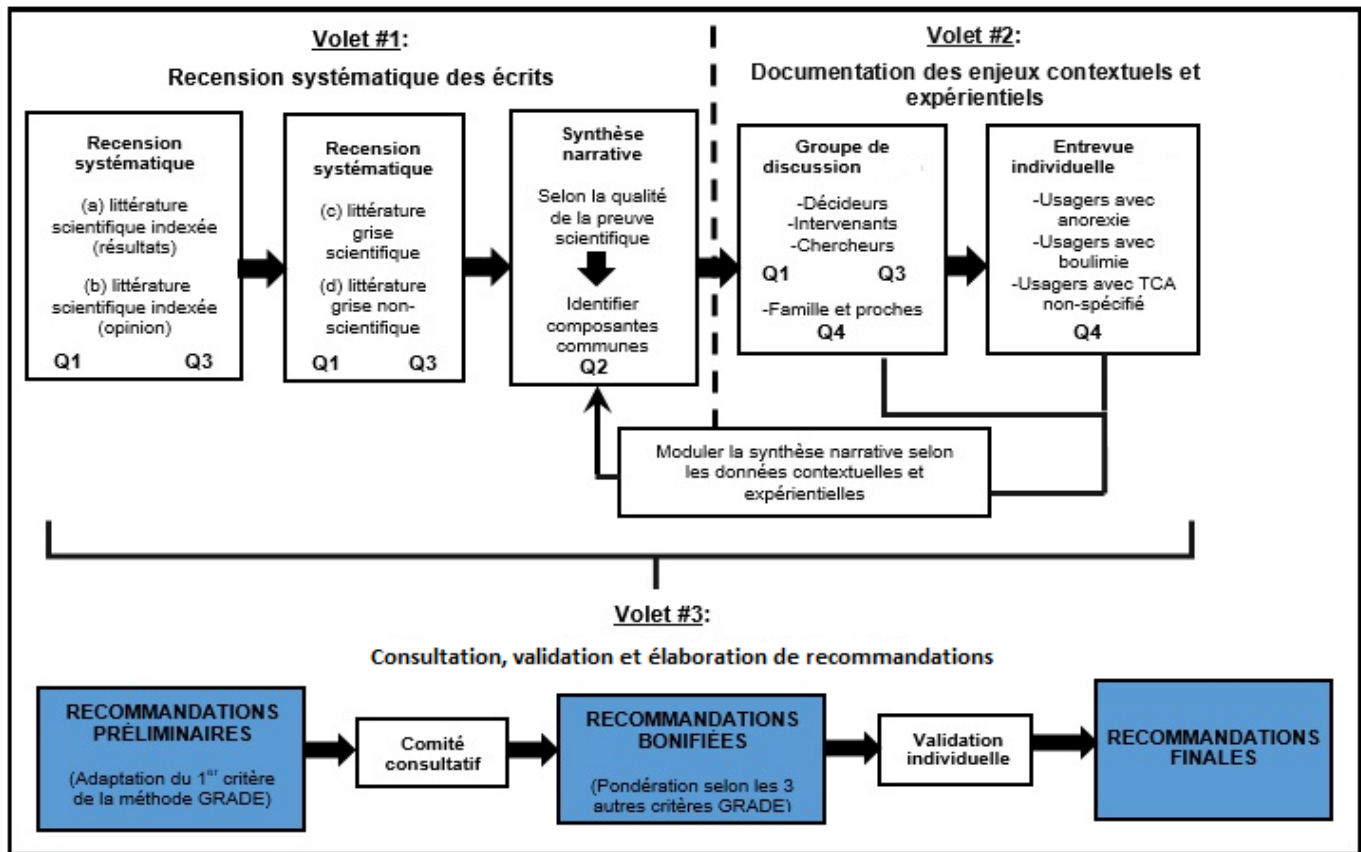


Figure 3. Démarche évaluative employée pour réaliser l'ETMI

2.1. Volet #1 (Recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise)

Le 1^{er} volet de l'ETMI est une revue systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise¹. Son objectif est de faire le portrait des interventions efficaces et sécuritaires pour adultes avec un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) lors d'un suivi externe et répertorier des documents pertinents non publiés dans une revue avec comité de pairs. Ce volet se termine par une synthèse des résultats (basée sur la qualité de la preuve scientifique de chaque document) et par une analyse comparative des composantes communes aux interventions efficaces et sécuritaires.

¹ Il n'y a pas de consensus sur ce qu'est la littérature grise. Dans le cadre de cette ETMI, la littérature grise fait référence aux documents scientifiques (ou non) qui ne sont pas publiés dans une revue scientifique avec comité de pairs.

2.1.1. Recension systématique des écrits scientifiques

2.1.1.1. Stratégie de recherche documentaire

Pour réaliser la revue systématique des écrits scientifiques, une stratégie de recherche documentaire a été, *a priori*, conjointement élaborée par un bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (FL) et le conseiller en évaluation responsable de l'ETMI (MR). Cette stratégie de recherche a été validée par un 2^e bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (MK). L'exécution de la recherche a été réalisée par le 1^{er} bibliothécaire.

2.1.1.1.1. 1^{re} étape de recherche : Combiner des mots-clés

L'expression « *intervention efficace et sécuritaire dans la prise en charge d'un TCA chez les adultes lors d'un suivi externe* » a été déclinée en quatre composantes (tableau 1). Sous chaque composante, des mots-clés ont été identifiés. Ces mots-clés ont été validés par un 2^e bibliothécaire et par le demandeur.

Tableau 1. Mots-clés utilisés pour la recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature

Composante A (adulte avec TCA)	Composante B (prise en charge)	Composante C (lors d'un suivi externe)	Composante D (efficace et sécuritaire)
Adults, eating disorder, anorexia, bulimia	Treatment, management, care therapy, psychotherapy, nursing, rehabilitation, intervention	Outpatient, ambulatory care	Efficacy, effectiveness, effective, effectiveness, safety, safe, successful, treatment outcome, evidence-based

Pour chaque banque de donnée utilisée (c.-à-d. Medline, CINAHL, PsycInfo, Scopus, Érudit, Cochrane database of systematic reviews), la stratégie de recherche a été de combiner les mots-clés pour couvrir chaque composante en français et en anglais. Une limite temporelle était fixée à 2007, mais certaines références pertinentes antérieures ont été conservées.

2.1.1.1.2) 2^e étape de recherche : Examen des titres et des résumés

Le titre et le résumé de chaque référence ont été examinés. Les références avec un titre ou résumé permettant d'exclure un article ont été supprimées alors que celles répondant aux critères d'inclusions ont été conservées (tableau 2). Cette étape de sélection a été effectuée indépendamment par le conseiller responsable de l'ETMI (MR) et le médecin-conseil à l'UETMISSS (PD). En cas de désaccord sur les références, la directrice scientifique de l'UETMISSS (VD) tranchait.

Tableau 2. Critères d'inclusions/exclusions utilisés pour la recension systématique des écrits scientifiques et de littérature grise

Critère d'inclusion (n = 8)	Critère d'exclusion (n = 3)
1. Référence en français et en anglais, 2. portant sur intervention ou une modalité de prise en charge, 3. chez les humains, 4. adultes, 5. diagnostiqués avec un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié), 6. lors d'un suivi externe, 7. abordant un critère d'intérêt pour le demandeur, 8. durant la période 2007-2018.	1. Autre langue que le français et l'anglais 2. Chez des enfants et des adolescents 3. Autre type de TCA (c.-à-d. bigorexie, compulsion alimentaire) 4. Pas lors de suivi externe (c.-à-d. hospitalisation, hôpital de jour)

2.1.1.1.3. 3^e étape de recherche : Sélection des références pertinentes

Chaque document restant a été lu en entier. Certains ont été rejetés et d'autres conservés. Cette 2^e étape de sélection a permis de supprimer les documents qu'une simple lecture du titre et résumé ne permettait pas.

2.1.2. Recension systématique de la littérature grise

2.1.2.1. Stratégie de recherche documentaire

D'autres outils et moteurs de recherche ont été utilisés pour la revue de littérature grise (c.-à-d. BANQ, CUBIQ, Santécom, ProQuest Dissertations and Theses, Google, Google Scholar). Pour chaque catalogue et engin de recherche, la stratégie était la même que pour la revue des écrits scientifiques (c.-à-d. mots-clés en français et en anglais pour couvrir les composantes du tableau 1). La limite temporelle fixée était 2007, mais a tenu compte des références pertinentes antérieures. Pour « Google » et « Google Scholar », les liens des trois premières pages de résultats ont été examinés pour chaque combinaison de mots-clés.

2.1.3. Procédure d'extraction des données issues des études/documents sélectionnés

Le conseiller en évaluation (MR) a extrait les données des documents retenus à l'aide de six grilles d'extraction (c.-à-d. revue littérature et recension systématique, étude quantitative, étude qualitative, étude mixte, autre article scientifique, document de littérature grise, voir annexe 1).

2.1.4. Évaluation de la qualité des écrits scientifiques et de la littérature grise

Tous les documents retenus ont subi un processus d'évaluation de la qualité pour moduler la synthèse des résultats selon la preuve scientifique. Puisque la stratégie de recherche tient compte de différentes approches méthodologiques (p. ex. quantitative, qualitative, mixte) et catégories de publication (p. ex. recherche originale, revue de littérature), quatre grilles d'évaluation ont été utilisées.

2.1.4.1. Grille d'évaluation de la qualité des articles quantitatifs

La grille pour évaluer la qualité des articles quantitatifs est celle de Timmer et collègues². Bien que

cette grille ait été développée pour juger la qualité d'un résumé, elle est utilisée pour juger la qualité d'articles scientifiques³⁻⁵. Cette grille contient 19 items et une source supplémentaire de point. Pour chaque item, deux points sont attribués s'il est atteint, un s'il est partiellement atteint et aucun s'il n'est pas atteint. Cinq points sont attribués selon la conception de l'étude et l'existence d'une randomisation. Le score maximal est 43 points. Les items de la grille ne sont pas applicables à toutes les études. Pour chaque item non applicable, deux points sont soustraits du score total possible et une nouvelle note maximale est calculée. Pour comparer les scores entre les articles, un rapport est calculé en divisant la note d'un article par la note maximale possible. Les scores de qualité varient entre 0 et 1 (les meilleurs avec un score plus près de 1).

2.1.4.2. Grille d'évaluation de la qualité des articles qualitatifs

La grille pour évaluer la qualité des articles qualitatifs est celle du National Institute for Health and Clinical Excellence⁶. Cette grille de 13 items évalue six composantes d'une étude qualitative (c.-à-d. but, conception, recrutement/collecte de données, analyse, résultats/interprétation, implication). Chaque item est dichotomique. Une fois les items jugés, l'article reçoit un score « ++ » si la totalité ou la plupart des items sont remplis, « + » si certains des items sont remplis ou un « - » si peu ou pas d'items sont remplis. Pour évacuer la subjectivité, le score « ++ » a été attribué aux articles traitant 11 items et plus, le score « + » aux articles adressant 7 à 10 items et le score « - » aux articles traitant 6 items ou moins.

2.1.4.3. Grille d'évaluation de la qualité des études mixtes

La grille pour juger les études mixtes est celle de Pluye et collègues⁷. Cette grille contient deux composantes communes. La 1^{re} permet d'évaluer des éléments propres à tout article scientifique (2 items) et la 2^e des critères propres aux études mixtes (5 items). En plus de ces composantes communes, s'ajoute une 3^e et une 4^e composante spécifique au devis d'étude qualitatif et quantitatif employé (chaque composante contient 5 items). Tous les critères de la grille sont dichotomiques (c.-à-d. oui, non). Chaque étude peut amasser un maximum de 17 points. Un rapport a été calculé en divisant la note obtenue par la note maximale possible afin de permettre la comparaison des scores.

2.1.4.4. Grille d'évaluation de la qualité des revues de la littérature

La grille utilisée pour juger la qualité des revues systématiques de la littérature est AMSTAR-2⁸ qui évalue la présence ou l'absence de 16 items. Tous les items ne sont pas applicables à toutes les revues de littérature. Ainsi, pour chaque item non applicable, un point est soustrait du score possible. Pour comparer les scores de qualité, un rapport a été calculé en divisant la note obtenue par la note maximale possible. Plus ce rapport se rapproche de 1, plus la revue est de qualité supérieure.

2.1.4.5. Grille d'évaluation de la qualité pour les guides de pratique

La grille pour juger la qualité d'un guide de pratique est AGREE-2⁹. Cet outil contient 23 items organisés en 6 domaines. Chaque domaine est conçu pour décrire une dimension particulière de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (c.-à-d. champ et objectif, participation des groupes, rigueur d'élaboration, clarté et présentation, applicabilité, indépendance éditoriale). Chaque item est coté sur une échelle allant de 1 à 7 points. Un score de 1 indique une absence d'informations ou un item très mal rapporté. Une note de 7 indique que la qualité du rapport est exceptionnelle pour cet item. Un score entre 2 et 6 indique que l'item ne répond pas pleinement aux critères de la grille.

Pour comparer les scores de qualité, un rapport a été calculé en divisant la note obtenue par la note maximale possible (c.-à-d. $23 \times 7 = 161$). Plus ce rapport se rapproche de 1, plus le guide de pratique clinique est de qualité supérieure.

2.1.5. Synthèse narrative des résultats

À partir des données extraites, une synthèse des résultats a été effectuée. Cette synthèse des résultats tient compte de la qualité de la preuve scientifique pour chaque document retenu.

2.1.6. Identifier les composantes communes des interventions efficaces et sécuritaires

À la suite de cette synthèse, une analyse comparative identifiant des composantes communes aux interventions efficaces et sécuritaires a été effectuée.

2.2. Volet #2 (Documentation des données contextuelles et expérientielles)

Le 2^e volet de l'ETMI recueille des données contextuelles et expérientielles. Pour explorer ces données, un groupe de discussion ($n = 1$) et des entrevues individuelles ($n = 6$) ont été réalisés. L'objectif était de colliger de l'information pour bonifier et contextualiser la synthèse narrative. Le groupe de discussion a duré environ deux heures et contenait huit participants (c.-à-d. 2 décideurs, 2 cliniciens, 2 chercheurs, 2 proches aidants). Un recrutement opportuniste a été mené par le conseiller en évaluation (MR) et le demandeur. Six entrevues individuelles ont aussi été menées avec d'anciens usagers de la clinique (c.-à-d. deux adultes avec une anorexie, deux adultes avec une boulimie, 2 adultes avec un TCA non spécifié; 5 femmes et 1 homme). Un recrutement opportuniste a aussi été effectué par le conseiller en évaluation et le demandeur. Aux entrevues individuelles, l'expérience des soins et services était abordée. Le consentement de l'ensemble des participants aux entrevues individuelles et au groupe de discussion a été obtenu.

2.2.1. Guide d'entrevue pour le groupe de discussion et les entrevues individuelles

Le guide d'entrevue était semi-structuré. Il s'inspire des questions d'évaluation et respecte les principes de l'approche par question¹⁰⁻¹¹. Selon cette approche, cinq types de questions sont construites et posées dans l'ordre suivant : 1) ouverture, 2) introduction, 3) transition, 4) sujet principal et 5) fermeture.

2.2.2. Analyse des données qualitatives

Une analyse de contenu en quatre étapes a été effectuée sur les données qualitatives recueillies.

2.2.2.1. 1^{re} étape : Double écoute du groupe de discussion et des entrevues

Deux écoutes du groupe de discussion et de chaque entrevue ont été pratiquées par le conseiller en évaluation. La 1^{re} était une écoute d'appropriation qui permettait d'identifier les grands thèmes émergents. Des passages bruts ont été placés sous chaque thème pour enrichir la synthèse des résultats. La 2^e écoute était une écoute de validation qui augmente la validité interne de la démarche d'analyse de contenu.

2.2.2.2. 2^e étape : Codage des données

La 2^e étape de l'analyse de contenu est le codage des données. Les thèmes préalablement identifiés ont été regroupés en dimension d'analyse¹² selon un processus de codage ouvert en deux étapes (c.-à-d. codage axial et sélectif). Durant le codage axial, les catégories d'analyses sont issues du matériel¹³. Le conseiller en évaluation identifie des passages liés les uns aux autres. Ces passages sont des idées, thèmes ou concepts liés aux questions d'évaluation. Le conseiller regroupe ensuite ces passages en dimensions globales qui deviennent les catégories de la grille d'analyse qualitative. Vient le codage sélectif qui ordonne par importance les catégories de la grille d'analyse en vue du traitement des données.

2.2.2.3. 3^e étape : Traitement des données

La 3^e étape est le traitement des données. À cette étape, la grille d'analyse permet de réanalyser ses données. Le traitement peut se faire de manière sémantique ou statistique¹². La méthode sémantique est utilisée dans cette ETMI¹².

2.2.2.4. 4^e étape : Interprétation des données

La dernière étape de l'analyse de contenu consiste à interpréter les données codées et traitées. Cette étape s'effectue en deux phases : déconstruction et reconstruction. La phase de déconstruction consiste à sortir des groupes de discussion pour replacer les données en regard des objectifs d'analyse¹⁴. Dans cette phase interprétative, le conseiller s'interroge sur les contextes et éléments pouvant moduler ses conclusions. Dans la phase de reconstruction, il développe un argumentaire à partir du discours construit.

2.3. Volet #3 (Consultation, validation et élaboration des recommandations)

Le 3^e volet de l'ETMI est un volet de consultation, validation et co-construction des recommandations. Dans un 1^{er} temps, des recommandations préliminaires sont élaborées. Ces recommandations ont été présentées en comité consultatif. Grâce aux commentaires des gens sur ce comité, ces recommandations préliminaires ont été pondérées et sont devenues des recommandations bonifiées. Ces recommandations bonifiées ont été validées individuellement pour en faire des recommandations finales.

2.3.1. Révision externe des données scientifiques

À la suite de la finalisation des deux premiers volets de l'ETMI (c.-à-d. recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise, documentation des données contextuelles et expérientielles) et à l'écriture d'un rapport préliminaire, trois réviseurs externes ont commenté la démarche évaluative et son contenu scientifique afin d'améliorer la qualité du présent rapport.

2.3.2. Élaboration et catégorisation des recommandations préliminaires

Les recommandations préliminaires ont été formulées avec l'ensemble des données probantes amassées dans cette ETMI (c.-à-d. littérature scientifique, littérature grise, données contextuelles, données expérientielles). Chaque recommandation préliminaire a été catégorisée selon la force de la preuve scientifique lui étant sous-jacente (avec le tableau 2 de l'annexe 3 qui est inspiré de méthodes

existantes en évaluation¹⁵⁻¹⁶). Selon notre méthode déjà employée dans une ETMI en santé mentale¹⁶, trois éléments déterminent la force de la preuve scientifique sous-jacente à une recommandation préliminaire (c.-à-d. SQ des documents scientifiques, consensus entre données scientifiques et littérature grise, consensus entre données scientifiques et données contextuelles/expérientielles). Dans une situation où il y a conflit entre ces éléments (p. ex. données issues d'un ou plusieurs écrits scientifiques, mais consensus fort, moyen, faible (ou pas de consensus) entre les corpus de connaissances), les SQ des documents scientifiques deviennent discriminant dans la détermination de la force de la preuve scientifique sous-jacente à la recommandation.

2.3.2.1. Formation d'un comité consultatif et de contextualisation

Un comité consultatif et de contextualisation a été formé en début d'ETMI (Voir annexe 2) pour :

- a. S'exprimer quant aux dimensions et indicateurs sélectionnés,
- b. Commenter le plan de réalisation et bonifier la démarche évaluative,
- c. Suivre les travaux de l'ETMI,
- d. Donner ses commentaires et suggestions à différents moments clés,
- e. Co-construire les recommandations issues de la démarche évaluative.

2.3.3. Présentation des recommandations préliminaires en comité consultatif

Les recommandations préliminaires ont été présentées au comité consultatif pour examiner l'acceptabilité, la faisabilité et la pertinence de ces recommandations, obtenir des commentaires sur celles-ci et s'enquérir d'éléments dont il faut tenir compte vers l'élaboration de recommandations bonifiées.

2.3.4. Pondération des recommandations préliminaires

À la suite de cette rencontre de comité consultatif, les recommandations préliminaires ont été pondérées en recommandations bonifiées. Cette pondération a été effectuée grâce aux commentaires reçus en rencontre de comité consultatif et de contextualisation et sur la base de trois critères de délibération, soit : 1) les avantages et inconvénients des recommandations préliminaires, 2) leur acceptabilité, faisabilité et pertinence et 3) l'utilisation juste et adéquate des ressources de la clinique et les répercussions sur l'offre de services. Une recommandation préliminaire avec une preuve de forte qualité pouvait être pondérée à la baisse, tout comme une recommandation avec une preuve de faible qualité pouvait être revue à la hausse.

2.3.5. Production d'un rapport ETMI contenant des recommandations finales

Les recommandations bonifiées ont été validées individuellement par les membres du comité consultatif. Après cette série de consultations individuelles, les recommandations bonifiées sont devenues finales.

3 RÉSULTATS

À la suite de la recension systématique des écrits scientifiques, 499 références ont été identifiées. Une fois les doublons éliminés, 335 références ont été examinées (double sélection indépendante 1). À la lecture du titre et résumé de ces références, 192 ont été rejetés et 143 autres ont été lus en entier (double sélection indépendante 2). Après cette lecture, 68 titres ont été rejetés. Au final, 75 articles scientifiques ont été conservés à des fins d'évaluation de la qualité (annexe 3, figure 1). Quant à la littérature grise, 12 documents ont été identifiés. À la lecture du titre et du résumé des documents, neuf ont été rejetés (double sélection indépendante). Une combinaison des mots-clés sur « Google » a permis d'identifier un document supplémentaire et de porter le chiffre final de documents de littérature grise à quatre (annexe 3, figure 2). La double sélection indépendante a indiqué un accord excellent (coefficient kappa = 0.85).

3.1. Résultats sur l'efficacité et la sécurité des interventions de traitement des TCA chez l'adulte

3.1.1. Écrits scientifiques et revue de la littérature grise

À la suite de la recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise, 72 documents abordent l'efficacité ou la sécurité des interventions thérapeutiques pour des adultes avec un TCA (c.-à-d. anorexie (AN), boulimie (BN), TCA non spécifié (OSFED)). De ce nombre, il y a 21 études quasi-expérimentales pré-post¹⁷⁻³⁷ avec des SQ entre 0.59 et 0.86, 20 études cliniques randomisées (ECR)³⁸⁻⁵⁷ avec des SQ entre 0.53 et 1.00, huit études de cohorte⁵⁸⁻⁶⁵ avec des SQ entre 0.65 et 0.78, sept études basées sur une série de cas⁶⁶⁻⁷² avec des SQ entre 0.54 et 0.76, une étude mixte avec un SQ modéré⁷³, une étude transversale avec un SQ modéré⁷⁴, deux études de cas avec un SQ faible⁷⁵⁻⁷⁶, un éditorial⁷⁷, un document de prise de position⁷⁸, un document relatant des recommandations⁷⁹ avec un SQ de 0.53, quatre revues narratives de la littérature⁸⁰⁻⁸³ avec des SQ entre 0.10 et 0.57, une recension systématique des écrits scientifiques avec un SQ de 1.00⁸⁴ et quatre documents de littérature grise⁸⁵⁻⁸⁸ avec des SQ entre 0.69 et 0.91.

À la suite de la lecture de ces documents, l'ensemble des traitements ambulatoires des adultes aux prises avec un TCA ont été regroupés en trois catégories (c.-à-d. psychothérapie, pharmacologie, traitement alternatif). Chaque catégorie contient diverses interventions pouvant être dispensées seules ou de manière combinée dans le cadre d'une offre de services spécialisée.

3.1.1.1. Les interventions psychothérapeutiques

Plusieurs interventions psychothérapeutiques sont dispensées en ambulatoire chez les adultes avec un TCA. Pour la HAS⁸⁷, la prise en charge d'un TCA chez les adultes doit contenir un suivi psychologique. Quelle que soit l'intervention psychothérapeutique, elle recommande un suivi d'au moins un an après objectivation médicale des premières améliorations cliniques⁸⁷.

3.1.1.1.1. Thérapie cognitivo-comportementale

Vingt et un documents traitent de l'efficacité ou la sécurité des interventions de thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Tous stipulent qu'il s'agit d'une intervention efficace et sécuritaire pour traiter les adultes avec AN, BN ou OSFED^{18,27,29,32,35,43,48,57-65,67-68,70,74,77}. Certaines composantes sont

communes aux interventions de TCC. Le format de l'intervention (p. ex. groupe, individuel) n'est pas tant associé à une efficacité accrue que le maintien de l'intervention sur une période prolongée (c.-à-d. 20 à 40 semaines, intensité hebdomadaire, durée = 50 à 90 minutes). Dans plusieurs documents^{24,29,35,48,59,61}, l'intensité du suivi est tributaire du poids au début du traitement. L'issue d'une TCC ne dépend pas du TCA, mais du profil individuel (c.-à-d. humeur^{48,64,70,77}, perfectionnisme^{48,64,70,77}, faible estime de soi^{48,64,70,77}, difficultés interpersonnelles^{48,64,70,77}, image corporelle négative³²). La TCC doit cerner les facteurs de maintien du TCA en plus de traiter ses symptômes⁷⁷. Des études décrivent le début de la TCC comme une fenêtre d'opportunité pour réduire la psychopathologie générale, favoriser la reprise pondérale et créer une alliance thérapeutique optimale^{58,62-63,67,70,74}. Une intervention de TCC sur DVD a été démontrée efficace pour améliorer le bien-être et réduire les comportements hyperphagiques et de purges chez des adultes BN dans une étude quasi-expérimentale pré-post de qualité modérée)²⁷.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Prise en charge d'un TCA adulte doit généralement contenir un suivi psychologique.	0.69
2. Peu importe l'INT choisie, un suivi au-delà des premières améliorations cliniques est recommandé.	0.69
3. Le maintien de la TCC et de son intensité sur une période prolongée (plutôt que la TCC).	0.65, 0.73, 0.70, 0.81, 0.81, 0.92, 0.93
4. L'issue d'une TCC ne dépend pas du TCA, mais du profil individuel.	0.69, 0.73, 0.78, 0.86, 0.92
5. La TCC doit cerner les facteurs de maintien du TCA (en plus des symptômes).	0.84, 0.95
6. Début TCC = opportunité pour ↓ psychopathologie, ↑ poids et ↑ alliance thérapeutique.	0.62, 0.68, 0.73, 0.73, 0.76, 0.76

3.1.1.1.1.1. Thérapie cognitivo-comportementale vs Specialist supportive clinical management

Deux ECR de qualité élevée ^{40,55} abordent l'efficacité comparée d'une TCC et d'une intervention nommée « *specialist supportive clinical management* » (SSCM) chez des femmes AN. Pour chaque intervention, l'intensité est la même (c.-à-d. 30 séances individuelles de 50 minutes sur 8 mois). Les deux interventions sont axées sur la qualité de vie plutôt que sur les symptômes du TCA ou la reprise pondérale. Les résultats indiquent une efficacité des deux interventions et aucune différence en regard de l'attrition, de la qualité de vie, de la symptomatologie et du poids.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. TCC = SSCM chez AN (à intensité égale)	0.84, 0.95

3.1.1.1.1.2. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie cognitivo-comportementale avec une intervention motivationnelle

Lorsque l'efficacité d'une TCC seule est comparée à l'efficacité de la même TCC suivie d'une intervention motivationnelle de 4 séances avec un psychologue dans une étude quasi-expérimentale de type pré-post de qualité élevée¹⁹, aucune différence n'est observée entre les deux options thérapeutiques.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. TCC = TCC + INT motivationnelle de quatre séances avec PSY

0.81

3.1.1.1.1.3. Thérapie cognitivo-comportementale vs Specialist supportive clinical management vs Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults

Lorsqu'une TCC est comparée à la SSCM et la *Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults* (MANTRA) chez des femmes AN (ECR de qualité élevée⁴³), il n'y a pas de différence post-intervention. Les trois interventions sont efficaces sur la reprise pondérale, la psychopathologie et les symptômes anxieux et dépressifs. Les gains cliniques sont maintenus à un an. Après analyse du contenu des interventions, il appert que l'intensité thérapeutique des interventions est similaire (c.-à-d. 25 à 40 séances de 50 minutes sur 10 mois) selon le poids initial.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. TCC = SSCM = MANTRA

0.93

3.1.1.1.1.4. Thérapie cognitivo-comportementale vs Interpersonal psychotherapy

Lorsque l'efficacité d'une TCC est comparée à une « *interpersonal psychotherapy* » (IPT) dans un ECR de qualité élevée avec 130 femmes de divers TCA⁴⁷, des différences significatives sont notées. Bien que les deux interventions soient efficaces quant à la psychopathologie du TCA, les résultats sont meilleurs pour la TCC (c.-à-d. 448 % des TCC déclarent ne pas avoir jeûné, vomi ou pris de laxatifs vs 21.7 % des IPT). Le taux de rémission (66 % TCC vs 33 % IPT) appuie cette conclusion. Ces différences sont toujours significatives après 60 semaines. La TCC est donc plus efficace ou agit plus rapidement que l'IPT.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. TCC > IPT (ou agit plus rapidement)

0.97

3.1.1.1.1.5. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie cognitivo-comportementale avec jeu vidéo

Lorsque l'efficacité d'une TCC est comparée à la même TCC bonifiée d'une séance de jeu vidéo (20 minutes) chez 38 adultes BN dans une étude quasi-expérimentale de qualité modérée²⁶, des résultats significatifs émergent. Les résultats de la TCC + jeu vidéo sont meilleurs pour l'attrition, la rémission, la psychopathologie générale et certaines cibles non-alimentaires (c.-à-d. anxiété, colère).

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. TCC + Jeu vidéo > TCC

0.68

3.1.1.1.1.6. Thérapie cognitivo-comportementale vs Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults vs Interpersonal psychotherapy vs Thérapie analytique cognitive vs Psychothérapie psychoanalytique focale vs Psychothérapie psychodynamique focale vs Thérapie féministe

Hay et collègues⁸⁴ dans une revue systématique d'ECR, de bonne qualité comparent la TCC à six psychothérapies (c.-à-d. MANTRA, IPT, thérapie analytique cognitive (TAC), psychothérapie psychoanalytique focale (PPAF), psychothérapie psychodynamique focale (PPDF), thérapie féministe (TF)) chez des adultes AN. Aucune intervention n'est supérieure à une autre pour les variables étudiées.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. TCC = MANTRA = IPT = TAC = PPAF = PPDF = TF	1.00

3.1.1.1.1.7. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie cognitivo-comportementale avec une intervention nutritionnelle

Deux études quasi-expérimentales pré-post traitent d'une TCC suivie d'une intervention nutritionnelle³³⁻³⁴. La 1^{re} étude de qualité modérée³³ est menée sur 365 femmes AN-R et 204 OSFED-AN pendant 32 semaines. Les résultats indiquent une efficacité pour la reprise pondérale. Dans la 2^e étude de qualité élevée³⁴, une séance de réhabilitation nutritionnelle d'une heure suit chaque séance de TCC (pendant 48 semaines) chez 195 adultes avec un TCA (c.-à-d. 57 AN, 32 BN, 34 OSFED) comparativement à un bloc de séances post-intervention comme à la 1^{re} étude³³. Cette intervention se révèle efficace en regard de la qualité de vie, de la croissance personnelle, de l'acceptation de soi et de la psychopathologie générale.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. TCC + INT nutritionnelle = ↑ poids, qualité de vie, croissance personnelle, acceptation de soi et ↓ psychopathologie	0.76 0.86

3.1.1.1.1.8. Thérapie cognitivo-comportementale vs Thérapie focale psychodynamique

Zipfell et collègues⁵⁷ (ECR de qualité élevée incluant 242 femmes AN) ont comparé l'effet d'une TCC à une thérapie focale psychodynamique (TFP) sur 10 mois. La TFP est construite en trois phases : 1) alliance thérapeutique, comportements pro-AN, croyances ego-syntoniques, estime de soi, 2) associations entre relations interpersonnelles et comportements alimentaires, et 3) transfert des acquis et fin d'intervention. En post-intervention, les auteurs ont noté une reprise de poids supérieure pour la TCC.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. TCC > TFP pour ↑ poids	1.00

3.1.1.1.2. Thérapie de remédiation cognitive

Trois documents^{24,30,73} traitent de l'efficacité et la sécurité d'une thérapie de remédiation cognitive (TRC) chez des adultes AN, BN et OSFED. Une 1^{re} étude quasi-expérimentale pré-post de qualité modérée²⁴ démontre une amélioration des performances neuropsychologiques, du fonctionnement

global, de la régulation des impulsions, de la conscience intéroceptive, des compétences réflexives et de sensibilisation, ainsi qu'une reprise pondérale. Une 2^e étude quasi-expérimentale pré-post de faible qualité³⁰ met en relief l'amélioration de la flexibilité cognitive, une diminution du perfectionnisme et une hausse de la satisfaction à l'égard de la vie. La 3^e étude est mixte et de qualité modérée⁷³. Elle porte sur d'autres composantes de la TRC (p. ex. scepticisme initial face au traitement, satisfaction que l'intervention ne soit pas centrée sur l'alimentation, ambivalence et utilité des tâches à accomplir, alliance thérapeutique, relation face à l'alimentation). Une conclusion commune à ces études est que la TRC est utile pour améliorer l'adhérence à une intervention principale^{24,30,73}. D'autres éléments communs sont le nombre de séances (c.-à-d. 4 à 10 séances hebdomadaires, 45-60 minutes dispensées par un psychologue avec exercices pour améliorer les stratégies cognitives, les capacités réflexives et le traitement de l'information). À la suite de ces exercices, le psychologue étudie le point de vue du patient et voit si des stratégies cognitives sont bénéfiques. L'idée est que la pratique améliore la performance qui rehausse la confiance du patient à utiliser l'habileté concernée²⁴. Les patients apprennent à réfléchir sur leurs pensées et à améliorer leur flexibilité cognitive³⁰.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. TRC peut ↑ efficacité et adhérence à un INT principale	0.59, 0.73, 0.79

3.1.1.1.3. Formulation de cas

Un ECR de qualité élevée³⁸ traite de l'efficacité d'une méthode de « *formulation de cas* » chez 72 adultes AN. Intégrée à une psychothérapie, cette technique sert à poser des hypothèses sur les causes et facteurs de maintien du TCA. Elle est utile à l'alliance thérapeutique en permettant d'adapter les stratégies thérapeutiques selon les besoins du patient.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Formulation cas = ↑ alliance thérapeutique et permet d'adapter les stratégies thérapeutiques selon l'usager	0.85

3.1.1.1.4. Compassion focused therapy

Une revue narrative de littérature de faible qualité porte sur l'efficacité de la « *compassion focused therapy* » (CFT)⁸⁰. Dispensée en groupe, la CFT contient des composantes traitant la honte et l'autocritique. Elle enseigne comment se considérer soi-même autrement qu'avec hostilité. Ces composantes sont à intégrer dans une offre de services axée sur le rétablissement et sur comment vivre dans une société axée sur la diète. Elle propose une analyse fonctionnelle du TCA en trois étapes (c.-à-d. psychoéducation, construction des capacités, rétablissement). La CFT est efficace dans la gestion et le traitement de la honte, de l'autocritique, de l'auto-hostilité et des difficultés de générer et vivre des émotions affectives⁸⁰. Elle est prometteuse pour gérer les comportements restrictifs, hyperphagiques et de purges⁸⁰.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. CFT efficace pour ↓ honte, autocritique, auto-hostilité et difficultés de vivre des émotions affectives	0.14

3.1.1.1.5. Intervention psychoéducatrice brève en groupe

Deux études quasi-expérimentales pré-post traitent de l'efficacité et la sécurité d'interventions psychoéducatrices brèves en groupe chez des adultes BN et OSFED-BN^{20,28}. Ces interventions sont formées d'une séance hebdomadaire de 90 minutes pendant 6 (qualité élevée²⁸) et 10 semaines (qualité modérée²⁰). Chaque séance est multidisciplinaire (p. ex. nutritionniste, psychologue, résident en psychiatrie, psychothérapeute) et contient au moins un psychologue. L'objectif est d'offrir de l'information et assurer une psychoéducation sans entrer dans l'histoire personnelle du patient. Les sujets sont généraux (p. ex. conséquence du TCA, suivi des plans de repas, prévention des comportements hyperphagiques et des rechutes). L'intervention est efficace et les taux de rémission varient entre 31 % et 40 % pour les comportements hyperphagiques et autour de 60 % pour les comportements de purges. En post-intervention, les deux études notent une amélioration de la psychopathologie générale. Encore une fois, la différence diagnostique BN et OSFED-BN semble peu pertinente (aucune différence significative).

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. INT psychoéducatrice brève de groupe = Efficace pour ↓ comportements hyperphagiques et de purges	0.76, 0.82

3.1.1.1.6. Intervention psychoéducatrice intensive individuelle

Caslini et collègues avec une étude de faible qualité présentant une série de cas⁶⁶ ont testé l'efficacité d'une intervention intensive chez 8 femmes de 19 à 45 ans (3 AN-R, 2 BN, 3 OSFED) sur la dissociation, l'alexithymie et la régulation des impulsions. Après évaluation psychiatrique et multidisciplinaire, un psychologue a dispensé une intervention basée sur la restructuration cognitive, la régulation émotionnelle, la reprise pondérale, l'impulsivité, le perfectionnisme, l'insatisfaction corporelle, le contrôle et le sentiment d'inutilité perçue. L'intervention est complétée par des éléments psychothérapeutiques dynamiques de soutien qui construisent un lien de confiance et qui élargissent la perception de soi, l'auto-organisation, la séparation corps/esprit et la capacité d'identifier les émotions. Les résultats démontrent une diminution de la symptomatologie générale, de l'impulsivité et de l'insatisfaction corporelle⁶⁶.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. INT psychoéducatrice intensive individuelle = ↓ symptomatologie générale, impulsivité et insatisfaction corporelle	0.54

3.1.1.1.7. Dialectical behavior therapy

Deux documents traitent de l'efficacité et la sécurité d'une « *Dialectical behavior therapy* » (DBT) chez des adultes avec TCA (ECR de qualité élevée⁴⁵) et TCA avec un trouble de personnalité limite (TPL) comme comorbidité (étude quasi-expérimentale pré-post de qualité modérée²¹). L'intervention est multidisciplinaire, contient divers formats (p. ex. individuel, groupe, par téléphone) et vise les relations interpersonnelles, la régulation des affects et l'impulsivité. Des séances de pleine conscience, yoga et nutrition complètent l'offre de services^{21,45}. Du côté de l'efficacité, malgré une détresse générale plus élevée en pré et post-intervention chez les TCA + TPL²¹, les deux groupes ont une diminution similaire quant à la symptomatologie dépressive et anxieuse^{21,45}. Pour la régulation des affects, les résultats indiquent qu'en pré-intervention, les TCA + TPL sont moins aptes à réguler leur affect (vs patients

sans TPL) alors qu'il n'y a pas de différence post-intervention. Les résultats démontrent que l'intervention est plus efficace sur les variables comportementales et attitudinales, sur l'utilisation de substances, la régulation négative de l'humeur et les symptômes dépressifs⁴⁵.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. DBT = ↓ utilisation substances, humeur négative et symptômes dépressifs	0.65, 0.83

3.1.1.1.8. Intervention de thérapie familiale

Chen et collègues ont testé l'efficacité d'une intervention de thérapie familiale chez 22 adultes AN de 18 à 26 ans dans une étude quasi-expérimentale pré-post de qualité modérée²⁵. L'intervention comprend 18 à 20 séances dispensées en 6 mois. Cette intervention propose quatre nuances par rapport à la thérapie familiale pour adolescents (c.-à-d. l'adulte présent n'est pas obligatoirement le parent, thérapeute plus collaboratif, cibles thérapeutiques touchent la transition vers la vie adulte, phase finale avec psychothérapie individuelle). Sans avoir de preuves de son efficacité, les participants et proches aidants jugent l'intervention acceptable. Pour Guarda et collègues dans une revue narrative de faible qualité⁸¹, contrairement aux adolescents, les interventions familiales sont beaucoup moins efficaces dans le traitement de l'AN chez l'adulte.

3.1.1.1.9. Acceptance-based mirror exposure therapy

Hildebrandt et collègues ont testé dans un ECR de qualité élevée⁵⁰ l'efficacité d'une intervention comportementale centrée sur l'image corporelle nommée « *acceptance-based mirror exposure therapy* » (A-MET). Cette intervention consiste à se tenir devant un miroir et s'abstenir de vérifier rituellement son corps (ou de l'éviter) pour s'habituer aux émotions négatives associées. Cette intervention comprend 5 séances de 50 minutes en complément à une intervention principale. À chaque séance, le patient s'observe devant un miroir et le thérapeute encourage le patient à se décrire sans se juger défavorablement. Les patients terminent cette tâche lorsqu'ils se décrivent de la tête aux pieds, en utilisant tous les angles disponibles. Suite à cette exposition, les thérapeutes discutent avec le patient et lui donne un devoir. Le choix de la tenue à porter pour cet exercice est conçu de manière à suivre une hiérarchie de tenues anxiogènes (c.-à-d. 1^{re} exposition = tenue normale, 5^e exposition = tenue de sortie ou maillot de bain). À la suite de cette intervention, des améliorations sont observées pour les différentes variables mesurant le concept d'insatisfaction corporelle.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. A-MET = ↓ insatisfaction corporelle (en complément à une INT principale)	0.88

3.1.1.1.10. Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults

Trois documents de qualité élevée⁵²⁻⁵⁴ et un document de qualité modérée⁷² traitent de l'efficacité d'une intervention MANTRA chez des adultes AN ou OSFED-AN. MANTRA met l'accent sur les pensées rigides (p. ex. perfectionnisme, trait obsessionnel compulsif) et vise à éviter les émotions fortes et croyances pro-anorectiques. L'intervention cible des changements alimentaires et une reprise pondérale par des séances motivationnelles et de TCC. En raison de la nature modulaire du TCC, il en résulte une intervention ciblée qui vise les symptômes cliniques, les traits de personnalité et le profil neuropsychologique des patients⁷². Dans l'étude de Wade (série de cas de qualité modérée)⁷²,

l'intervention contient 25 séances d'une heure (20 hebdomadaires et 5 mensuelles). Les 5 à 8 premières séances sont axées sur l'entrevue motivationnelle. Un manuel et un cahier de travail sont élaborés pour chaque patient et l'intervention est dispensée par un psychologue. Dans les autres études (tous des ECR de qualité élevée)⁵²⁻⁵⁴, l'efficacité de MANTRA est comparée à SSCM. Les composantes communes aux interventions sont l'intensité des séances (20 séances individuelles hebdomadaires, 4 séances mensuelles de suivi, 2 séances avec un proche). Les résultats supportent l'efficacité de MANTRA. Chez Wade⁷², le taux de rémission est 30 % et est maintenu un an post-intervention. Les variables associées à une absence de rémission sont une faible estime de soi et un sentiment d'inefficacité pré-intervention.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. MANTRA est efficace pour traiter AN	0.76, 0.93, 0.93,
2. Variables associées à une absence de rémission = faible estime de soi et sentiment d'inefficacité pré-INT	0.93 0.76, 0.93

3.1.1.1.11. Intervention axée sur émotions

Wnuk et al.³⁷ ont testé l'efficacité d'une intervention hebdomadaire de groupe de 16 semaines axée sur les émotions chez des femmes BN et OSFED dans une étude quasi-expérimentale pré-post de qualité modérée. La 1^{re} séance porte sur le curriculum de l'intervention et sur la psychoéducation d'un TCA et des émotions associées. Les autres séances débutent par une introduction dans laquelle les gens résument leurs luttes. Les thèmes identifiés servent à la séance. Des patientes discutent devant les autres. Après chaque discussion, les patientes analysent son contenu. Aucune attrition n'est observée. En post-intervention, il y a diminution des comportements hyperphagiques et de purges, de la difficulté à gérer les émotions, ainsi qu'une amélioration de l'humeur, de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et des émotions associées.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. INT axée sur émotions = ↓ comportements hyperphagiques et purges, ↓ difficulté à gérer émotions, ↑ humeur, estime de soi, sentiment d'auto-efficacité et émotions	0.68

3.1.1.1.12. Thérapie cognitive d'acceptation des émotions

Wildes et al.³⁶ ont testé une thérapie cognitive d'acceptation des émotions (TCAE) sur 24 adultes AN dans une étude quasi-expérimentale de type pré-post de qualité modérée. Cette intervention combine des composantes comportementales, des stratégies de sensibilisation aux émotions et encourage la réalisation d'activités significatives. Elle est dispensée en 33 à 58 séances (2 séances/semaine pendant 4 semaines et ensuite 1 séance/semaine) selon 3 phases. À la phase 1, le patient et le thérapeute développent une compréhension commune du TCA et fixent des buts quant au poids, symptômes, acceptation des émotions, évitement d'expériences désagréables et participation à des activités significatives. À la phase 2, le thérapeute aide le patient à atteindre ses objectifs à l'aide de diverses stratégies. La phase 3 sert à consolider les acquis. Chez ceux qui terminent l'intervention (54.2 %), on note une reprise pondérale, une diminution des symptômes alimentaires déviants et moins d'évitement émotif 6 mois après l'intervention.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. TCAE = ↑ poids, ↓ symptômes alimentaires déviants et évitement émotif	0.62

3.1.1.2. Les interventions pharmacologiques

Différents médicaments sont testés chez des adultes avec un TCA en suivi externe. Attia et al.³⁹ (ECR de qualité élevée) ont examiné l'efficacité et la sécurité de l'**olanzapine** chez 23 adultes AN pendant 8 semaines. La dose initiale était de 2.5 mg/jour et a été augmentée à 5 et 10 mg/jour aux semaines 4 et 6 (si la dose précédente était tolérée). Les sujets n'étaient pas soumis à d'autres interventions (ni pharmacologique, ni psychothérapeutique). Les résultats démontrent que 74 % terminent l'intervention, que les patients tolèrent l'olanzapine (sédation est le seul effet secondaire noté), que le poids post-intervention est plus élevé (après contrôle du poids initial) et que la psychopathologie s'est améliorée.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Olanzapine chez AN = ↑ poids et amélioration psychopathologie	0.81
2. Effet secondaire rapporté = sédation	0.81

Bloch et al. (ECR de qualité modérée⁴²) ont testé l'efficacité de l'hormone déhydroepiandrosterone (**DHEA**) chez 26 femmes AN en suivi externe intégrant une psychothérapie dynamique individuelle (1 fois/semaine), des séances de psychothérapie cognitive de soutien en groupe et un suivi nutritionnel hebdomadaire. Les patientes étaient traitées oralement (50 mg, 2 fois/jour pendant 6 mois) et recevaient une dose quotidienne de carbonate de calcium 600 mg et 200 UI de vitamine D3. En post-intervention, les résultats indiquent une amélioration des paramètres psychologiques dans les deux groupes, aucun effet sur la densité minérale osseuse et une augmentation du poids après quatre mois pour le groupe DHEA.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. DHEA chez AN = ↑ IMC post-traitement	0.70

L'efficacité de la **quétiapine** a été testée dans deux études^{31,46}. Dans Court et al. (ECR de qualité modérée⁴⁵), l'effet de la quétiapine était testée sur 33 adultes pendant 12 semaines (dose initiale = 100 mg/jour et dose maximale = 400 mg/jour à la semaine 4). Des améliorations sont rapportées dans les deux groupes pour la psychopathologie et le poids. Ces résultats sont maintenus à 6 mois et à 1 an. Les effets secondaires les plus souvent rapportés sont la sédation, la fatigue, la difficulté à se concentrer et de légers vertiges (30-50 % des patients). Dans la 2^e étude, une étude quasi-expérimentale de type pré-post de qualité modérée³¹, l'intervention sur 10 semaines (avec une dose entre 100 et 300 mg/jour) indiquent des résultats similaires (c.-à-d. amélioration de la psychopathologie, diminution des symptômes dépressifs et obsessionnels compulsifs).

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Quétiapine chez TCA = amélioration psychopathologie, ↑ poids, ↓ symptômes dépressifs et obsessionnels.	0.71, 0.79 0.71
2. Effet secondaire rapporté = sédation, fatigue, difficulté à se concentrer et vertiges (30-50 % des patients).	

Quant à la **duloxétine** (60 mg/jour pendant 16 semaines), testée sur 5 femmes BN avec comorbidité dépressive (série de cas avec un SQ faible⁷¹), les résultats notent une diminution des comportements hyperphagiques et de purges. Un ECR de faible qualité⁵¹ teste l'efficacité de trois médicaments (**fluoxétine**, **fluvoxamine**, **sertraline**) chez 60 patientes BN divisées en 3 groupes pour une intervention

de 10 semaines (fluoxétine, 60mg/jour, fluvoxamine, 200 mg/jour, sertraline 100mg/jour). Les résultats indiquent une diminution des comportements hyperphagiques et de purges pour les groupes fluoxétine et fluvoxamine. De l'anxiété, de l'insomnie, des maux de tête ont été noté pour 90 %, 50 % et 15 % (groupe fluoxétine), sudation et sécheresse buccale chez 70 % et 25 % (groupe fluvoxamine) et de l'insomnie chez 30 % (groupe sertraline). Ces résultats indiquent que les ISRS bien tolérés et sont efficaces pour diminuer les symptômes de BN.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Duloxétine = ↓ comportements hyperphagiques et de purges.	0.54
2. Fluvoxamine et fluoxétine = ↓ comportements hyperphagiques et de purges.	0.53
3. Effet secondaire rapporté (Fluoxétine) = anxiété, insomnie, maux de tête chez 90 %, 50 % et 15 %.	0.53
4. Effet secondaire rapporté (Fluvoxamine) = sudation et sécheresse buccale chez 70 % et 25 % .	0.53
5. Effet secondaire rapporté (Sertraline) = insomnie 30 %.	

Safer et al. (étude de cas individuelle de faible qualité⁷⁵) ont testé l'effet de 45 mg/jour de **mirtazapine** pendant 6 semaines en contexte ambulatoire post-hospitalisation chez une patiente de 50 ans avec AN depuis 7 ans avec une dépression majeure. Les résultats indiquent une amélioration du poids et une diminution des symptômes dépressifs.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Mirtazapine = ↑ poids et ↓ symptômes dépressifs	0.49

Tortorella et al. (revue narrative de faible qualité⁸²) suggèrent que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont efficaces pour traiter la BN, qu'ils ne sont pas efficaces pour la reprise pondérale chez les patients AN, mais qu'ils le sont pour gérer une comorbidité dépressive et obsessionnelle-compulsive. Ainsi, chez les AN, les antidépresseurs sont efficaces en cas de comorbidité anxieuse, dépressive ou obsessionnelle-compulsive^{79,82,87}. Les antipsychotiques atypiques (p. ex. quétiapine, olanzapine) sont des options prometteuses pour le traitement des AN plus sévères, car ils peuvent induire un gain de poids et gérer une psychopathologie sévère. D'autres traitements, tels que le **topiramate anticonvulsivant** sont prometteurs pour traiter la BN si les ISRS ne sont pas suffisants⁸⁶ puisqu'ils peuvent aider à diminuer les comportements hyperphagiques et de purges.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. ISRS = Efficace pour traiter BN	0.54
2. ISRS = Efficace pour traiter comorbidité AN	0.53, 0.54, 0.69
3. Les antipsychotiques atypiques (p. ex. quétiapine, olanzapine) sont prometteurs pour traiter AN plus sévères car ils peuvent induire un gain de poids et gérer une psychopathologie sévère	0.65, 0.81
4. Topiramate anticonvulsivant = ↓ diminuer comportements hyperphagiques et de purges pour BN	0.81

Pour traiter la BN, la TCC est également efficace. Il peut donc être approprié d'adopter une approche pharmacologique en cas de préférence du patient, de réponse incomplète à la TCC ou d'absence de TCC⁸⁶. La **fluoxétine** a démontré une plus grande efficacité à plus forte dose (60 mg/jour⁸⁶). En raison de leur profil d'effets secondaires relativement bénin, d'autres ISRS devraient être utilisés si la fluoxétine est inefficace, mais d'autres classes d'antidépresseurs peuvent également être envisagées. Si les antidépresseurs sont insuffisants, le topiramate peut être indiqué⁸⁶.

3.1.1.3. Les interventions complémentaires

Huit documents abordent l'efficacité et la sécurité de diverses interventions de prise en charge d'un TCA chez les adultes lors d'un suivi externe qui ne sont ni des interventions psychothérapeutiques ou pharmacologiques. Un ECR de qualité modérée⁴⁹ examine l'efficacité de l'**acupuncture** chez 9 adultes (c.-à-d. 5 AN, 4 BN). L'intervention comprend 10 séances administrées par un acupuncteur pratiquant un diagnostic axé sur l'identification des viscères et des mouvements intestinaux. Les auteurs notent une amélioration de la qualité de vie perçue par le patient, ainsi qu'une diminution de l'anxiété et du perfectionnisme⁴⁹.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité	SQ
1. Acupuncture = ↑ qualité de vie perçue par patient, ↓ anxiété, ↓ perfectionnisme	0.74

Pour Robbins et al.⁷⁸ (document de prise de position) les interventions traditionnelles ne répondent pas toujours aux besoins des patients. Des thérapies complémentaires (c.-à-d. narration, poésie) sont plus alignées aux besoins de certains. Les interventions utilisant des techniques expressives et narratives donnent une voix et aident à récupérer du contrôle sur sa vie. Ces techniques sont reconnues sur le terrain, mais écartées par manque de preuves⁷⁸. **La thérapie narrative** va au-delà de la compréhension étiologique de l'AN. Elle explore les influences culturelles sur le TCA et utilise le langage et la croyance à travers la puissance et l'influence des mots. L'AN reçoit une voix. En externalisant le TCA et en le séparant du patient, un espace émerge et modifie la perspective du TCA. **La thérapie poétique** est utilisée pour introduire des thèmes et fournir une base pour l'exploration écrite ou orale. Les poèmes créent une compréhension empathique, diminuent le sentiment d'isolement et suscitent l'espoir.

Walpoth et al.⁵⁶ ont testé une intervention de **stimulation magnétique transcrânienne répétitive** chez 14 femmes BN de 18 à 35 ans au moyen d'un ECR de qualité modérée. L'intervention est un outil thérapeutique en psychiatrie exerçant des effets secondaires cognitifs légers. C'est une méthode non invasive, neurophysiologique, capable de dépolariser les neurones corticaux avec une courte impulsion magnétique. Dans cet ECR, les patients ont été randomisés en 2 groupes et l'intervention est dispensée pendant 3 semaines à raison de 3 séances/semaine. À chaque session, 10 stimulations de 10 secondes (espacées de 60 secondes, intensité = 120 % à 20 Hertz) sont administrées (vs fausse stimulation en placebo). Les résultats indiquent une diminution des comportements hyperphagiques et de purges et une amélioration des symptômes dépressifs et obsessifs chez les 2 groupes (expérimental et contrôle). Les auteurs concluent que cette technique n'a pas d'avantages en comparaison au statu quo.

Un ECR avec un SQ élevé⁴¹ teste quant à lui l'efficacité d'une intervention technologique en 2^e intention (après hospitalisation pour TCA) pour maintenir les gains cliniques de 165 femmes BN ou OSFED. L'intervention est par **messagerie texte** et permet une interaction hebdomadaire entre les patients et les prestataires de soins pendant 16 semaines. Chaque semaine, dans un format standardisé, les patientes rapportent leur état sur trois symptômes (c.-à-d. insatisfaction corporelle, fréquence de comportements hyperphagiques et compensatoires). Selon un algorithme, un logiciel évalue les messages entrants selon la gravité et leur évolution. L'algorithme suggère alors un message de rétroaction formulé pour développer le soutien et le bien-être des patients, renforcer l'amélioration des symptômes et rappeler les stratégies apprises pour surmonter les situations difficiles.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. INT par messagerie texte = ↓ comportements hyperphagiques et compensatoires et ↑ satisfaction corporelle

0.81

Bergh et al. (étude quasi-expérimentale de type pré-post avec une qualité modérée²²) testent quant à eux chez 1428 patients AN, BN ou OSFED une intervention de **mandomètre**. Les patients normalisent leur alimentation via la rétroaction d'une balance connectée à un ordinateur sous leur assiette. En consultant un moniteur, les patients comparent leur rythme de consommation à celui d'une personne saine mangeant le même repas. Les patients développent des sentiments normaux de satiété. Au début, un thérapeute assiste les patients et les laisse seul peu à peu. Les patients reçoivent de la chaleur, en utilisant des pièces chaudes, des couvertures thermiques ou des vestes pour les calmer et éviter d'utiliser des calories pour la thermorégulation. L'activité physique est restreinte dans le même but. Les résultats indiquent que 75 % des patients sont en rémission après une médiane de 12,5 mois.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. INT mandomètre = ↑ % rémission

0.73

Catalan-Matamoros et collègues testent quant à eux dans un ECR de qualité modérée⁴⁴ l'efficacité d'une intervention de thérapie corporelle inspirée de traditions occidentales et de la pratique orientale du T'ai-chi Ch'uan chez 28 adultes avec TCA depuis moins de 5 ans. Fondée sur une tradition humaniste et holistique, la thérapie corporelle vise l'auto-exploration, l'expérience personnelle du mouvement, l'interaction entre l'être conscient, l'action et la relation. Ces explorations reposent sur 3 éléments principaux (c.-à-d. stabilité posturale, respiration, conscience mentale). Au cours des 2 premières semaines, les patients ont une session d'une heure/semaine. Les séances des 5 semaines suivantes sont de 1,5 heures et bi-hebdomadaires. Au total, chaque patient reçoit 12 séances. Les résultats indiquent une amélioration de la psychopathologie et de la qualité de vie.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. INT thérapie corporelle = ↑ psychopathologie et qualité de vie

0.73

Finalement, il est dit que **le conseil nutritionnel** avec des nutritionnistes est une intervention complémentaire largement soutenue, mais non recommandé comme traitement principal d'un TCA⁸⁶. Une revue narrative de la littérature de faible qualité⁸³ ajoute que les interventions complémentaires ne sont pas efficaces seules, mais qu'elles sont nécessaires à une prise en charge multidisciplinaire de l'AN.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité**SQ**

1. INT nutritionnel = Efficace comme INT d'appoint

0.57, 0.81

3.1.2. Données contextuelles et expérientielles

Le 2^e volet de l'ETMI fournit des données contextuelles et expérientielles liés à l'efficacité et la sécurité des interventions pour adultes avec un TCA en suivi externe. L'analyse de contenu pratiquée sur les entrevues individuelles et le groupe de discussion permet d'identifier cinq thèmes et de les réunir sous une dimension (tableau 3).

Tableau 3. Thèmes liés à l'efficacité des interventions de prise en charge d'un TCA chez des adultes et regroupement des thèmes en dimensions d'analyse qualitatives

5 thèmes liés à l'efficacité	1 dimension globale
1. L'efficacité perçue par les intervenants	Dimension 1 → L'efficacité : des définitions pluriels
2. L'efficacité perçue par les gestionnaires	
3. L'efficacité perçue par les proches aidants	
4. Des effets positifs perçus par les usagers	
5. Des effets négatifs perçus par les usagers	

3.1.2.1. Différentes perceptions de l'efficacité selon les parties prenantes consultées

L'efficacité d'une intervention pour traiter un adulte avec un TCA en ambulatoire est perçue différemment selon les acteurs consultés. Si pour les cliniciens, une intervention efficace est avant tout une intervention sécuritaire, ils mettent aussi en relief l'aspect interdisciplinaire de la prise en charge et l'importance de la reprise alimentaire.

« Il faut que l'alimentation redevienne quelque chose de facile, un acte spontané, associé au plaisir. Sans reprise d'une routine alimentaire, on ne peut pas prétendre à une intervention efficace ».

Du côté des gestionnaires, l'efficacité signifie l'accessibilité à une offre de services spécialisée et la continuité des services avec le RSSS. Il ne doit pas y avoir de « trou » dans la trajectoire de services. Les proches aidants partagent aussi cette perception de l'efficacité. Pour les proches des adultes avec un TCA, l'efficacité d'une intervention en suivi externe passe aussi par l'implication d'un proche dans le parcours de soin. Finalement, du côté des usagers, l'efficacité d'une intervention de prise en charge passe par l'accès à un espace de parole où il « peut enfin parler à des gens qui comprennent vraiment ce qu'il vit ».

3.2. Résultats sur l'intégration des différents niveaux de services

3.2.1. Écrits scientifiques et revue de la littérature grise

Un article scientifique⁸⁹ et deux documents de la littérature grise^{86,88} sont issus du 1^{er} volet de l'ETMI. L'article scientifique est une étude de cas traitant d'un mode d'intervention australien nommé *Eating Disorders Outreach Service*. Il s'agit d'une offre de service intégrée qui relève d'un hôpital et qui fournit des services dans quatre domaines (c.-à-d. accès aux services, développer des services, éduquer et former les intervenants, liaison et consultation). Ce mode d'intervention facilite la prise en charge du TCA, renforce les capacités des intervenants et fait le pont entre l'hôpital et la communauté. Il facilite l'accès des patients aux services médicaux et psychiatriques et joue un rôle de leadership dans le développement de forums de réseautage entre cliniciens et autres acteurs, ainsi que dans la prestation de services et d'opportunités éducatives fondées sur des données probantes⁸⁹.

Les deux documents de la littérature grise sont des guides de bonnes pratiques pour traiter les adultes avec TCA. Le premier document⁸⁶ est destiné aux cliniciens de la Colombie-Britannique et vise à optimiser le continuum de soins et services. Il est noté dans ce document qu'un suivi ambulatoire de faible intensité est recommandé pour la majorité des adultes avec un TCA. Il permet d'apprendre

et mettre en pratique de nouvelles compétences et de recevoir des soins spécialisés. La définition de « *faible intensité* » n'est toutefois pas spécifiée. Elle peut varier d'une visite unique à plusieurs visites hebdomadaires en séances individuelles (ou de groupe) dispensées par un médecin ou une équipe multidisciplinaire travaillant en milieu communautaire ou hospitalier⁸⁶. Le deuxième document est produit par une agence d'évaluation anglaise et recommande que les services soient dispensés par au moins deux prestataires (un psychiatre ou psychologue d'une part et un omnipraticien d'autre part⁸⁸). En ambulatoire, la coordination des services est assurée par un médecin dont le rôle est de prescrire les actions nécessaires, maintenir une vue d'ensemble et assurer le lien avec les autres intervenants⁸⁸.

Faits saillants sur l'intégration des différents niveaux de services	SQ
1. Suivi ambulatoire de faible intensité est recommandé pour la majorité des adultes avec TCA.	0.81
2. Services dispensés par au moins deux prestataires (dont un psychiatre ou psychologue et un omnipraticien).	0.69

3.2.2. Données contextuelles et expérientielles

Le 2^e volet informe sur les données contextuelles et expérientielles en lien avec la continuité des soins et services. L'analyse de contenu permet d'identifier 9 thèmes et de les réunir sous 5 dimensions (tableau 4).

Tableau 4. Thèmes liés à la continuité des services de prise en charge d'un TCA chez des adultes et regroupement des thèmes en dimensions d'analyse qualitatives.

9 thèmes liés à la continuité des services	5 dimensions globales
1. La connaissance des TCA 2. La connaissance de l'offre de services spécialisée	Dimension 1 → Mieux connaître la maladie et l'offre de services spécialisée
3. Peu de liens entre les deux offres de services 4. Une intensité de services différents	Dimension 2 → La transition entre l'offre de services pour enfants/adolescents et celle pour adultes
5. Un manque de concertation entre les acteurs du RSSS 6. Un manque d'accessibilité aux services	Dimension 3 → L'accessibilité et la concertation dans le RSSS
7. L'après intervention : le retour vers rien	Dimension 4 → Un manque de suivi post-intervention
8. Les limites des services dans la communauté 9. La barrière du privé	Dimension 5 → Les obstacles aux services qui ne relèvent pas du RSSS

3.2.2.1. Mieux connaître la maladie et l'offre de services spécialisée

Cette dimension se décline en deux thèmes. L'analyse de contenu révèle que les intervenants de 1^{re} ligne ne connaissent pas suffisamment les TCA. Beaucoup ont l'impression qu'ils ne voient dans les TCA que l'extrême de la maladie. Or, il faut intervenir en amont des comportements extrêmes. Un deuxième thème sous cette dimension fait état de la connaissance de l'offre de services spécialisée par les intervenants du RSSS. Tant dans les groupes de médecine familiale (GMF) que dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), cette offre de services est peu connue. Or, il faut que l'offre de services spécialisée pour adultes soit connue des intervenants de 1^{re} ligne pour que les usagers y accèdent.

3.2.2.2. La transition entre l'offre de services pour enfants/adolescents et celle pour adultes

Cette dimension se décline aussi en deux thèmes. Il est clair qu'il n'y a pas assez de liens entre les deux offres de services spécialisées au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (c.-à-d. enfants et adolescents d'une part, adultes d'autre part). L'articulation entre les offres de services est jugée sévèrement. Plus d'un usager ont indiqué que pour avoir accès aux services TCA pour adultes, une nouvelle hospitalisation est requise.

« Quand je suis devenue majeure, je n'étais pas suivie par la clinique pour adultes. Ils m'ont dit que pour être suivie, je devais être ré-hospitalisée. Faque je suis retombée et j'ai enfin eu des services ».

Un deuxième thème est celui de l'intensité des services. D'une intensité de services plus grande chez les enfants et adolescents, les usagers adultes arrivent dans une clinique où l'intensité de services est moindre. Les usagers comprennent mais souhaitent un encadrement plus serré.

« Je comprends que je suis adulte et que c'est mon travail de chercher de l'aide, mais il faut que les gens viennent nous chercher (même si on est adulte). On n'ira pas chercher l'aide, même si on sait qu'on en a besoin ».

3.2.2.3. L'accessibilité et la concertation dans le RSSS

Cette dimension se décline aussi en deux thèmes. Il y a d'abord un manque de concertation entre les acteurs du RSSS. Or, lorsque des services se développent en silo, il y a inévitablement des trous dans la réponse aux besoins des usagers. Il faut que les acteurs de 1^{re} et 2^e lignes se parlent pour développer des services complémentaires. La concertation avec le communautaire semble aussi difficile. Du côté de l'accès aux services spécialisés, la présence d'un médecin de famille serait facilitante. D'autres usagers rapportent que la question de la santé mentale n'a pas été investiguée en 1^{re} ligne et aimeraient que les services de 1^{re} ligne soient davantage sociaux et moins médicaux.

« Ça pris un an pour me faire dire que je ne pouvais pas voir de psychologue dans mon CLSC. Pendant l'attente, on est toute seule. J'aurais aimé qu'il m'appelle plus tôt ».

« Quand j'ai envie de me faire vomir, j'ai envie de quelqu'un pour me soutenir. Le groupe est une fois par semaine. J'ai besoin d'un service quand ça ne va pas. Un service disponible en tout temps. Une ligne téléphonique, un psychologue ».

3.2.2.4. Un manque de suivi post-intervention

Cette dimension réfère à l'après intervention. Le retour à la vie normale est problématique. Il est nommé le « retour vers rien ». Chez les adolescents, les parents sont là. Chez les adultes, c'est l'appartement, l'université. L'isolement devient un facteur de maintien du TCA alors que cela n'en était pas un avant.

« J'étais contente que ça soit fini. J'étais prête, mais en même temps, je me suis senti comme si j'avais perdu un ami. C'est la perte d'un endroit où parler de mes émotions. J'avais perdu mon soutien. Peut-être que la clinique devrait rappeler l'usager quelques semaines après la fin du groupe. On sait qu'on peut les recontacter, mais on ne le fait pas ».

« Quand ça va mieux, tu as moins de suivi. Pourtant c'est là que tu en as le plus de besoin. C'est là que tu es seule. C'est quand la vraie vie recommence que tu as besoin de suivi, pas quand tu retombes ».

3.2.2.5. Les obstacles aux services qui ne relèvent pas du RSSS

Cette dernière dimension se décline aussi en deux thèmes. D'une part, les limites des services communautaires sont relevées. Oui, de l'information est présente. Il y a aussi des services mais ils sont peu ou pas individualisés. Cela ne répond pas aux besoins des usagers.

« J'ai fait des groupes de soutien et d'art-thérapie. Ça aide mais ce n'est pas individualisé. Ça donne du soutien sur le coup, mais ce n'est pas stable. Il y a beaucoup de gens qui n'ont pas de TCA et qui sont en manque d'attention ».

D'autre part, il y a la barrière du privé. Certains aimeraient pouvoir rencontrer un psychologue ou un nutritionniste, mais l'enjeu financier du privé est un frein, surtout chez les jeunes adultes.

« Je n'ai clairement pas les moyens financiers d'aller au privé pour me payer les services d'un psychologue. Je paie mes droits de scolarité, mon appartement et déjà, je n'ai plus d'argent ».

3.3. Résultats sur les composantes fondamentales d'une offre de services spécialisée pour adultes

3.3.1. Écrits scientifiques et revue de la littérature grise

À la suite du 1^{er} volet de l'ETMI, 22 documents traitent de composantes fondamentales d'une offre de services TCA adultes en ambulatoire. De ce nombre, il y a trois ECR de qualité élevée^{38,40,55}, deux études de cohorte rétrospective de qualité modérée^{58,62}, six études quasi-expérimentales pré-post^{25,27,29-30,32,90} avec des SQ entre 0.59 et 0.86, trois études issues de séries de cas⁶⁷⁻⁶⁹ avec des SQ entre 0.59 et 0.70, deux études qualitatives avec SQ ++⁹¹ et +⁹², une revue narrative de faible qualité⁹³, un guide de pratique clinique⁸⁶, deux études mixtes de qualité modérée^{73,94}, une étude transversale de qualité modérée⁹⁵ et un article « prise de position »⁷⁸.

De ces documents émergent divers constats. Un ECR de qualité élevée³⁸ met en relief que les psychothérapies doivent s'intéresser aux facteurs de maintien de l'AN (ainsi qu'à la préoccupation de la silhouette³²). Il faut prendre en compte les besoins et caractéristiques des usagers pour hausser l'adhérence³⁸, surtout en ambulatoire où la motivation et l'engagement fait parfois défaut^{67,78,93}. Touyz et al.⁵⁵ notent qu'en abordant la qualité de vie et en diminuant la pression sur la reprise de poids, l'adhérence est meilleure. La Mela et al.²⁹ démontrent que l'estime de soi est fondamentale à une relation positive avec son psychologue⁷³. Lockwood et al.⁶⁸ pointent l'anxiété puisqu'elle est prédicatrice d'attrition et de reprise pondérale faible. Ainsi, le début d'une intervention est une fenêtre d'opportunité à saisir. L'attitude des cliniciens est une insatisfaction citée par les usagers⁷⁸. Les patientes se sentent étiquetées et pas traitées comme une personne. Une offre complémentaire de services doit être explorée (p. ex. thérapie narrative, musicale, psychodramatique, poétique, expressive)⁷⁸. Steiger et al.⁹⁰ rapportent que le soutien perçu des thérapeutes et des proches aidants chez les usagers modère l'association entre la motivation initiale et la réussite d'une intervention. Ainsi, plus le soutien perçu est élevé, plus l'impact de la motivation initiale sur la réussite thérapeutique est important. Bamford et al.⁴⁰ ne pointe pas de composantes précises, mais indiquent qu'il faut co-sélectionner les résultats à atteindre au lieu d'axer sur la reprise pondérale. D'autres⁵⁸ soutiennent que la reprise de poids est essentielle, car elle précède la qualité de l'alliance thérapeutique.

Faits saillants sur les composantes fondamentales d'une offre de services	SQ
1. Les psychothérapies doivent s'intéresser aux facteurs de maintien de l'AN.	0.85
2. Prendre en compte les besoins et caractéristiques des usagers pour ↑ adhérence.	0.47, 0.85, 0.86
3. La préoccupation à l'égard silhouette est à inclure à la TCC.	0.62, 0.81
4. Cibler sur la qualité de vie, l'estime de soi et la motivation au changement.	0.95
5. L'importance de la relation thérapeutique (p. ex. relation positive, attitude clinicien, soutien perçu).	0.79, 0.81 0.81
6. Le début de l'INT = fenêtre d'opportunité pour ↓ anxiété.	0.70
7. Co-sélectionner des résultats à atteindre au lieu d'axer sur la reprise pondérale.	0.84

Des études qualitatives mettent en relief d'autres composantes dont il faut tenir compte dans l'élaboration d'une offre de services pour adultes avec un TCA. Selon une étude sur le rétablissement⁹¹, un itinéraire thérapeutique typique fait état de progrès et rechutes. Les patients expriment une ambivalence à abandonner la maladie. Or, une partie du rétablissement est liée à la capacité de s'accepter, à l'estime de soi, au soutien reçu et au développement d'une explication personnelle à son TCA. La capacité à se rétablir est liée à l'auto-efficacité individuelle. Les services dispensés doivent renforcer les capacités individuelles et l'autonomie^{91,95}. Dans une autre étude avec adultes AN et BN⁹², il est difficile de savoir si le TCA est un moyen d'exercer un contrôle ou un trouble qui contrôle l'usager. Les usagers préfèrent une approche pratique et sensible qui permet d'augmenter le contrôle sur sa vie. De cette étude, cinq constats émergent : 1) le besoin de soutien et de compréhension, 2) la préférence du psychologique au pharmacologique, 3) l'importance de ce qui se passe à l'extérieur du traitement, 4) pouvoir être impliqué dans son traitement et 5) l'ambivalence quant au TCA. Quatre principes fondamentaux au rétablissement d'un TCA sont aussi identifiés. Ces principes sont liés à l'alliance thérapeutique, à l'adaptation des services aux besoins et caractéristiques individuelles, à la gestion des facteurs médicaux et autres services nécessaires au rétablissement (p. ex. besoins sociaux, psychiatriques⁸⁶).

Faits saillants sur les composantes fondamentales d'une offre de services	SQ
1. La notion d'auto-efficacité.	+, ++
2. Les services doivent renforcer les capacités individuelles et l'autonomie.	+, ++, 0.70
3. Besoin de soutien et de compréhension.	+, 0.81
4. La préférence du psychologique au pharmacologique.	+
5. L'importance de ce qui se passe à l'extérieur du traitement.	+
6. Adapter les services aux besoins et caractéristiques individuelles.	0.81
7. L'ensemble des besoins être visés (p. ex. médical, social, psychologique).	0.81

3.3.2. Données contextuelles et expérientielles

Le 2^e volet informe de données contextuelles et expérientielles liées aux composantes fondamentales d'une offre de services pour adultes avec TCA. L'analyse de contenu identifie 16 thèmes et 5 dimensions globales (tableau 5).

Tableau 5. Thèmes liés aux composantes fondamentales d'une offre de services pour adultes avec TCA et regroupement des thèmes en dimensions d'analyse qualitatives

16 thèmes liés aux composantes fondamentales d'une offre de services	5 dimensions globales
1. D'autres professionnels que ceux disponibles à la clinique 2. Besoin de plus de suivi avec des intervenants de santé mentale	Dimension 1 → Une plus grande diversité de l'offre de services
3. L'implication des proches de l'utilisateur	Dimension 2 → Inclure les proches au rétablissement
4. Briser l'isolement et avoir un espace de parole 5. L'importance de ne pas se sentir seul	Dimension 3 → Ne pas se sentir seule
6. Le contenu théorique 7. Le nombre de participants dans les groupes 8. La stabilité du groupe 9. L'approche prônée	Dimension 4 → Les aspects positifs de l'offre de services
10. La durée du groupe 11. Le besoin d'une activité d'un groupe 12. Le besoin d'un journal ou de devoirs pour me mettre en action 13. L'exemple de personnes qui s'en sortent 14. L'origine du TCA 15. Des barrières individuelles 16. Des aspects liés à la prise en charge par les intervenants	Dimension 5 → Les aspects négatifs de l'offre de services

3.2.2.1. Une plus grande diversité de l'offre de services

Cette première dimension se décline en deux thèmes. L'analyse de contenu révèle un besoin de consulter d'autres professionnels que ceux disponibles à la clinique. Des usagers veulent rencontrer un nutritionniste pour favoriser la transition vers la reprise alimentaire. D'autres usagers se demandent si un suivi avec un travailleur social (ou un psychoéducateur) aurait été profitable en regard de certaines sphères de leur vie (p. ex. argent, travail, famille). Un besoin de suivi avec des intervenants en santé mentale est aussi rapporté, surtout en réponse à la fréquence de rencontres avec un psychiatre et un psychologue. Pour les usagers rencontrés, le soutien thérapeutique devrait être d'emblée offert car il s'agit de la majeure partie du travail de rétablissement. Pour eux, un suivi plus serré est souhaité en termes de fréquence et d'intensité.

3.2.2.2. Inclure les proches au rétablissement

La 2^e dimension est l'implication des proches au rétablissement. Pour plusieurs, un suivi sans famille ne fait pas de sens. Même si cette implication est moins reconnue par les écrits scientifiques sur les adultes, les usagers et intervenants constatent que l'implication de la famille est essentielle à la réussite thérapeutique. L'implication des proches doit aussi comprendre le réseau social de l'utilisateur puisqu'il contient des éléments favorisant le maintien ou le rétablissement de la maladie. Lorsqu'on implique la famille et le réseau social, on améliore le pronostic et l'évolution favorable de la maladie.

3.2.2.3. Ne pas se sentir seul

Une 3^e dimension met en relief l'importance pour les usagers de ne pas se sentir seuls. Ceux-ci souhaitent être entourés et soutenus dans leur parcours. Le fait d'être accompagné permet de briser l'isolement. Il faut une fenêtre pour parler du TCA. Le groupe thérapeutique devient cet espace de soutien et parole. Le fait de se sentir compris par des gens qui ont vécu la même chose est aidant et fait que l'on n'est pas seul.

« Des fois, juste parler avec d'autres gens qui te comprennent, cela te fait du bien. Le fait de parler en groupe, je peux plus m'ouvrir. C'est aidant. ».

3.2.2.4. Les aspects positifs de l'offre de services

La 4^e dimension fait référence aux aspects positifs de l'offre de services. Cette dimension est soutenue via quatre thèmes (c.-à-d. l'approche prônée, le contenu théorique, le nombre de participants et la stabilité du groupe). Au niveau du contenu théorique, les capsules éducatives semblent appréciées. Elles permettent aux usagers de comprendre pourquoi ils adoptent certains comportements.

« Les capsules éducatives permettent de comprendre pourquoi j'ai tel comportement. Ces capsules n'étaient pas qu'éducatives. Elles m'interpellaient, car je me reconnaissais dans les comportements décrits. C'est bien, car cela rend l'exercice moins thérapeutique. C'est moins, on parle juste de nos émotions ».

« Les discussions ne sont pas centrées sur le poids et l'alimentation. C'est ça que j'aime. Un TCA est plus que juste le poids. Ça cache d'autres choses. Quand on règle ces problèmes, les comportements malsains disparaissent ».

Le nombre de participants dans le groupe thérapeutique est aussi un aspect important. Les usagers rapportent que six ou sept usagers est idéal. Au-delà de ce chiffre, le tour de parole est plus long. Cela devient plus difficile. Lorsque les groupes sont nombreux, il faut un encadrement plus serré. La stabilité du groupe est aussi importante. Les usagers ne souhaitent pas reprendre leur histoire personnelle à chaque séance. L'approche prônée (c.-à-d. responsabilisation) est importante. C'est de cette manière que les usagers se sentent le moins contraints dans leurs actions et qu'ils se sentent respectés comme individu.

3.2.2.5. Les aspects négatifs de l'offre de services

Finalement, la 5^e dimension fait référence aux aspects négatifs de l'offre de services. Cette dimension est soutenue au moyen de sept thèmes (c.-à-d. durée du groupe, besoin d'une activité de groupe, besoin d'un journal ou de devoirs pour se mettre en action, l'exemple de gens qui s'en sortent, l'origine du TCA, des barrières individuelles, aspects liés à la prise en charge par les intervenants). Au niveau de la durée du groupe thérapeutique, 15 semaines est jugée limite en termes de durée (bien que l'intensité soit correcte), car les séances sont chargées et quand tu en termines une, c'est beaucoup d'émotions à gérer. Le besoin d'une activité de groupe (à l'extérieur du groupe thérapeutique) a été nommé par plus d'un usager. Il s'agit d'un moment de rencontre qui pourrait être plaisant et qui gagnerait à être tôt dans le parcours de soins. Pour d'autres, le besoin d'un journal ou de devoirs pour se mettre en action est nommé.

« Est-ce que d'avoir des devoirs à faire à la maison aurait été aidant? Je pense que oui aussi, quelque chose de réflexif, un journal. J'ai besoin d'être obligée de faire des choses pour me mettre en action ».

« J'aurais aimé être plus dirigé par mon psychologue. Genre, d'ici la prochaine rencontre fait X (devoir comme une autre fille). Ça donne l'impression d'avancer, de faire quelque chose entre les séances. J'ai besoin de constater des progrès. Il faut un espace pour la mise en action ».

L'exemple de personnes qui s'en sortent est aussi nommé. Des usagers ont besoin d'informations sur ce qui va se passer après l'offre de services.

« Qu'est-ce qui nous attend après. Et pas un mode de vie parfait, un mode de vie fonctionnel autrement que celui demandé par le GAC. J'aurais eu besoin d'histoire de gens qui s'en ont sorti. Besoin d'être réconfortée dans mes choix ».

« J'aurais aimé quand dans le groupe, il y ait des anciennes AN ou BN qui s'en sont sortie et qui nous donne de l'espoir en nous racontant notre histoire. Quelqu'un qui vient m'en parler pour me montrer qu'on peut s'en sortir. Parce que dans ma tête, on reste pris avec ça ».

D'autres aimeraient savoir d'où provient leur TCA pour favoriser leur rétablissement. Des aspects liés à la prise en charge des intervenants sont ensuite nommés, notamment à l'égard du besoin de travailler à briser les facteurs de maintien du TCA, d'un parcours de soins et services multidisciplinaires et que les intervenants interpellent directement les gens sur la base d'une réaction précise pour fouiller une question. Finalement, des barrières individuelles sont nommées, surtout quant à la langue et au genre des intervenants.

« La langue est difficile pour moi. Je suis anglophone et j'ai plus de difficultés à parler de mes émotions dans une langue seconde, ce ne rend pas justice à la situation ».

« Aussi, j'ai plus de difficulté à parler de mes émotions aux hommes et il y avait deux intervenants masculins dans les groupes ».

4. DISCUSSION

4.1. Contexte, enjeux et démarche évaluative

À l'automne 2017, les gestionnaires de la clinique des TCA pour adultes ont sollicité l'UETMISSS pour faire état des meilleures connaissances quant aux pratiques et services pour traiter les adultes avec un TCA, mais également pour évaluer le contexte local pour une éventuelle mise en œuvre de ces pratiques dans notre établissement.

Les questions d'évaluations étaient :

- Q1. Quelles sont les interventions efficaces et sécuritaires pour prendre en charge le TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) des adultes dans le cadre d'un suivi externe?
- Q2. Quelles sont les composantes cliniques et organisationnelles communes aux interventions efficaces et sécuritaires dans la prise en charge d'un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) chez les adultes lors d'un suivi externe?
- Q3. Quelle offre de services pour adultes avec un TCA permet la meilleure intégration des services entre :a) une clinique spécialisée et la communauté? b) une clinique spécialisée et la 1^{re} ligne du réseau de la santé et des services sociaux? et c) une clinique spécialisée pour adultes et une pour enfants et adolescents?
- Q4. Quelles sont les composantes fondamentales d'une offre de services dans la prise en charge d'un TCA chez les adultes?

Une revue systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise a été menée pour identifier les interventions efficaces et sécuritaires existantes de prise en charge des TCA (c.-à-d. AN, BN, OSFED) chez les adultes par une clinique spécialisée lors du suivi externe. Une analyse comparative a par la suite permis d'identifier certaines composantes cliniques et organisationnelles caractérisant ces interventions. Un 2^e volet de l'ETMI a servi à recueillir des données contextuelles et expérientielles. Ce volet qualitatif a été utile pour recueillir de l'information sur l'intégration optimale des différents niveaux de soins et services et sur les composantes fondamentales qu'une offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA en suivi externe devrait contenir.

4.2. Limites de l'évaluation

Trois limites peuvent affecter la validité des résultats contenus dans cette ETMI. Ces limites sont liées à la stratégie de recherche documentaire et à l'échantillon restreint d'utilisateurs lors du volet qualitatif. Tout d'abord, les mots-clés utilisés dans notre stratégie de recherche documentaire ne permettent pas d'examiner les documents scientifiques écrits dans une autre langue que le français ou l'anglais. Ensuite, les processus d'extraction des résultats et d'appréciation de la qualité de la preuve scientifique de chaque document retenu ont été réalisés par une seule personne. Finalement, un échantillon restreint d'utilisateurs ($n = 6$) aux entrevues individuelles limite aussi quelque peu la validité externe des données expérientielles amassées. Davantage d'entrevues individuelles auraient été nécessaires pour atteindre une saturation des données en regard de certains thèmes et dimensions d'analyses, notamment en ce qui a trait aux hommes avec un TCA.

4.3. Bref rappel de la méthode pour juger la force de la preuve scientifique

La force de la preuve scientifique associée aux énoncés de cette section et aux recommandations qui en découlent est le résultat d'un exercice d'intégration des diverses données probantes amassées dans cette ETMI (c.-à-d. scientifique, contextuelle, expérientielle) et tient compte de la qualité de ces données et de leur cohérence entre-elles (voir la section 2.3.2 pour des détails précis sur la méthode utilisée).

4.4. Q1 : Efficacité et sécurité des interventions thérapeutiques pour adultes avec un TCA suivis en clinique externe

4.4.1. Les interventions psychothérapeutiques

4.4.1.1. Chez l'ensemble des adultes avec un TCA

Preuve scientifique forte : La prise en charge d'un TCA chez les adultes à l'externe doit généralement contenir un suivi psychologique⁸⁷. Quelle que soit l'intervention choisie (prioritairement une TCC^{24,29,35,48,59,61}), celle-ci doit se poursuivre au-delà de l'objectivation médicale des premiers gains cliniques⁸⁷. Plusieurs écrits scientifiques de qualité modérée et élevée soutiennent que le maintien d'une TCC (et son intensité) est plus déterminant que son format (c.-à-d. groupe, individuel) peu importe le TCA^{24,29,35,48,59,61}. Le choix de la psychothérapie dépend du profil de l'individu^{32,48,64,70,77,87} et doit cerner les facteurs de maintien du TCA (en plus des symptômes)^{24,27,29,32,38,43,52-54,61,65,77,88,95}.

4.4.1.2. Chez les adultes avec AN

Preuve scientifique forte : Chez les adultes avec AN, malgré une attrition élevée et des résultats inconsistants, la psychothérapie est l'intervention de base⁸⁶. Il est difficile de déterminer quelle psychothérapie est la plus efficace^{25,36,38,40,43,52-55,57,72,84,86}. La psychothérapie est l'intervention de base étant donné la résistance de l'AN aux médicaments. Seules les comorbidités associées à l'AN (p. ex. dépression, anxiété, trouble obsessionnel-compulsif) peuvent être gérées via des médicaments⁸⁶.

Preuve scientifique modérée : Selon le NICE⁸⁸, les interventions psychothérapeutiques les plus efficaces et sécuritaires pour traiter l'AN des adultes en externe sont la TCC, la MANTRA ou la SSCM.

4.4.1.3. Chez les adultes avec BN

Preuve scientifique forte : Chez les adultes avec BN, la TCC est la psychothérapie indiquée⁸⁶.

Preuve scientifique modérée : L'IPT est aussi efficace que la TCC, (mais moins rapide). Elle est donc l'alternative à la TCC⁸⁶.

Preuve scientifique faible : Lorsque l'efficacité d'une TCC est comparée à la même TCC bonifiée d'une séance de jeu vidéo²⁶, les résultats indiquent que l'ajout d'une composante interactive

aide à réduire l'attrition et améliore la rémission, la psychopathologie et l'atteinte de cibles non-alimentaires (c.-à-d. anxiété, colère).

4.4.1.4. Chez les adultes avec OSFED

Preuve scientifique forte : Pour les adultes OSFED, la TCC est indiquée⁸⁶.

Preuve scientifique faible : Seule une étude de qualité modérée³⁷ note l'efficacité d'une intervention axée sur le partage d'émotions chez les femmes pour réduire les comportements hyperphagiques et de purges et améliorer la gestion des émotions, l'humeur, l'estime de soi et l'auto-efficacité.

4.4.1.5. Dans les études qui ne discriminent pas selon le TCA

Plusieurs études examinant l'efficacité de diverses psychothérapies ne discriminent pas selon le TCA. Il est donc impossible de savoir si les effets d'une psychothérapie sont observés pour un TCA en particulier. Voici toutefois des conclusions qu'il est possible de tirer.

Preuve scientifique modérée : Lorsque l'efficacité d'une TCC est comparée à l'efficacité de la même TCC suivie de séances motivationnelles, aucune différence n'est observée¹⁹. Comme chez les adultes BN, les résultats indiquent une efficacité accrue (ou plus rapide) de la TCC comparée à une IPT⁴⁷. L'ajout de séances nutritionnelles à une TCC est efficace en regard de la qualité de vie, de la croissance personnelle, de l'acceptation de soi et de la psychopathologie³³⁻³⁴. Les interventions de TRC améliorent l'adhérence à l'intervention principale^{14,30,73}. Deux documents traitent de l'efficacité et la sécurité d'une DBT^{21,45} et notent une diminution des symptômes anxiodépressifs, de l'utilisation de substances et de la régulation négative de l'humeur⁴⁵.

Preuve scientifique faible : Une étude testant l'efficacité d'une intervention centrée sur l'image corporelle souligne que celle-ci est efficace en complément à une intervention principale⁵⁰.

Preuve scientifique très faible : La CFT est efficace pour réduire la honte, l'autocritique, l'auto-hostilité et la difficulté de vivre des émotions affectives⁸⁰. Une étude⁶⁶ note une diminution de l'impulsivité et de l'insatisfaction corporelle suite à une intervention intensive individuelle.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité des approches psychothérapeutiques	Force de la preuve scientifique
Chez l'ensemble des adultes avec un TCA	
1. Prise en charge incluant une TCC	Forte
2. Maintien de l'intensité de la TCC est + importante que la TCC	Forte
3. Le choix de l'INT est fonction du profil individuel	Forte
4. L'INT doit cerner les facteurs de maintien du TCA (en plus des symptômes)	Forte
Chez les adultes avec AN	
1. Prise en charge incluant une TCC, la MANTRA ou SSCM	Modérée
Chez les adultes avec BN	
1. TCC > IPT (ou agit plus rapidement)	Modérée

2. TCC + Jeu vidéo > TCC	Faible
Chez les adultes avec OSFED	
1. INT axée sur émotions = ↓ comportements hyperphagiques et purges, ↓ difficulté à gérer émotions, ↑ humeur, estime de soi, sentiment d'auto-efficacité et émotions	Faible
Dans les études qui ne discriminent pas selon le TCA	
1. TCC = TCC + INT motivationnelle de 4 séances avec PSY	Modérée
2. TCC > IPT (ou agit plus rapidement)	Modérée
3. TCC + INT nutritionnelle = ↑ poids, qualité vie, croissance personnelle, acceptation soi et ↓ psychopathologie	Modérée
4. TRC = ↑ efficacité et adhérence à un INT principale	Modérée
5. DBT = ↓ utilisation substances, humeur négative et symptômes dépressifs	Modérée
6. A-MET = ↓ insatisfaction corporelle (en complément à une INT principale)	Faible
7. CFT = ↓ honte, autocritique, auto-hostilité et difficultés de vivre des émotions affectives	Très faible
8. INT psychoéducatrice intensive individuelle = ↓ impulsivité, insatisfaction corporelle	Très faible

Pour le demandeur : Les résultats soulignent l'importance d'une offre de services spécialisée qui contient une intervention psychologique (préférentiellement une TCC) qui se maintient dans le temps et qui aborde les facteurs de maintien du TCA (en plus de ses symptômes). Il est adéquat d'accompagner cette intervention d'un suivi nutritionnel.

4.4.2. Les interventions pharmacologiques

Preuve scientifique forte : Chez les AN, les antidépresseurs de type ISRS sont efficaces pour gérer une comorbidité anxieuse, dépressive ou obsessionnelle-compulsive^{79,82,87}, (mais pas le TCA).

Preuve scientifique modérée : Chez les AN, l'olanzapine est efficace pour la reprise pondérale et l'amélioration de la psychopathologie générale, la sédation étant le seul effet secondaire noté³⁹. Les antipsychotiques atypiques sont prometteurs pour traiter les AN sévères, car ils induisent un gain de poids et tout en gérant les psychopathologies sévères²³. Chez les BN, les antidépresseurs de type ISRS sont efficaces pour diminuer la symptomatologie générale lorsque tolérés⁸². Il est donc approprié d'adopter une approche pharmacologique en cas de préférence individuelle, de réponse incomplète à une TCC ou d'absence de TCC⁸⁶.

Preuve scientifique faible : Chez les AN, la DHEA est efficace pour la reprise pondérale (en parallèle à une psychothérapie individuelle)⁴². La quétiapine a aussi été testée dans deux études^{31,46} et aucun bénéfice n'est observé. Des effets secondaires sont de plus notés (c.-à-d. sédation, fatigue, difficulté de concentration, vertige)³¹.

Preuve scientifique très faible : Chez les AN, une étude testant la mirtazapine chez une patiente note une reprise de poids et une diminution des symptômes dépressifs⁷⁵. Chez les adultes BN, quatre molécules sont testées (c.-à-d. duloxétine, fluoxétine, fluvoxamine, sertraline). Pour la duloxétine⁷¹, les résultats démontrent une diminution des comportements hyperphagiques et de purges. Une autre étude⁵¹ indique aussi une diminution des comportements hyperphagiques et de purges chez ceux consommant la fluoxétine ou la fluvoxamine. Anxiété, insomnie, maux de tête sont notés chez les patientes sous fluoxétine alors que la sudation et la sécheresse buccale le sont chez les patientes sous fluvoxamine. La même étude note de l'insomnie chez des

utilisatrices de sertraline. D'autres traitements, tels que les anticonvulsivants comme le topiramate, par exemple, sont aussi prometteurs si les ISRS sont insuffisants⁸⁶.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité des approches pharmacologiques	Force de la preuve scientifique
Chez les adultes avec AN	
1. ISRS = Efficace pour traiter comorbidités anxieuse, dépressive, obsessionnelle-compulsive, (mais pas AN)	Forte
2. Antipsychotique atypique prometteur pour traiter AN, car peuvent ↑ poids et ↑ psychopathologie	Modérée
3. Olanzapine = ↑ poids et ↑ psychopathologie (effet secondaire = sédation)	Modérée
4. DHEA = ↑ IMC	Faible
5. Quétiapine = Aucun bénéfice (effet secondaire = sédation, fatigue, difficulté concentration, légers vertiges)	Faible
6. Mirazapine = ↑ poids et ↓ symptômes dépressifs	Très faible
Chez les adultes avec BN	
1. ISRS = Efficace pour traiter BN	Modérée
2. Duloxétine = ↓ comportements hyperphagiques et de purges	Très faible
3. Fluvoxamine et fluoxétine = ↓ comportements hyperphagiques et de purges	Très faible
4. Effet secondaire (Fluoxétine) = Anxiété, insomnie, maux de tête	Très faible
5. Effet secondaire (Fluvoxamine) = Sudation et sécheresse buccale	Très faible
6. Effet secondaire (Sertraline) = Insomnie	Très faible
7. Topiramate anticonvulsivant = ↓ comportements hyperphagiques et de purges	Très faible

Pour le demandeur : Les résultats indiquent que les interventions pharmacologiques sont efficaces pour traiter la comorbidité psychiatrique associée à l'AN. Dans la BN celles-ci peuvent s'avérer utiles pour traiter la conduite alimentaire (en cas de préférence individuelle, de réponse incomplète à une TCC ou d'absence de TCC). Les interventions pharmacologiques, bien qu'efficaces dans certaines circonstances, entraînent souvent des effets secondaires pour l'usager.

4.4.3. Les interventions complémentaires

Preuve scientifique modérée : Une étude testant l'efficacité d'une intervention hebdomadaire par messagerie texte chez 165 femmes BN ou OSFED note des effets positifs (c.-à-d. diminution des comportements hyperphagiques et de l'insatisfaction corporelle)⁴¹. L'efficacité d'une intervention de thérapie corporelle inspirée de traditions occidentales et de pratique orientale de T'ai-chi Ch'uan note aussi une amélioration de la psychopathologie et de la qualité de vie⁴⁴. Finalement, le conseil nutritionnel est une intervention efficace⁸⁶ si intégrée à une gestion multidisciplinaire du TCA⁸³.

Preuve scientifique faible : Une étude note une amélioration de la qualité de vie et une diminution de l'anxiété et du perfectionnisme après 10 séances d'acupuncture chez des adultes AN ou BN⁴⁹. Une intervention inspirée d'une technologie dite « MandoMètre »²² chez 1428 adultes AN, BN ou OSFED (c.-à-d. patients suivent leur alimentation par la rétroaction d'une balance connectée à un

ordinateur sous leur assiette) note une amélioration du sentiment de satiété et une meilleure rémission après 12,5 mois.

Faits saillants sur l'efficacité et la sécurité des approches complémentaires	Force de la preuve scientifique
Chez les adultes avec AN et BN	
1. Acupuncture = ↑ qualité de vie, ↓ anxiété et perfectionnisme	Faible
Chez les adultes avec AN, BN ou OSFED	
1. INT de messagerie texte = ↓ comportements hyperphagiques, ↓ insatisfaction corporelle	Modérée
2. INT thérapie corporelle = ↑ psychopathologie, ↑ qualité de vie	Modérée
3. INT nutritionnelle = Efficace comme INT d'appoint	Modérée
4. MandoMètre = ↑ sentiment de satiété, ↑ rémission	Faible

Pour le demandeur : Les résultats indiquent que les interventions complémentaires sont essentielles à une offre de services multidisciplinaire. Le demandeur devrait explorer la possibilité d'en offrir aux adultes avec un TCA.

4.4.4. L'apport des données contextuelles et expérientielles

Le 2^e volet de l'ETMI a permis d'identifier des données contextuelles et expérientielles liées à l'efficacité des interventions pour les adultes aux prises avec un TCA dans un contexte de clinique externe. Il faut savoir que le concept d'efficacité est différent pour chaque catégorie d'acteurs concernés par la démarche évaluative. Si pour les cliniciens il est synonyme de sécurité, d'interdisciplinarité et de reprise alimentaire, il signifie continuité et accessibilité des services pour les gestionnaires. Chez le proche aidant, le concept d'efficacité rime avec implication au parcours de soin. Finalement, pour l'usager, l'efficacité d'une intervention passe par l'accès à un espace de parole avec des gens qui comprennent sa maladie.

4.4.5. Q2 : Les composantes communes aux interventions efficaces et sécuritaires

À la suite d'une analyse comparative des interventions psychothérapeutiques, pharmacologiques et complémentaires issues de la recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise, il est possible d'identifier des composantes communes aux interventions considérées comme efficaces et sécuritaires.

4.4.5.1. Les composantes communes aux interventions psychothérapeutiques

Preuve scientifique forte : Du côté des interventions efficaces et sécuritaires, l'intervention se maintient dans le temps (c.-à-d. 20 à 48 semaines, intensité hebdomadaire, durée = 50 à 90 minutes)^{30,33-34,40,43,52-55,57,72-73,79}. Le nombre de séances est tributaire du poids au début du traitement (c.-à-d. IMC < 16 = 40 séances, 16 > IMC > 17.5 = 30 séances, 17.5 > IMC > 18.5 = 25 séances)^{24,29,35,43,48,59,61}. Le choix de la psychothérapie ne dépend pas du TCA, mais du profil individuel⁹³ (c.-à-d. humeur^{48,64,70,77}, perfectionnisme^{48,64,70,77}, estime de soi^{48,64,70,77}, difficultés interpersonnelles^{48,64,70,77}, image corporelle négative³²). Ces interventions sont multidisciplinaires et regroupent divers intervenants (p. ex. nutritionniste, psychiatre, psychothérapeute) dont un psychologue^{20,21,28,66,83,92}. Divers formats sont disponibles (p. ex. individuel, groupe, téléphone). Des séances de pleine conscience, de yoga et de nutrition complètent l'offre de services^{20,44}, ainsi que des séances motivationnelles^{19,21,27,29-30,32-33,52-54,61,72-73,78,81,88,93,95} ou nutritionnelles²⁰⁻

21,26,33-34,36,42,57,63,86-88,90. Dans ces interventions, des psychologues offrent des exercices pour améliorer les stratégies cognitives, les capacités réflexives et le traitement de l'information^{24,30,43,73,52-54,72} en mettant l'accent sur l'alliance thérapeutique^{38,57-58,63,74,76,86,88,95} et la qualité de vie (plutôt que la reprise de poids)^{24,35-36,40,44,49,55}. Un manuel ou des devoirs sont élaborés^{27,30,34,43,50,52-54,69,72,88}. Un plan personnalisé basé sur les facteurs de maintien vise à rehausser l'auto-efficacité, modifier les pensées et sentiments associés^{24,27,29,32,38,43,52-54,61,65,77,88,95}.

4.4.5.2. Les composantes communes aux interventions pharmacologiques

Preuve scientifique forte : Il est plus difficile de trouver des composantes communes aux interventions pharmacologiques efficaces et sécuritaires. Les interventions pharmacologiques sont parfois menées seules^{31,39,46} ou en complément de services psychothérapeutiques^{42,51,75}, nutritionnels ou d'autres médicaments⁴². Dans trois interventions^{31,39,51}, des effets secondaires sont notés (c.-à-d. anxiété, difficulté de concentration, fatigue, vertiges, insomnie, sécheresse buccale, sédation, sudation). Il y a consensus que les ISRS sont efficaces pour traiter la BN, qu'ils ne sont pas efficaces pour la reprise de poids en cas d'AN, mais qu'ils améliorent une comorbidité anxieuse, dépressive ou obsessionnelle-compulsive^{79,82,87}.

4.4.5.3. Les composantes communes aux interventions complémentaires

Preuve scientifique forte : Le seul élément commun noté est qu'il s'agit d'interventions complémentaires à une offre de services comprenant une intervention psychothérapeutique ou pharmacologique (ou les deux). Ces interventions ne sont pas efficaces seules, mais sont nécessaires à une gestion multidisciplinaire du TCA^{22,41,44,49,83,86}.

Composantes communes aux interventions efficaces et sécuritaires	Force de la preuve scientifique
Les composantes communes aux interventions psychothérapeutiques	
1. Maintien de l'INT sur une période prolongée	Forte
2. Nombre de séances psychothérapeutiques dépend du poids pré-INT	Forte
3. Le choix de la psychothérapie ne dépend pas du TCA, mais du profil de l'individu	Forte
4. Une offre de services multidisciplinaires (p. ex. nutritionniste, psychologue)	Forte
5. Une offre de services en différents formats (p. ex. individuel, groupe, équipe)	Forte
6. Une offre de services variée (p. ex. séance nutritionnelle, détente, yoga)	Forte
7. Présence de psychologues	Forte
8. Accent sur alliance thérapeutique	Forte
9. Accent sur qualité de vie plutôt que reprise pondérale	Forte
10. Un manuel, un cahier de travail ou des devoirs sont élaborés	Forte
11. Plan personnalisé basé sur facteurs de maintien du TCA vise ↑ auto-efficacité	Forte
Les composantes communes aux interventions pharmacologiques	
1. Des effets secondaires sont habituellement rapportés	Forte
2. ISRS efficace pour traiter BN	Forte

3. ISRS n'est pas efficace pour traiter AN	Forte
4. ISRS efficace pour comorbidité anxieuse ou dépressive, obsessive-compulsive	Forte
Les composantes communes aux interventions complémentaires	
1. Des INT complémentaires à une gestion multidisciplinaire du TCA	Forte

Pour le demandeur : Les résultats indiquent que l'offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA en contexte ambulatoire doit être multidisciplinaire, comprendre divers intervenants qui adoptent une prise en charge globale du TCA. Diverses options thérapeutiques doivent être offertes selon les besoins et intérêts des adultes, tant dans les modalités de prestations de l'offre de services que dans les activités proposées. L'offre de services doit aussi privilégier l'alliance thérapeutique et offrir des interventions complémentaires. Cela pose probablement un enjeu de ressources humaines auquel le demandeur doit réfléchir.

4.4.6. Q3 : Intégration des services

Preuve scientifique faible : Quant à l'intégration des services, un article⁸⁹ met de l'avant l'accès aux (et le développement de) services appropriés et le besoin d'éduquer et former les intervenants. Ces éléments sont nécessaires pour faciliter la prise en charge d'un TCA, renforcer les capacités des intervenants et faire le pont entre l'hôpital et la communauté. Un guide de bonnes pratiques donne des éléments pour une meilleure intégration des services et recommande que les services soient dispensés par au moins deux prestataires (un psychiatre ou psychologue d'une part, et un omnipraticien d'autre part⁸⁸). À l'externe, la coordination des services est assurée par un médecin dont le rôle est de prescrire les actions nécessaires, maintenir une vue d'ensemble et assurer le lien avec les autres intervenants⁸⁸.

Faits saillants sur l'intégration des différents niveaux de services	Force de la preuve scientifique
1. Accès vers (et développement de) services appropriés (communauté ↔ services spécialisés)	Faible
2. Éducation et formation des intervenants du RSSS (tous les niveaux des soins et services)	Faible
3. Services dispensés par au moins deux prestataires (dont un psychiatre ou psychologue et un omnipraticien)	Faible

Le volet qualitatif ajoute de l'information contextuelle et expérientielle. Une meilleure intégration des services passe par : 1) une meilleure connaissance de la maladie et de l'offre de services spécialisée par les intervenants du RSSS, 2) une transition plus harmonieuse entre les offres de services pour enfants et adolescents d'une part, et celle pour adultes d'autre part, 3) une meilleure accessibilité et concertation des intervenants, 4) une offre de services post-intervention et 5) des solutions pour accéder aux services qui ne relèvent pas du RSSS.

Pour le demandeur : les résultats indiquent la nécessité de la collaboration interprofessionnelle avec un omnipraticien, la 1^{re} du RSSS et la communauté. Les organismes communautaires présents sur le territoire du demandeur doivent être sollicités pour s'arrimer avec l'offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA en contexte ambulatoire. Un besoin de formation semble pertinent, particulièrement en regard de la connaissance des TCA par les intervenants du RSSS et sur l'existence de l'offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

4.4.7. Q4 : composantes fondamentales d'une offre de services

Preuve scientifique forte : il faut prendre en compte les besoins et caractéristiques des usagers³⁸ et cibler sur la qualité de vie⁵⁵, l'estime de soi²⁹ et la motivation au changement⁷³. Un besoin de soutien et de compréhension doit aussi être adressé.

Preuve scientifique modérée : les services dispensés doivent s'intéresser aux facteurs de maintien de l'AN³². L'attitude des cliniciens⁷⁸, une relation positive avec ceux-ci⁷³ et un soutien de leur part⁹⁰ sont importants, tout comme le début d'une intervention est une fenêtre d'opportunité à saisir⁶⁸. La capacité à se rétablir est liée à l'auto-efficacité du patient^{68,91,95}. Les services doivent renforcer les capacités individuelles et l'autonomie^{91,95}. Pour cela, il faut co-sélectionner des résultats à atteindre avec les adultes⁴⁰. La préférence entre une intervention psychologique ou pharmacologique et l'importance de ce qui se passe à l'extérieur de l'environnement thérapeutique sont également à tenir en compte.

Preuve scientifique faible : l'implication de l'adulte à son traitement malgré une ambivalence à quitter le TCA est soulevée⁹², tout comme la nécessité de gérer l'ensemble des besoins liés au rétablissement (p. ex. besoins médicaux, sociaux, psychiatriques⁸⁶).

Faits saillants sur les composantes fondamentales d'une offre de services	Force de la preuve scientifique
1. Prendre en compte les besoins et caractéristiques des usagers	Forte
2. Cibler sur la qualité de vie, l'estime de soi et la motivation au changement	Forte
3. Besoin de soutien et de compréhension	Forte
4. S'intéresser aux facteurs de maintien de l'AN	Modérée
5. Co-sélectionner des résultats à atteindre au lieu d'axer sur la reprise pondérale	Modérée
6. L'importance de la relation thérapeutique (p. ex. relation positive, attitude clinicien, soutien perçu)	Modérée
7. Le début de l'INT = fenêtre d'opportunité pour ↓ anxiété	Modérée
8. La notion d'auto-efficacité	Modérée
9. Les services doivent renforcer les capacités individuelles et l'autonomie	Modérée
10. La préférence du psychologique au pharmacologique	Modérée
11. L'importance de ce qui se passe à l'extérieur du traitement	Modérée
12. Être impliqué dans son traitement	Modérée
13. L'ambivalence à quitter le TCA	Faible
14. L'ensemble des besoins être visés (p. ex. médical, social, psychologique)	Faible

Le volet qualitatif ajoute des composantes fondamentales à une offre de services spécialisée. Une plus grande diversité est requise dans l'offre de services. Il faut inclure un ou des proches au rétablissement de l'utilisateur. Il est fondamental que l'utilisateur ne se sente pas seul. Finalement, il faut capitaliser sur les forces de l'offre de services actuelle (c.-à-d. contenu théorique, nombre de participants dans les groupes, stabilité du groupe, approche de responsabilisation) et ajuster pour les aspects plus négatifs (c.-à-d. durée du groupe, besoin d'une activité de groupe hors hôpital, besoin du matériel pour se mettre en action, rencontrer des gens qui s'en sortent,

comprendre l'origine du TCA, barrière linguistique, aspects liés à la prise en charge par les intervenants).

Pour le demandeur : les résultats indiquent qu'il faut organiser l'offre de services spécialisée pour tenir compte des besoins des usagers. Ceux-ci souhaitent être soutenus, travailler d'autres objectifs que seulement la reprise pondérale. Des conditions permettant aux usagers de reprendre le contrôle sur leur vie est dans sa globalité et non pas uniquement sur son alimentation est souhaité.

4.5. Processus de production des recommandations

En fonction des données scientifiques, contextuelles et expérientielles amassées et selon les critères d'intérêts du demandeur (c.-à-d. efficacité, sécurité, continuité, composantes fondamentales d'une offre de services), 31 recommandations préliminaires ont été formulées (tableaux 3 à 5, annexe 3). Celles-ci ont été divisées en deux sections. La 1^{re} section est destinée à la clinique des TCA pour adultes (tableaux 3-4, annexe 3) et la 2^e vise des secteurs précis du RSSS (tableau 5, annexe 3). Toutes les recommandations préliminaires ont fait l'objet de délibérations en comité consultatif et de contextualisation. Il a été possible de pondérer l'importance de ces recommandations, de co-construire des recommandations bonifiées et de les regrouper selon les dimensions d'intérêt du demandeur. Ces recommandations bonifiées, en plus de tenir compte de la robustesse de la preuve scientifique sous-jacente, tiennent compte de trois autres critères pouvant guider la prise de décision du demandeur (risques et bénéfices, acceptabilité, faisabilité et pertinence, utilisation juste et adéquate des ressources et répercussions sur l'offre de services). Chaque recommandation bonifiée a été validée individuellement avec l'ensemble des membres du comité consultatif et de contextualisation. À la suite de cette validation ultime, les recommandations bonifiées sont devenues des recommandations finales (voir la section recommandations finales, page 46).

5. CONCLUSION

Cette ETMI permettra au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et aux gestionnaires de la clinique des TCA pour adultes d'optimiser leur offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA lors d'un suivi externe. Nos résultats indiquent qu'une offre de services optimale doit être multidisciplinaire et flexible dans sa forme et son contenu. Cette offre de services doit aussi inclure une psychothérapie cognitivo-comportementale et s'inscrire dans une prise en charge globale. Cette psychothérapie doit de plus être intégrative, emprunter à diverses méthodes (p. ex. cognitive, comportementale, émotionnelle, motivationnelle, relationnelle, éducative) et viser les facteurs de maintien du TCA. Une réhabilitation nutritionnelle doit aussi être offerte. Pour arrimer cette offre de services au RSSS, il est dit de former les intervenants de 1^{re} ligne sur les TCA, d'informer de l'existence de l'offre de services spécialisée, d'intégrer une ressource pivot spécialisée à l'équipe multidisciplinaire, d'implanter un processus d'évaluation des nouvelles pratiques et de favoriser la formation continue. Tenir compte de ces éléments permettra de favoriser le bien-être des patients, d'augmenter la qualité de la relation thérapeutique et ultimement, de favoriser le rétablissement des adultes avec un TCA lors d'un suivi externe.

6. RECOMMANDATIONS FINALES

Tableau 6. Les composantes fondamentales d'une offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA en externe

L'offre de services spécialisée pour adultes avec un TCA lors d'un suivi externe devrait	
a. Recommandations générales et prioritaires	
R1	Être multidisciplinaire, offrir divers formats (p. ex. individuel, groupe) et intensité d'interventions (c.-à-d. intensité faible → intensité élevée si requise seulement), encourager le recours à des interventions complémentaires et permettre un espace de soutien avec des pairs pour diminuer le sentiment d'isolement de l'utilisateur durant son parcours thérapeutique.
R2	Mettre l'accent sur l'alliance thérapeutique, la qualité de vie, l'estime de soi et la motivation au changement en plus de soutenir le rétablissement pondéral et la reprise de contrôle sur les comportements compulsifs.
R3	Contenir des services individualisés aux besoins médicaux, sociaux et psychologiques des usagers. L'équipe multidisciplinaire et l'utilisateur devraient co-sélectionner des cibles à atteindre dans un parcours thérapeutique allant d'une faible intensité de services à une intensité de services plus élevée si nécessaire seulement.
R4	Contenir une infirmière pour identifier les usagers sur la liste d'attente qui sont à risque de complications physiques, soutenir le référant en attendant sa prise en charge, répondre aux questions des usagers et leurs proches et soutenir l'équipe multidisciplinaire dans le suivi des usagers.
b. Recommandations spécifiques	
R5	Contenir du matériel didactique (p. ex. manuel, journal de bord, devoirs) pour favoriser la mise en action des usagers lors de leur parcours thérapeutique.
R6	Favoriser l'auto-efficacité des usagers en renforçant leurs capacités individuelles et leur autonomie.
R7	Tenir compte des enjeux de l'utilisateur qui sont extérieurs à l'hôpital pour augmenter les chances de réussite thérapeutique.
R8	Intégrer des rencontres de type témoignage d'anciens usagers.

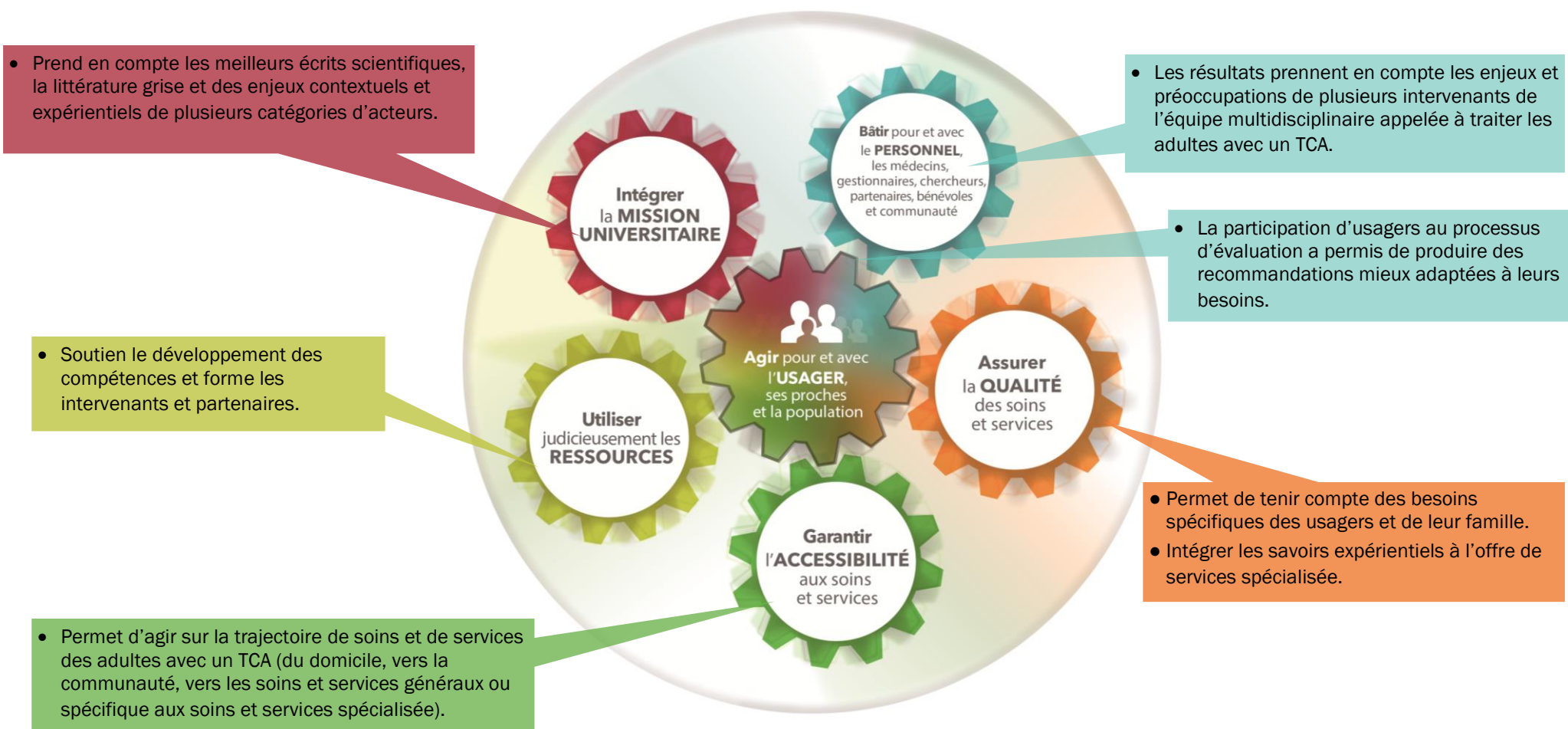
Tableau 7. Les interventions efficaces et sécuritaires de prise en charge d'un TCA chez des adultes en suivi externe

a. Pour les adultes avec un TCA (peu importe le TCA)	
R9	Le traitement doit généralement inclure une psychothérapie cognitivo-comportementale allant au-delà de l'objectivation médicale des 1 ^{res} améliorations cliniques et s'inscrire dans une prise en charge globale qui dépasse le seul lieu de la clinique spécialisée pour adultes avec TCA.
R10	La psychothérapie cognitivo-comportementale doit être intégrative. Elle doit contenir des composantes cognitives, comportementales, émotionnelles, motivationnelles, relationnelles, d'éducation psychologique et viser les facteurs de maintien du TCA (pas uniquement ses symptômes).
R11	Un suivi comprenant une réhabilitation nutritionnelle doit être concomitant à l'offre de services spécialisée.
b. Pour les adultes avec une AN	
R12	Plus sévère est la maladie (le poids est un indice de sévérité parmi d'autres), plus long est le suivi de l'utilisateur (et plus forte est l'intensité des services proposés).
c. Pour les adultes avec une BN	
R13	Une approche pharmacologique (c.-à-d. ISRS) est efficace (malgré la présence habituelle d'effets secondaires) et peut être utilisée en cas de préférence individuelle ou de réponse incomplète à une psychothérapie.

Tableau 8. Éléments qui permettent une meilleure intégration de l’offre de services spécialisée et le RSSS

a. Recommandations générales et prioritaires	
R14	L’UETMISSS recommande au DPSMD de trouver une solution permettant de former les intervenants de 1 ^{re} ligne sur les TCA et de les informer de l’existence de l’offre de services spécialisée pour adultes avec TCA.
R15	L’UETMISSS recommande d’intégrer une ressource pivot spécialisée à l’équipe multidisciplinaire de la clinique TCA adultes pour favoriser un corridor de services entre l’usager et les autres niveaux de soins et de services (c.-à-d. communauté, 1 ^{re} ligne, 2 ^e ligne pédiatrique) selon les besoins des usagers pendant et après le suivi à l’externe.
R16	L’UETMISSS recommande de mettre en place un processus d’évaluation des nouvelles pratiques de la clinique TCA pour adultes pour s’assurer de leur efficacité, sécurité, efficience et acceptabilité par les usagers.
R17	L’UETMISSS recommande au DPSMD d’encourager et favoriser la formation continue chez tous les membres de l’équipe multidisciplinaire de l’équipe TCA adultes.

7. ENGRENAGE



Impact du recours à une approche positive du développement de l'enfant sur les 6 axes de la performance du
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

8. RÉFÉRENCES

1. Pederson, V.H., Dagenais, P., & Lehoux, P. (2011). Multi-source synthesis of data to inform health policy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 27, 238-246.
2. Timmer, A., Sutherland, L.R., & Hilsden, R.J. (2003). Development and evaluation of a quality score for abstracts. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 2.
3. Acosta, R.D., & Cash, B.D. (2009). Clinical effects of colonic cleansing for general health promotion: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 104, 2830-2836.
4. Buzas, G.M., & Jozan, J. (2007). Nitrofurantoin-based regimens for the eradication of *Helicobacter pylori* infection. *Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 22, 1571-1581.
5. Young, P.E., Gentry, A.B., Acosta, R.D., Greenwald, B.D., & Riddle, M. (2010). Endoscopic ultrasound does not accurately stage early adenocarcinoma or high-grade dysplasia of the esophagus. *Clinical Gastroenterology & Hepatology*, 8, 1037-1041.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). Quality appraisal checklist – qualitative studies. Available online at: <http://publications.nice.org.uk/methods-for-the-development-of-nice-public-health-guidance-third-edition-pmg4/appendix-h-quality-appraisal-checklist-qualitative-studies>.
7. Hong, Q.N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.
8. Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., et al. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, 358, j4008.
9. Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., et al. (2010) for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182, E839-842.
10. Krueger, R.A. (1998b). Developing questions for focus groups, focus group kit. Thousand Oaks: CA, Sage Publications.
11. Ruff, C.C., Alexander, I.M., & Mckie, C. (2005). The use of focus group methodology in health disparities research. *Nursing Outlook*, 53, 134-140.
12. Andreani, J.C., & Conchon, F. (2005). Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives : Un état de l'art en marketing, *Revue Française du Marketing*, 201, 5-21.
13. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. USA: Sage Publications.
14. Feldman, M.S. (1994). Strategies for interpreting qualitative data. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
15. Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., et al. (2008). Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336, 924-926.
16. Roy, M., Morin, P., Douziech, N., Tremblay-Langlois, E., Aubry, F., Montpetit, C., et al. (2015). Optimisation du fonctionnement du guichet d'accès en santé mentale pour la

clientèle adulte au CSSS-IUGS: Synthèse des données probantes et recommandations finales. Rapport d'ETMI livré à la Direction des services aux adultes du CSSS-IUGS par l'UETMISSS du CSSS-IUGS.

17. Abbate-Daga, G., Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S. (2012). Effectiveness of cognitive remediation therapy (CRT) in anorexia nervosa: a case series. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34, 1009-1015.
18. Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Islam, M.A., Granero, R., Vicente, E., et al. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, 285.
19. Allen, K.L., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H., & Byrne, S.M. (2012). Motivation-focused treatment for eating disorders: a sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorders Review: The Journal of The Eating Disorders Association*, 20, 232-239.
20. Balestrieri, M., Isola, M., Baiano, M., & Ciano, R. (2013). Psychoeducation in binge eating disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1-year continuation treatment. *Eating & Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18, 45-51.
21. Ben-Porath, D., Wisniewski, L., & Warren, M. (2009). Differential treatment response for eating disordered patients with and without a comorbid borderline personality diagnosis using a dialectical behavior therapy (DBT)-informed approach. *Eating Disorders*, 17, 225-241.
22. Bergh, C., Callmar, M., Danemar, S., Hölcke, M., Isberg, S.L., Leon, M., et al., (2013). Effective treatment of eating disorders: Results at multiple sites. *Behavioral Neuroscience*, 127, 878-889.
23. Brambilla, F., Amianto, F., Dalle Grave, R., & Fassino, S. (2014). Lack of efficacy of psychological and pharmacological treatments of disorders of eating behavior: neurobiological background. *BMC Psychiatry*, 14, 376.
24. Byrne, S.M., Fursland, A., Allen, K.L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.
25. Chen, E.Y., Weissman, J.A., Zeffiro, T.A., Yiu, A., Eneva, K.T., Arlt, J., et al. (2016). Family-based therapy for young adults with anorexia nervosa restores weight. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 701-707.
26. Fernandez-Aranda, F., Jimenez-Murcia, S., Santamaría, J.J., Giner-Bartolomé, C., Mestre-Bach, G., Granero, R., et al. (2015). The use of videogames as complementary therapeutic tool for cognitive behavioral therapy in bulimia nervosa patients. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18, 744-751.
27. Graham, L., & Walton, M. (2011). Investigating the use of CD-Rom CBT for bulimia nervosa and binge eating disorder in an NHS adult outpatient eating disorders service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 443-456.
28. Krug, I., Casasnovas, C., Granero, R., Martinez, C., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C., et al. (2008). Comparison study of full and subthreshold bulimia nervosa: Personality, clinical characteristics, and short-term response to therapy. *Psychotherapy Research: Journal of The Society for Psychotherapy Research*, 18, 37-47.

29. La Mela, C., Maglietta, M., Lucarelli, S., Mori, S., & Sassaroli, S. (2013). Pretreatment outcome indicators in an eating disorder outpatient group: the effects of self-esteem, personality disorders and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 933-942.
30. MacNeil, B.A., Nadkarni, P., Leung, P., Stubbs, L., O'Brien, C., Singh, M., et al. (2016a). Cognitive remediation therapy, eh! An exploratory study at a Canadian adult eating disorders clinic. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50, 180-191.
31. Powers, P.S., Bannion, Y., Eubanks, R., & McCormick, T. (2007). Quetiapine in anorexia nervosa patients: an open label outpatient pilot study. *The International Journal of Eating Disorders*, 40, 21-26.
32. Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, F., et al. (2010). Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa: a three-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 238-248.
33. Santonastaso, P., Bosello, R., Schiavone, P., Tenconi, E., Degortes, D., & Favaro, A. (2009). Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment. *The International Journal of Eating Disorders*, 42, 464-470.
34. Tomba, E., Tecuta, L., Schumann, R., & Ballardini, D. (2017). Does psychological well-being change following treatment? An exploratory study on outpatients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 61-69.
35. Watson, H.J., Allen, K., Fursland, A., Byrne, S.M., & Nathan, P.R. (2012). Does enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders improve quality of life? *European Eating Disorders Review: The Journal of The Eating Disorders Association*, 20, 393-399.
36. Wildes, J.E., Marcus, M.D., Yu, C., McCabe, E.B., & Gaskill, J.A. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 1-4.
37. Wnuk, S.M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (2015). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 23, 253-261.
38. Allen, K.L., O'Hara, C.B., Bartholdy, S., Renwick, B., Keyes, A., Lose, A. et al. (2016). Written case formulations in the treatment of anorexia nervosa: Evidence for therapeutic benefits. *The International Journal of Eating Disorders*, 49, 874-882.
39. Attia, E., Kaplan, A.S., Walsh, B.T., Gershkovich, M., Yilmaz, Z., Musante, D., et al. (2011). Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 41, 2177-2182.
40. Bamford, B., Barras, C., Sly, R., Stiles-Shields, C., Touyz, S., Le Grange, D., et al. (2015). Eating disorder symptoms and quality of life: Where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 48, 133-138.
41. Bauer, S., Okon, E., Meermann, R., & Kordy, H. (2012). Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: efficacy of an intervention delivered via text messaging. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 700-706.
42. Bloch, M., Ish-Shalom, S., Greenman, Y., Klein, E., & Latzer, Y. (2012). Dehydroepiandrosterone treatment effects on weight, bone density, bone metabolism and mood in women suffering from anorexia nervosa-a pilot study. *Psychiatry Research*, 200, 544-549.
43. Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C.G., Treasure, J., et al. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1-11.

44. Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25, 617-626.
45. Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012) Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 434-449.
46. Court, A., Mulder, C., Kerr, M., Yuen, H.P., Boasman, M., Goldstone, S., et al. (2010). Investigating the effectiveness, safety and tolerability of quetiapine in the treatment of anorexia nervosa in young people: a pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1027-1034.
47. Fairburn, C.G., Bailey-Straebler, S., Basden, H.A., Doll, R.J., Murphy, R. O'Connor, M.E., et al. (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.
48. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
49. Fogarty, S., Harris, D., Zaslowski, C., McAinch, A.J., & Stojanovska, L. (2010). Acupuncture as an adjunct therapy in the treatment of eating disorders: a randomised cross-over pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 18, 233-240.
50. Hildebrandt, T., Loeb, K., Troupe, S., & Delinsky, S. (2012). Adjunctive mirror exposure for eating disorders: a randomized controlled pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 797-804.
51. Milano, W., De Rosa, M., Milano, L., Riccio, A., Sanseverino, B., & Capasso, A. (2013b). A comparative study between three different SSRIs in the treatment of Bulimia Nervosa. *Current Neurobiology*, 4, 39-42.
52. Schmidt, U., Ryan, P. EX., Bartholdy, S., Renwick, B., Keyes, A., O'Hara, C., et al., (2016). Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 49, 793-800.
53. Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., et al. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 796-807.
54. Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., Sternheim, L., Startup, H., McIntosh, V., et al., (2012). Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 201, 392-399.
55. Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., et al. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43, 2501-2511.
56. Walpoth, M., Hoertnagl, C., Mangweth-Matzek, B., Kemmler, G., Hinterhölzl, J., Conca, A., et al. (2008). Repetitive transcranial magnetic stimulation in bulimia nervosa: Preliminary

- results of a single-centre, randomised, double-blind, sham-controlled trial in female outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 57-60.
57. Zipfell, S., Wild, B. Groß, G., Friederich, H.C., Teufel, M., Schellberg, D., et al., (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*, 383, 127-137.
 58. Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 216-220.
 59. Calugi, S., Grave, R.D., Sartirana, M., & Fairburn, C.G. (2015). Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1-6.
 60. Fernández-Aranda, F., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Núñez, A., Penelo, E., et al. (2009). Male eating disorders and therapy: a controlled pilot study with one year follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 479-486.
 61. Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C., & Ward, W. (2017). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E): A naturalistic study within an outpatient eating disorder service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46, 1-14.61.
 62. Turner, H., Marshall, E., Wood, F., Stopa, L., & Waller, G. (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 1-6.
 63. Turner, H., Bryant-Waugh, R., & Marshall, E. (2015). The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 165-169.
 64. Turner, H., Marshall, E., Stopa, L., & Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 70-75.
 65. Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: Effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13-17.
 66. Caslini, M., Rivolta, L., Zappa, L.E., Carrà, G., & Clerici, M. (2015) Psychotherapeutic treatment of eating disorders improve dissociative experiences and impulse regulation but not alexithymia. A case series report. *Rivista Di Psichiatria*, 50, 143-147.
 67. Haslam, M., Meyer, C., & Waller, G. (2011). Do eating attitudes predict early change in eating behaviors among women with bulimic disorders who are treated with cognitive behavioral therapy? *International Journal of Eating Disorders*, 44, 741-744.
 68. Lockwood, R., Serpell, L., & Waller, G. (2012). Moderators of weight gain in the early stages of outpatient cognitive behavioral therapy for adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 51-56.
 69. MacNeil, B.A., Leung, P., & Montemarano, V. (2016b). Exposure with response prevention (ERP) for body dissatisfaction in a group therapy format: An exploratory study. *Eating & Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 225-232.
 70. Marcoulides, O.K., & Waller, G. (2012). Nonspecific predictors of weight gain in the early stages of outpatient cognitive behavioral therapy for adults with anorexia nervosa: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 746-750.

71. Milano, W., De Rosa, M., Milano, L., Riccio, A., Sanseverino, B., & Capasso, A. (2013a). The efficacy of duloxetine in the treatment of Bulimia Nervosa: Case reports. *Current Neurobiology*, 4, 35-38.
72. Wade, T.D., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal Of The Eating Disorders Association*, 19, 382-389.
73. Pitt, S., Lewis, R., Morgan, S., & Woodward, D. (2010). Cognitive remediation therapy in an outpatient setting: A case series. *Eating & Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15, e281-e286.
74. Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2014). Clinician and practice characteristics influencing delivery and outcomes of the early part of outpatient cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Cognitive Behaviour Therapist*, 7.
75. Safer, D.L., Darcy, A.M., & Lock, J. (2011). Use of mirtazapine in an adult with refractory anorexia nervosa and comorbid depression: A case report. *The International Journal of Eating Disorders*, 44, 178-181.
76. Satir, D.A., Goodman, D.M., Shingleton, R.M., Porcerelli, J.H., Gorman, B.S., Pratt, E.M., et al. (2011). Alliance-focused therapy for anorexia nervosa: Integrative relational and behavioral change treatments in a single-case experimental design. *Psychotherapy*, 48, 401-420.
77. Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: An update. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-8.
78. Robbins, J.M., & Pehrsson, D. (2009). Anorexia nervosa: a synthesis of poetic and narrative therapies in the outpatient treatment of young adult women. *Journal of Creativity in Mental Health*, 4, 42-56.
79. Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 108, 678-685.
80. Goss, K., & Allan, S. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *The British Journal of Clinical Psychology*, 53, 62-77.
81. Guarda, A.S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, 94, 113-120.
82. Tortorella, A., Fabrazzo, M., Monteleone, A.M., Steardo, L., & Monteleone, P. (2014). The role of drug therapies in the treatment of anorexia and bulimia nervosa: A review of the literature. *Journal of Psychopathology*, 20, 50-65.
83. Zipfel, S., Giel, K.E., Bulik, C.M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2, 1099-1111.
84. Hay, P.J., Claudino, A.M., Touyz, S., & Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
85. Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., et al. (2006). *Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135.* (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
86. Geller, J., Goodrich, S., Chan, K., Cockell, S., & Srikameswaran, S. (2013). *Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of Services*. Providence Health Care, British Columbia Ministry of Health, 161p.

87. Haute Autorité de Santé (HAS, 2010). *Anorexie mentale: Prise en charge et argumentaire*. Saint-Denis La Plaine: France, 167p.
88. National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. London: Royaume-Uni, 41p.
89. Painter, E., Ward, W., Gibbon, P., & Emmerson, B. (2010). The Eating Disorders Outreach Service: enabling clinicians statewide to treat eating disorders. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 18, 49-52.
90. Steiger, H., Sansfaçon, J., Thaler, L., Leonard, N., Cottier, D., Kahan, E. et al., (2017). Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 1058-1066.
91. Lindgren, B.M., Enmark, A., Bohman, A., & Lundström, M., (2015). A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 860-869.
92. Reid, M., Burr, J., Williams, S., & Hammersley, R. (2008). Eating disorders patients' views on their disorders and on an outpatient service: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 13, 956-960.
93. Martinez, M.A., & Craighead, L.W. (2015). Toward person(ality)-centered treatment: How consideration of personality and individual differences in anorexia nervosa may improve treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 296-314.
94. Waller, G., Evans, J., & Pugh, M. (2013). Food for thought: a pilot study of the pros and cons of changing eating patterns within cognitive-behavioural therapy for the eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 519-525.
95. Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process? A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.

ANNEXE I

TABLEAU D'EXTRACTION DE DONNÉES

Tableau # 1	Données issues de revues de littérature et de recensions systématiques des écrits scientifiques
Tableau # 2	Données issues d'études quantitatives
Tableau # 3	Données issues d'études qualitatives
Tableau # 4	Données issues d'études mixtes
Tableau # 5	Données issues d'autres types d'articles scientifiques
Tableau # 6	Données issues de documents de la littérature grise

Tableau # 1 Extraction des données issues des revues de la littérature et des recensions systématiques des écrits scientifiques

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Type de revue	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Goss & Allen (2014) #80	RN	1. Efficacité CFT sur TCA	CFT = INT de groupe en contexte ambulatoire pour adulte avec TCA. La CFT contient des composantes adressant des niveaux ↑ de honte et d'autocritique. Elle enseigne comment se considérer autrement qu'avec hostilité. Ces composantes sont intégrées dans un traitement biopsychosocial axé sur le rétablissement et la vie dans une société axée sur la diète. Elle propose une analyse fonctionnelle du TCA dans la vie du patient via 3 étapes (c.-à-d. psychoéducation, construction des capacités, rétablissement). Dans la 1^{re} phase, l'approche éducative est didactique. Dans la 2^e étape, le groupe est utilisé pour partager sa vision, ses émotions et recevoir de la compassion. 1. CFT est efficace dans la gestion et le traitement de la honte, de l'autocritique, de l'hostilité dirigée contre sa personne et des difficultés de générer et vivre des émotions affectives. 1. CFT est prometteuse pour la gestion des comportements restrictifs, hyperphagiques et de purges.	0.14
Guarda (2008) #81	RN	1. Efficacité INT pour AN	1. L'expertise clinique et les données scientifiques suggèrent que chronicité et âge adulte = pronostic plus sombre. 1. Rétablissement AN est en 2 phases (c.-à-d. reprise de poids, maintien du poids). Le consensus clinique = majorité des adultes en insuffisance de poids ne répondent pas à la 1^{re} phase du rétablissement en ambulatoire. Les unités internes multidisciplinaires et spécialisées pour adultes sont plus efficaces pour la reprise de poids (2-4 livres/semaine). 1. Les INT qui favorisent la motivation au changement chez les patients sont prometteuses. 1. Peu d'études contrôlées de qualité existent pour tester l'efficacité d'INT individuelles chez adultes AN en ambulatoire. Aucune INT est supérieure à une autre et l'attrition est élevée (c.-à-d. souvent ↑ 50 %). 1. Contrairement aux adolescents, les INT familiales sont beaucoup moins efficaces dans le traitement AN adulte. 1. L'efficacité des INT pharmacologiques reste également à démontrer.	0.13
Hay et al. (2015) #84	RS des ECR	1. Efficacité INT psychothérapeuti- ques individuelles sur AN	* INT considérées = En monothérapie (c.-à-d. TCC, TCC-A, TAC, IPT, MANTRA, PPAF, PPDF, thérapie féministe). 1. Les écrits indiquent que TAU administré par un prestataire non spécialiste des TCA est ↓ efficace que PPDF. Aucune différence entre TAU et PPAF, ainsi qu'entre TAU et les thérapies psychothérapeutiques individuelles (pour l'attrition).	1.00

			1. Quand on compare les thérapies psychothérapeutiques individuelles entre elles, aucune n'est supérieure. Aucune conclusion spécifique sur les effets de thérapies psychologiques individuelles sur AN chez adultes n'est possible.	
Martinez & Craighead (2015) #93	RN	1. Efficacité INT centrée sur individu et le profil individuel pour AN 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. La difficulté de statuer sur la meilleure INT pour traiter AN = prise en compte inadéquate des variables individuelles. Il faut personnaliser le traitement selon le profil de l'individu et les spécificités neurocognitives. 4. Prendre en compte les caractéristiques individuelles dans le traitement favorise la rétention des patients (surtout en ambulatoire ou la motivation et l'engagement est fondamentale). 1. Des différences individuelles peuvent guider le choix du traitement (p. ex. perfectionnisme, obsession, évitement, impulsivité, rigidité cognitive). Pour le perfectionnisme, il est possible d'ajouter le module "perfectionnisme" à une TCC-A. Pour un profil obsessionnel-compulsif, une EPR serait indiquée. Les comportements d'évitement sont propices à une ACT ou EABT. Les traits impulsifs sont mieux gérés par une DBT et les TRC sont appropriées pour la rigidité cognitive.	0.47
Tortorella et al. (2014) #82	RN des ECR ou des RS de ECR	1. Efficacité antidépresseur, antipsychotique et stabilisateur humeur sur AN et BN	1. Cette revue suggère que les ISRS ont une efficacité dans le traitement BN. 1. Les antidépresseurs ne sont pas efficaces pour ↑ poids AN, mais sont efficace pour ↑ symptomatologie dépressive et obsessionnelle-compulsive. Ainsi, chez les AN, les antidépresseurs sont efficaces seulement lors d'une comorbidité anxieuse, dépressive ou obsessionnelle-compulsive. Ceci dit, la prise d'antidépresseur seule est insuffisante. 1. Les antipsychotiques atypiques (p. ex. quétiapine, olanzapine) sont des options prometteuses pour le traitement AN sévères, car ils peuvent induire un gain de poids et gérer une psychopathologie sévère. 1. D'autres traitements, tels que le topiramate anticonvulsivant pourrait être prometteur dans BN. Des études indiquent qu'il peut aider à ↓ comportements hyperphagiques et de purges. 1. L'utilisation de la pharmacologie dans la gestion TCA est surtout efficace pour la gestion des comorbidités.	0.54
Zipfell et al. (2015) #83	RN	1. Efficacité des INT pour AN	1. Les adultes AN ont une chance réaliste de guérison (ou ↑ des symptômes). Ceci dit, aucune INT précise ne démontre une supériorité évidente. L'INT indiquée est donc une combinaison de réalimentation et de psychothérapie. 1. TCC (preuve faible, faible effet +), TCC-A (preuve modérée, effet modéré qui se maintien), Thérapie comportementale (preuve faible, effet faible et inconsistant), IPT (preuve faible, faible effet +), Thérapie psychodynamique (preuve faible, faible effet +), TAC (preuve faible, faible effet +), PPDF (preuve modérée, effet modéré qui se maintien), MANTRA (preuve modérée, effet modéré qui se maintien), SSCM (preuve modérée, effet modéré).	0.57

			1. L'efficacité des INT pharmacologiques reste à démontrer, tout comme l'efficacité d'INT nutritionnelle. Ces INT seules ne sont pas efficaces, (mais elles sont importantes dans une gestion multidisciplinaire AN).	
--	--	--	---	--

Note. ACT = Acceptance and commitment therapy; AN = Anorexie mentale; BN = Boulimie; CFT = Compassion focused therapy; DBT = Dialectical behavior therapy; EABT = Emotion acceptance behavior therapy; ECR = Essai clinique randomisée; EPR = Exposition avec prévention de la réponse; INT = Intervention; IPT = Interpersonal psychotherapy; ISRS = Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; MANTRA = Maudsley model anorexia nervosa treatment for adults; PPAF = Psychothérapie psychoanalytique focale; PPDF = Psychothérapie psychodynamique focale; RN = Revue narrative; RS = Revue systématique; SQ = Score de qualité; SSCM = Specialist supportive clinical management; TAC = Thérapie analytique cognitive; TAU = Treatment as usual; TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; TCC-A = Thérapie cognitivo-comportementale améliorée; TRC = Thérapie de remédiation cognitive.

Tableau #2 Extraction des données issues d'études quantitatives

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Ville (Pays)	Échantillon	Devis	Description de la modalité de prise en charge	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Abbate-Daga et al. (2012) #17	Turin (Italie)	20 ♀ AN-R (Âge $\bar{X}$ = 22.5, durée $\bar{X}$ maladie = 5.9 ans, IMC $\bar{X}$ en pré = 16.2) Exclusion si comorbidité ou abus substance	Q-EXP pré-post	TRC (10 séances de 45 minutes; 1 fois/semaine) Chaque séance contient des exercices papier-crayon pour ↑ stratégies cognitives, capacités réflexives et traitement de l'information. À la suite des exercices, le PSY étudie le point de vue du patient et demande si stratégies cognitives des exercices peuvent être utiles dans sa vie. L'idée = pratique ↑ performance qui ↑ la confiance du patient.	1. Efficacité TRC sur AN	1. Post-TRC = ↑ performances neuropsychologiques (mesuré par TMT et WCST), ↑ fonctionnement global (mesuré par GAF), ↑ régulation des impulsions et de la conscience intéroceptive (mesuré par EDI), ↑ compétences réflexives et sensibilisation et ↑ poids. 1. TRC (en complément à autres INT) peut ↑ efficacité d'un suivi externe pour TCA.	0.73
Agüera et al. (2013) #18	Barcelone (Espagne)	454 ♀ (327 BN-P et 40 BN-NP) Exclusion si comorbidité sévère, symptôme psychologique qui requiert hospitalisation	Q-EXP pré-post	TCC (22 séances de groupe, 90 minutes, 1 fois/semaine, 8-10 individus/groupe). Les sixièmes séances sont psychoéducatives et les 16 autres sont TCC. - ♀ évaluées pré-post INT avec journal alimentaire (comportements purges, hyperphagique, exercice physique) et questionnaires (c.-à-d. EDI, SCR). - ♀ terminent INT = rémission complète, partielle, ou pas rémission. Rémission complète = absence comportements BN et ↑ symptômes pour 4 semaines consécutives.	1. Efficacité TCC sur BN	1. Post-TCC = a) pas différence % rémission entre BN-P et BN-NP, b) pas effets sur IMC. 1. Post-TCC = a) ↑ pour toutes les sous-échelles du EDI chez BN-P, b) ↑ pour les sous-échelles « Drive for Thinness », « Body Insatisfaction », « Bulimia » et score total EDI-2 chez BN-NP, c) Efficacité TCC pour BN (rémission complète/partielle +/- 70 %).	0.84
Allen et al.	Londres	72 patients AN	ECR	Formulation cas = Composante de	1. Efficacité	1. Pas différence en PRÉ entre les groupes	0.85

(2016) #38	(ANG)	46 avec formulation cas (IMC $\bar{X}$ = 16.7, âge $\bar{X}$ = 26.8) 26 pas de formulation de cas (IMC $\bar{X}$ = 16.5, âge $\bar{X}$ = 27.2)		diverses psychothérapies qui sert à poser des hypothèses sur les causes, déclencheurs et facteurs de maintien du TCA. Elle est une méthode utile pour la compréhension commune des difficultés entre le thérapeute et le patient. Elle peut ↑ alliance thérapeutique et permettre d'adapter les stratégies de traitement selon les besoins du patient.	formulation cas sur satisfaction, adhérence traitement et symptôme AN lors MANTRA 4. Composante essentielle d'une offre de services	pour âge, durée AN, IMC et score EDEQ 1. Lettres de formulation qui prêtent attention au développement AN = ↑ acceptabilité traitement. 1. Des lettres plus réflexives et respectueuses = ↓ EDEQ 1. Axer sur facteurs maintien ≠ ↓ EDEQ. 4. Pour ↑ acceptabilité, s'intéresser aux facteurs de maintien AN.	
Allen et al. (2012) #19	Crawley (Australie)	Groupe TCC-A = 43 ♀ (12 AN, 13 BN, 18 OSFED; IMC $\bar{X}$ = 20.4, âge $\bar{X}$ = 26.4) Groupe INT-M + TCC-A = 52 ♀ (9 AN, 18 BN, 25 OSFED; IMC $\bar{X}$ = 19.2, âge $\bar{X}$ = 26.5)	Q-EXP pré-post	Thérapeutes = PSY. Pour le groupe INT-M + TCC-A, les 2 phases sont livrées par le même PSY. Pour les 2 conditions (séance = 1 heure/semaine). INT-M = quatre séances fondées sur les principes d'entrevue motivationnelle. Le PSY est collaboratif, calme, fait preuve de compassion, d'une préoccupation, évite la confrontation et est guidé par réponses patient. Les séances incluent psychoéducation, modèle Prochaska, examen des + et - liés au changement et prise en compte d'obstacles au changement. TCC-A = Les séances couvrent divers thèmes (c.-à-d. formulation problème, autosurveillance, psychoéducation, se nourrir adéquatement, lectures dirigées, stratégies de régulation des affects sur comportements alimentaires et corps). Les patients avec IMC < 18.5 (40 séances) vs 20 si IMC > 18.5.	1. Efficacité INT-M + TCC-A (vs TCC-A seul) sur TCA	1. Post INT-M = % prêt au changement ↑ (global chez AN et restriction alimentaire chez BN). 1. Pas de différences entre les groupes pour attrition (c.-à-d. 55.8 % et 53.5 %), ni pour l'âge, l'IMC, les TCA et les comorbidités en pré-INT. 1. Les gens qui finissent INT, peu importe la condition, ont des améliorations cliniques en regard des symptômes TCA. Le % + ↑ individus prêts aux changements pour la modalité INT-M + TCC-A ne se traduit donc pas par des résultats différents pour TCC-A seul.	0.81
Attia et al. (2011)	Multi-site (New York,	23 patients (22 ♀) AN (âge $\bar{X}$ =	ECR	INT = 8 semaines. Dose initiale = 1 pilule (2.5 mg/jour). La dose ↑ aux 2	1. Efficacité et sécurité	1. 74 % terminent INT. Les patients tolèrent le médicament (la sédation est	0.81

#39	USA, $n = 16$ & Toronto, Canada, $n = 7$)	27.7). Groupe olanzapine ($n = 11$) et groupe placebo ($n = 12$) Exclusion si trouble urgent ou condition incompatible olanzapine		semaines (5 mg/jour et 10 mg/jour) si patient tolère la dose précédente (jusqu'à 10 mg/jour les 4 dernières semaines si pas effet secondaire). Les sujets sont évalués chaque semaine (c.-à-d. poids, symptômes TCA, effets secondaires, état général). Les niveaux sériques d'olanzapine en post pour confirmer l'adhérence sont notés. Les patients sont retirés si ↓ poids 4 séances consécutives, IMC < 14, si état le nécessite ou s'ils le veulent. Les patients n'ont pas de psychothérapie.	olanzapine pour IMC et symptômes TCA chez AN	le seul effet secondaire noté). 1. IMC post-traitement, avec IMC initial comme covariable, était plus ↑ dans groupe olanzapine. 1. Symptômes psychologiques se sont améliorés dans les 2 groupes (mesuré par BDI, BSQ, EDI, YBC-EDS, PANSS).	
Balestrieri et al. (2013) #20	Udine (Italie)	54 BED 44 OSFED 91 % ♀, IMC $\bar{X} = 36$, âge $\bar{X} = 42$	Q-EXP pré-post	INT psychoéducative de groupe courte durée (dix semaines, 1 séance/semaine, 90 minutes) Groupe de dix (dirigé par nutritionniste, PSY et résident psychiatrie) qui contient INT nutritionnelle, analyse des pensées sur comportements alimentaires et formation à l'affirmation de soi. INT vise ↑ habiletés de communication, ↑ contrôle du patient sur son environnement pour ↓ anxiété. L'analyse des comportements avec journal pour nourriture et émotions associées.	1. Efficacité INT brève dispensée en groupe	1. À la fin du traitement, 30 patients sont en rémission. 1. En POST = majorité des patients ont une amélioration du profil clinique (c.-à-d. ↓ comportements de purge, ↓ IMC, ↓ insatisfaction corporelle mesuré par EDI, ↓ anxiété et dépression mesuré par HADS, ↓ alexithymie mesuré par TAS).	0.76
Bamford et al. (2015) #40	Multi-site (Sydney, Australie, $n = 29$ & Londres, ANG, $n = 34$)	63 ♀ SE-AN (AN-R = 16, AN-P = 47; IMC $\bar{X} = 16.2$, âge $\bar{X} = 33.4$). Pas de traitement concomitant pour TCA, trouble psychiatrique,	ECR	Participants assignés au hasard à INT de TCC ($n = 30$) ou SSCM ($n = 33$). Pour chaque groupe, le traitement contient 30 séances individuelles de 50 minutes dispensées en 8 mois. Les deux traitements sont adaptés pour que l'accent soit placé sur ↑ QOL plutôt que sur les symptômes TCA et le changement de poids.	1. Efficacité INT visant QOL plutôt que symptôme TCA 4. Composante fondamentale de l'offre de services.	1. Traitement complété = 87.3 %. Peu d'attrition. 1. ↑ QOL dépendent ↑ symptomatologie (mesuré à EDE-Q, EDQOL, SF-12, WSAS, BDI) et du gain de poids. Les traitements visant seulement QOL ne sont pas suffisants. Les cliniciens doivent aussi tenir compte du poids et des symptômes TCA. 4. Il vaut mieux co-sélectionner les	0.84

		ou abus substance				résultats à atteindre au lieu d'axer sur la reprise pondérale. Cela a pour effet ↑ rétention au traitement. 4. Les résultats indiquent ↑ QOL = ↑ adhérence. Ceci dit, la ↑ QOL est corrélée avec ↑ poids. Il faut trouver comment ↑ QOL indépendamment du poids.	
Bauer et al. (2012) #41	Bad Pymont (ALL)	165 ♀ BN ou OSFED (groupe INT = 82 et TAU = 83) Âge $\bar{X}$ = 29.9 et 30.0.	ECR	INT de messagerie texte permettant une interaction hebdomadaire entre patient et prestataire soins pendant 16 semaines. À chaque semaine, dans un format standardisé, les patients rapportent 3 symptômes BN (c.-à-d. insatisfaction corporelle, fréquence comportements hyperphagiques et compensatoires). Selon un algorithme, un logiciel évalue les messages entrants selon a) la gravité et b) les changements via messages précédents. Il suggère un message de rétroaction. Des centaines de messages de rétroaction garantissent 10-15 messages alternatifs pour chacun des 64 modèles de symptômes possibles. Les messages de rétroaction sont formulés pour a) signaler soutien social et intérêt au bien-être des patients, b) renforcer ↑ symptômes et 3) rappeler stratégies TCC apprises pour surmonter situations difficiles ou symptômes.	1. Efficacité INT technologique en 2^e intention (après congé hôpital pour TCA) pour maintenir gains clinique	1. Pas de différence intergroupe pour variables sociodémographique. 1. Les résultats sont meilleurs dans le groupe INT vs TAU. Chez ceux qui terminent l'INT (rémission = 59.2 % vs 43.5 %, abstinence = 43.7 % vs 21.7 %, symptôme = 22.5 % vs 44.9 %). Ces résultats sont aussi significatifs en intention de traiter. 1. Résultat toujours significatif après contrôle du nombre de séances de psychothérapie pendant le suivi externe.	0.81
Ben-Porath et al. (2009) #21	Ohio (USA)	40 patients (39 ♀) dont 16 TCA + TPL (IMC $\bar{X}$ = 21.9, âge $\bar{X}$ = 26.0, AN = 7, BN = 16, OSFED =	Q-EXP pré-post	DBT = INT multidisciplinaire (PSY, psychiatre, TS, nutritionniste) contenant divers INT (p. ex. thérapie individuelle ou de groupe, coaching téléphonique, consultation d'équipe) visant les relations interpersonnelles, la régulation des affects et le contrôle des impulsions.	1. Efficacité DBT chez patients TCA vs patients TCA + TPL	1. Même si une comorbidité TPL n'a pas d'effet sur les résultats du traitement TCA, ceux qui ont été diagnostiqués TPL ont une détresse générale plus élevée. 1. Le groupe TCA + TPL a un niveau + ↑ dépression et anxiété (en pré et post) vs groupe TCA. Cependant, les deux	0.65

		15). Exclusion si psychotique, suicidaire, dépendance substance		Séance de groupe (2 fois/semaine) portant sur pleine conscience, régulation des émotions, tolérance à la détresse et efficacité des habiletés interpersonnelle. Les patients assistent à une séance de groupe hebdomadaire de + sur divers concepts (c.-à-d. motivation, engagement, établir des objectifs, analyse comportementale). Les patients fournissent un compte-rendu des événements, émotions, cognitions et sensations physiques menant à, pendant et après le comportement TCA. Les patients remplissent des cartes journalières en lien à ces comportements. Les patients participent aussi à une INT de DBT, à un groupe hebdomadaire de yoga incorporant des éléments de conscience au mouvement. Un module de nutrition enseigne l'alimentation saine et la planification des repas. Enfin, l'exposition à des aliments dans lesquels les patients mangent ensemble est inclut à l'INT.		groupes ont ↓ similaire dans la symptomatologie dépressive et anxieuse au cours du traitement, suggérant que les TCA + TPL entrent et sortent du traitement avec des niveaux de détresse + ↑ que ceux TCA. 1. En ce qui concerne la régulation des effets, les résultats indiquent qu'au début INT, les TCA + TPL sont capable de réguler leur affect que les patients sans TPL. Cependant, à la fin du traitement, il n'y a pas de différence entre les groupes.	
Bergh et al. (2013) #22	Multi-site (Alingsås, Danderyd + Huddinge en Suède, Amsterdam en Hollande, Melbourne en Australie, San Diego aux USA)	1428 patients avec AN, BN et OSFED. À travers les sites, la durée de traitement varie entre 2 et 18 ans, entre 54 et 918 participants. La clientèle est au minimum 97 % composée de femmes	Q-EXP pré-post	INT = Mandomètre. Les patients normalisent leur alimentation via la rétroaction d'une balance connectée à un ordinateur sous leur assiette. En consultant un moniteur, les patients comparent leur rythme de consommation à celui d'une personne saine mangeant le même repas. Les patients développent ainsi des sentiments normaux de satiété. Au début, un thérapeute assiste les patients et les laissent seul peu à peu. Aussi, les patients reçoivent de la chaleur, en utilisant des pièces chaudes, des couvertures thermiques ou des vestes pour les calmer et	1. Efficacité INT mandomètre sur rémission TCA	1. 75 % des patients sont en rémission après une médiane de 12,5 mois. 1. Les patients OSFED sont entrés en rémission d'abord, les patients BN et AN. Plus l'IMC des AN à l'admission est faible, plus le temps de rémission est long. 1. Taux de rechute après 24 mois (10 %). Ce taux de rechute est le même après 5 ans.	0.73

				éviter l'utilisation de calories pour la thermorégulation. L'activité physique est restreinte dans le même but. Les patients sont en rémission lorsqu'ils ne répondent plus aux critères TCA, lorsque le poids, comportement alimentaire, satiété, état physiologique, niveau de dépression, anxiété et obsession est normal. Le patient BN doit avoir cessé comportements hyperphagiques et purge depuis 3 mois.			
Bloch et al. (2012) #42	Haifa (Israël)	26 ♀ AN DHEA, $n = 15$ (âge $\bar{X} = 26.6$, IMC $\bar{X} = 17.8$) Placebo, $n = 11$ (âge $\bar{X} = 27.7$, IMC $\bar{X} = 17.8$) Exclusion si condition chronique, psychotrope, anovulant	ECR	Suivi externe comprenant psychothérapie dynamique individuelle (1 fois/semaine), des séances de psychothérapie cognitive de soutien en groupe et du suivi nutritionnel hebdomadaire est dispensé. Les patients sont randomisés (groupe traité par voie orale 50 mg DHEA 2 fois/jour, un placebo traité avec capsules identiques). La dose de 100 mg/jour est choisie pour administrer 1 dose efficace et minimiser les effets secondaires. Les deux groupes sont traités 6 mois. Les participants ont aussi une dose quotidienne de carbonate de calcium 600 mg et 200 UI de vitamine D3.	1. Efficacité INT DHEA sur AN	1. Pas de différence entre les groupes pour l'âge, l'IMC, les scores aux BDI, EDI, symptômes de TCA et CGIS. 1. ↑ paramètres psychologiques dans les 2 groupes. Un effet temporel est observé pour BDI et CGIS. Pour le BDI, ↑ à 3 et 6 mois et pour CGIS à 6 mois seulement. 1. 6 mois de traitement DHEA n'a pas d'effet sur ↑ densité minérale osseuse. 1. ↑ poids après 4 mois chez le groupe DHEA. L'amélioration de l'humeur dans le groupe DHEA est corrélée à ↑ poids.	0.70
Brambilla et al. (2014) #23	Milan et Turin (Italie)	INT#1 (INT brève individuelle) = 15 ♀ AN et 17 ♀ BN (âge $\bar{X} = 20$ pour AN et 22 BN, IMC $\bar{X} = 16$ pour AN et 21 BN) INT#2 (TCC +	Q-EXP pré-post	INT#1 = (4 mois). Le profil psychologique est mesuré par EDI, SCL, TCI INT#2 (TCC + Olanzapine; 3 mois). Le 1^{er} mois = 2.5mg/jour. Les mois 2-3 = 5 mg/jour. Le profil psychologique est mesuré par EDI, HAM-D, BDRS, TCI, YBC-EDS). Cette INT est aussi comparée à TCC seul.	1. Efficacité de 2 INT sur biomarqueurs (c.-à-d. acide homovanillique plasmatique pour mesurer la sécrétion de	1. INT #1 = IMC ↑ chez AN, mais pas BN. Comportements de purge ↓ (2 groupes). Le profil psychologique ↑ (2 groupes). Les niveaux d'acide homovanillique plasmatique ↑ en post chez BN. 1. INT #2 = IMC ↑ (2 modalités). Le profil psychologique ↑ (2 groupes). La modalité TCC + Olanzapine = ↑ supérieure pour YBC-EDS et HAM-D. Les niveaux d'acide homovanillique	0.65

		Olanzapine) = 15 ♀ AN-R et 12 ♀ AN-P (âge $\bar{X}$ = 25, IMC $\bar{X}$ = 15)			dopamine)	plasmatique ↑ TCC + Olanzapine uniquement.	
Brown et al. (2014) #74	Londres (ANG)	100 cliniciens qui offrent TCC pour AN (80 ♀, âge médian = 30-49 ans, 53 % PSY, le reste = infirmière, TS, ergothérapeute; expérience professionnelle $\bar{X}$ = 12.4 (9.5 ans dans le domaine des TCA).	TR	INT = Un questionnaire envoyé aux cliniciens. L'enquête évalue les croyances et la pratique clinique de cliniciens quant à l'importance de l'alliance thérapeutique et du gain de poids pendant TCC ambulatoire pour AN. Elle se renseigne sur les variables démographiques et le niveau d'anxiété des cliniciens. Elle examine la pratique clinique des 6 premières séances de TCC pour AN et les croyances des cliniciens sur la relation entre le gain de poids et l'alliance thérapeutique	1. Efficacité TCC sur AN selon caractéristiq ues du prestataire de services	1. Les cliniciens signalent un ↑ poids chez leurs patients, (mais qui ne correspond pas aux recommandations du NICE). La croyance que l'alliance thérapeutique précède la prise de poids est forte malgré des résultats cliniques contraires. 1. Des niveaux + ↑ gain de poids sont associés à l'utilisation de manuels, à la concentration précoce sur le gain de poids, à une alimentation structurée et à la croyance que la prise de poids précède une bonne alliance thérapeutique. 1. L'anxiété des cliniciens et l'attention précoce accordée à l'alliance thérapeutique plutôt qu'à l'alimentation structurée = moins bons résultats. 1. Cliniciens + âgés croient à l'importance de l'alliance thérapeutique précoce pour ↑ poids. Les cliniciens qui utilisent une TCC axée sur alimentation structurée rapportent être + efficace pour faire ↑ poids des patients en début de traitement (vs TCC axée sur alliance thérapeutique). 1. Ces résultats suggèrent que les cliniciens doivent des approches manuelles dans les TCC pour AN. Elles semblent associées à de meilleurs résultats (surtout en début de traitement). Le développement d'une alliance thérapeutique peut avoir lieu dans une 2 ^e partie du traitement.	0.68

Brown et al. (2013) #58	Londres (ANG)	65 AN (64 ♀; âge $\bar{X}$ = 25.7, IMC $\bar{X}$ l'admission = 15.9)	CORET	Les patients sont traités avec TCC axée sur le changement de la structure et du contenu alimentaire dans le but de ↑ poids et de surmonter l'anxiété associée au gain de poids via une exposition progressive). Une séance d'une heure/semaine. La ligne directrice pour la pratique clinique est de 40 séances (bien que cela varie selon les besoins). Neuf cliniciens sont dans cette étude (6 avec doctorat psychologie clinique, 1 ergothérapie, 2 en TCC). Tous les cliniciens sont supervisés individuellement pour assurer une cohérence thérapeutique.	1. Efficacité alliance thérapeutique lors TCC sur AN 4. Composante fondamentale offre de services	1. 44 patients (68 %) finissent l'INT. 1. ↑ de poids chez les 2 groupes. Le gain est + important chez ceux qui terminent INT (6,6 kg vs 2,6 kg). 1. ↑ poids associé à alliance thérapeutique subséquente (même en ajustant pour la force antérieure de l'alliance thérapeutique). Cohérent avec hypothèse ↑ poids → meilleure alliance thérapeutique. 1. Alliance thérapeutique forte au début traitement ≠ complétion du traitement (contrairement aux études qui montrent que oui en cas de traitement interne). Il est donc + pertinent de travailler la reprise pondérale que l'alliance thérapeutique. 4. Reprise de poids est + importante que la qualité de l'alliance thérapeutique puisqu'elle la précède.	0.76
Byrne et al. (2017) #43	Perth, Adelaïde, Sydney (Australie)	120 patients (97.5 ♀; âge $\bar{X}$ = 26.2, durée $\bar{X}$ maladie = 4 ans, 52.5 % histoire hospitalisation, IMC $\bar{X}$ pré-INT = 16.7, 67.1 % célibataire, 44.2 % AN-R et 55.8 % AN-P) Exclusion si trouble physique ou mental sévère, dépendance	ECR	Comparaison 3 INT (SSCM, TCC-A, MANTRA). Les INT sont dispensées par 8 PSY. MANTRA = axé sur facteurs spécifiques à la théorie cognitivo-personnelle de maintien TCA. Traitement de formulation accompagné d'un cahier de travail. Le traitement est personnalisé aux symptômes cliniques et au profil neuropsychologique. Les effets changent à travers le ciblage de 4 facteurs de maintien (c.-à-d. pensée du patient, style émotionnel/relationnel, réponse des proches au TCA, croyance sur utilité AN dans vie patient)	1. Efficacité de 3 INT sur AN	1. % complétion = 60 % et suivi 1 an = 52.5 %. Les % ne sont pas différents entre les 3 INT, ni le profil sociodémographique. 1. Les 3 INT = ↑ IMC, ↑ psychopathologie TCA (mesuré EDE-Q et CIA), ↓ dépression et anxiété (mesuré par DASS). Ces gains sont conservés au suivi 1 an. 1. Il n'y a pas de différences POST-INT dans les % rémission. Malgré les cibles psychothérapeutiques différentes, les résultats des 3 traitements sont similaires. Est-ce que cela signifie que ces 3 traitements sont bons ou que l'élément moteur est commun aux 3	0.93

		substance, utilisation antipsychotique ou psychothérapie SSCM = 40 MANTRA = 41 TCC-A = 39		TCC-A = Axé sur les processus entretenant la psychopathologie des TCA puisque transdiagnostique. Le traitement contient 3 étapes. La phase 1 engage et éduque le patient. Il crée une formule personnalisée pour obtenir une reprise de poids. La phase 2 gère la psychopathologie. La phase 3 met l'accent sur maintien des gains et prévention des rechutes. SSCM = combine prise en charge clinique et psychothérapie. Les séances visent la normalisation alimentation et reprise poids via psychoéducation sur symptômes clés. 2. Composantes communes aux 3 INT: Patients ont entre 25 et 40 sessions de 50 minutes sur 10 mois. Le nombre de séances à recevoir est fonction de l'IMC initial (IMC < 16 = 40, 16 > IMC > 17.5 = 30, 17.5 > IMC > 18.5 = 25). Jusqu'à 4 séances supplémentaires avec un parent ou proche sont permises.		modalités.	
Byrne et al. (2011) #24	Perth (Australie)	125 patients (122 ♀) dont 34 AN, 40 BN, 51 OSFED Exclusion si suicidaire, psychotique, dépendance substance	Q-EXP pré-post	INT = TCC-A de Fairburn (2008). Tous les patients participent à 2-3 séance d'évaluation suivi de 20 à 40 séances individuelle de 50 minutes (1 fois/semaine). Les patients sont traités par une équipe de 4 PSY. Le contenu INT est le même pour tous les TCA, mais pour patient faible poids, le traitement est + long pour permettre augmentation de la motivation et reprise de poids. INT à 4 étapes. La phase 1 sert à engager et éduquer le patient et crée une	1. Efficacité et faisabilité TCC-A sur TCA	1. 66 complètent INT (52.8 %). Chez ceux qui terminent, 56.1 % de rémission complète et 10.6 % de rémission partielle. Donc taux d'efficacité relative = 66.7 % (vs 40 % pour l'échantillon total). Aussi ↑ significative score EDE-Q, estime de soi, QOL et ↓ comportement alimentaire inapproprié, anxiété, dépression, stress, problème interpersonnel. Ces résultats s'appliquent aussi à ceux qui ne terminent pas INT. 1. TCC-A = ↑ significative pour	0.70

				formule personnalisée pour obtenir un changement de comportement maximal. La phase 2 est l'examen détaillé des progrès et l'identification des obstacles au changement. La phase 3 met l'accent sur la modification des processus de maintien du TCA. À la phase 4, l'accent est sur maintien des gains et sur la prévention des rechutes. Le traitement permet une flexibilité du nombre de séances. Dans cette étude, les patients avec IMC de 18.5 (environ 20 séances) vs 40 pour ceux avec IMC sous 18.5 La complétion de INT = réussite des 4 phases. Rémission complète = aucun comportement et critère TCA et IMC = 18.5. Rémission partielle = 2 critères sur 3.		psychopathologie générale et liée à l'alimentation 1. Pas différence en pré pour diagnostic TCA (sauf AN ont une IMC + ↓ et sont + à avoir été hospitalisés pour TCA). 1. En termes de faisabilité, l'étude prouve que TCC-A peut être administrée efficacement en clinique communautaire.	
Calugi et al. (2015) #59	Vérone (Italie)	95 AN (49 adultes dont 2 hommes; $\bar{X}$ = 24.6) et 46 adolescentes (âge $\bar{X}$ = 15.5)	CORET	40 séances individuelles TCC-A sur 40 semaines précédées de deux séances préparatoires et un examen de suivi (20 semaines après la dernière séance) par le même PSY. La TCC-A pour patients avec insuffisance pondérale comporte 3 étapes. La 1^{re} étape sert à aider les patients à voir le besoin de reprendre du poids et de s'y consacrer. La 2^e étape vise à aider les patients à reprendre du poids santé tout en traitant la psychopathologie des TCA. Chez les adultes, l'objectif IMC se situe entre 19,0 et 19,9. À la 3^e étape, l'objectif est d'aider les patients à maintenir son nouveau poids. Aucune autre INT n'est dispensée aux	1. Efficacité TCC-A sur reprise poids	1. 63.1 % des adolescents et 65.3 % des adultes ont complété les 40 séances. Plus d'adolescents ont atteint un IMC de 18.5 que les adultes (65.3 % vs 36.5 %). Le temps $\bar{X}$ requis par adolescents pour rétablir IMC est 15 semaines de moins que celui des adultes (14.8 vs 28.3). Aucune différence significative n'est relevée entre ceux qui complètent et qui ne complètent pas INT pour âge, sexe, état civil, profession, durée maladie, poids, IMC, EDE-Q, SCL-90, GSI. 1. Les adultes ont une histoire TCA + longue que les adolescents et une + grande % d'entre eux déclarent des comportements hyperphagiques, de purges et d'usage de laxatif.	0.65

				individus de manière à pouvoir mieux statuer sur l'efficacité de TCC-A.			
Caslini et al. (2015) #66	Monza (Italie)	8 ♀ entre 19 et 45 ans (3 AN-R, 2 BN, 3 OSFED) (éducation $\bar{X}$ = 13.1)	SC	Après évaluation psychiatrique et multidisciplinaire, un PSY dispense INT basée sur restructuration cognitive, compréhension et régulation émotionnelle pour ↓ symptômes TCA, reprise de poids, hyperphagie alimentaire, dissociation, alexithymie, impulsivité, perfectionnisme, insatisfaction corporelle, contrôle et sentiment d'inutilité. L'INT est complété par éléments psychothérapeutiques dynamiques de soutien qui construisent un lien de confiance et élargissent perception de soi, auto-organisation, séparation malsaine corps et esprit et capacité d'identifier les émotions.	1. Efficacité INT psychologique et intensif pour TCA sur dissociation, alexithymie et régulation impulsions	1. ↓ symptomatologie TCA et ↓ 2 sous-échelles EDI-2 (régulation des impulsions, insatisfaction corporelle). 1. Pas de différence pour l'alexithymie.	0.54
Catalan-Matamoros et al. (2011) #44	Almeria (Espagne)	28 patients avec TCA depuis moins que 5 ans Groupe 1 = 14 Groupe 2 = 14 22 terminent l'INT (20 ♀, âge $\bar{X}$ = 28.0, 8 AN, 10 BN, 4 OSFED, 54.5 % prennent une médication).	ECR	Groupe 1 = INT (psychiatre + psychothérapie) et groupe 2 = INT (psychiatre + psychothérapie) + BBAT 7 semaines. BBAT = INT inspirée traditions occidentales et de la pratique orientale du T'ai-chi Ch'uan. INT de thérapie corporelle utilisée en contexte clinique primaire. Fondée sur tradition humaniste et holistique, la thérapie de base du corps vise à apporter santé et ressources humaines. Cette INT se concentre sur auto-exploration et l'expérience personnelle de la qualité du mouvement, sur l'interaction entre l'être conscient, l'action et la relation. Ces explorations reposent sur 3 éléments principaux (c.-à-d. stabilité posturale, respiration, conscience mentale). Au cours des 2 ^{es} semaines,	1. Efficacité BBAT chez TCA	1. Pas de différences pré-INT intergroupe. 1. Attrition groupe 1 = 6/14 et attrition groupe 2 = 0/14. 1. ↑ significative du score EDI pour le groupe BBAT et 3 sous-échelles (c.-à-d. drive for thinness, insatisfaction corporelle, ineffectiveness). ↑ significative du score BAT, EAT et SF-36 également. 1. L'INT BBAT a un effet sur la symptomatologie du TCA (EDI, EAT, BAT), mais aussi sur QOL (SF-36).	0.73

				les patients ont une session d'une heure/semaine. Au cours des 5 semaines suivantes, les patients ont reçu deux séances de groupe de 1.5 heure/semaine. Au total, chaque patient reçoit 12 séances.			
Chen et al. (2016) #25	Philadelphie (USA)	22 AN (20 ♀) entre 18-26 ans. Exclusion si hospitalisation, grossesse, dépendance alcool/drogue, déjà utilisé TF)	Q-EXP pré-post	TF = 18 à 20 séances sur une période de 6 mois ($\bar{X}$ = 12). L'INT a 4 nuances par rapport à TF pour adolescent: a) adulte n'est pas nécessairement un parent, b) thérapeute avaient une approche + collaborative, c) les cibles thérapeutiques touchent la transition vers la vie adulte, d) la phase finale permet des séances de psychothérapie individuelle si demandée.	1. Efficacité TF chez jeunes adultes avec AN 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. Post-INT 1 an = Attrition 9/22 1. Post-INT = 15/22 en intention de traiter ne sont plus en insuffisance pondérale et 1 an POST = 13/22. L'INT est donc efficace pour 59 % 1. Post-INT = Amélioration symptômes AN (↓ EDEQ, ↓ YBC-EDS, ↑ GAF) 4. Tous les participants et adultes proches aidants jugent l'INT acceptable	0.78
Courbasson et al. (2012) #45	Toronto (Canada)	25 ♀ TCA avec comorbidité abus de substance (âge $\bar{X}$ = 32.5)	ECR	INT de DBT pour TCA avec comorbidité abus substances (adapté protocole Linehan 1993). Les gens TCA + abus substance ont des difficultés à réguler émotions et relations interpersonnelles. Pour pallier cela, la DBT utilise une combinaison d'enseignement (p. ex. pleine conscience, TCC) et axe sur la dialectique qui introduit de la flexibilité dans la rigidité cognitive. En appliquant des stratégies DBT, le clinicien redirige les interactions parfois polarisées. L'INT vise 4 composantes primaires (c.-à-d. pleine conscience, relations interpersonnelles, régulation émotionnelle, tolérance à détresse). L'INT a 1 volet TCC qui inclut des stratégies d'acquisition de compétences pour construire une vie équilibrée et flexible. L'INT dure 1 an et inclut un groupe hebdomadaire de 2 heures (1 heure de révision et 1	1. Efficacité DBT (vs TAU) chez TCA avec comorbidité abus de substance	1. Les participants DBT ont un % rétention ↑ aux patients TAU. 1. Les patients DBT révèlent que INT à un effet + sur les variables comportementales et attitudinales (mesurées par EDI et EDEQ), la gravité et l'utilisation de substances, la régulation négative de l'humeur (mesuré par NMRS) et des symptômes dépressifs (mesuré par BDI). 1. L'augmentation de la capacité perçue des patients à réguler et à faire face à des états émotionnels négatifs est associée à une ↓ alimentation émotionnelle et à ↑ confiance à résister aux appels à la consommation.	0.83

				heure d'apprentissage pratique) et 1 psychothérapie individuelle 1 heure/semaine. TAU = INT de groupe (1.5 heure/semaine) axé sur abus de substance. Les séances comprennent un bilan de santé, retour sur séance précédente, réflexion sur expériences et pensées dysfonctionnelles, accent sur émotions, conscience de soi et des autres, et relation consommation substances et TCA.			
Court et al. (2010) #46	Melbourne (Australie)	33 patients (32 ♀) TAU = 18, âge $\bar{X}$ = 23.8, Quétiapine = 15, âge $\bar{X}$ = 21.0 Exclusion si antipsychotique + 7 jours, comorbidité psychotique, chirurgie au cerveau, déficience intellectuelle	ECR	INT de quétiapine (antipsychotique atypique). Quétiapine (100-400 mg/jour sur 12 semaines). La quétiapine est distribuée en emballage hebdomadaire. L'INT débute à 50 mg/jour (1 dose matinale et 1 dose de soirée). La dose ↑ 25 mg/jour jusqu'à 100 mg/jour, puis de 50 mg/jour jusqu'à une dose cible maximale de 400 mg/jour (atteinte à la semaine 4 et maintenue jusqu'à 12 semaines). À la fin de la période d'essai, les patients ont eu la possibilité de poursuivre l'INT s'ils le souhaitent.	1. Efficacité et sécurité INT quétiapine	1. Attrition = 12/33 (36.3 %). Pas de différence entre les groupes. 1. INT = améliorations psychologiques (↑ EDI, CES-D, PWI, MADS, MASQ) et physiques (↑ poids) avec effets secondaires minimes dans les 2 groupes. Compte tenu de ↑ observé, la quétiapine semble prometteuse pour AN. Les résultats sont maintenus à 26 et 52 semaines post-INT. 1. Effets secondaires les + rapportés = sédation, fatigue, difficulté concentration et vertiges légers (30-50 % des patients). Aucune différence entre les groupes.	0.71
Fairburn et al. (2015) #47	Oxfordshire (ANG)	130 patients (127 ♀) avec TCA (BN = 53, BED = 8 OSFED = 69) répartis en 2 INT (IPT = 65, TCC-A = 65). âge $\bar{X}$ = 25.9, 85 % célibataire	ECR	Les 2 INT sont dispensés par 2 PSY et 1 infirmière (20 séances de 50 minutes précédées 1 séance préparatoire de 90 minutes et un suivi post-INT à 20 semaines). TCC-A = INT visant la psychopathologie TCA, quel que soit le diagnostic TCA. INT personnalisée au TCA de chaque patient. La forme de l'INT se concentre sur la modification	1. Efficacité de 2 INT (TCC-A et IPT) sur TCA	1. Attrition = 22.3 % (29/130, 17 BN et 12 OSFED). 1. Post-INT = psychopathologie ↓ pour 2 INT mais changements + ↑ pour TCC-A. 1. 44.8 % des patients TCC-A déclarent ne pas avoir jeûnés, vomi ou pris de laxatifs à la fin de l'INT (vs 21.7 % pour IPT).	0.97

		Exclusion si déjà reçu TCC-A ou IPT, instabilité médicale, grossesse, pas disponible pour INT, trouble bipolaire ou agoraphobie.		des habitudes alimentaires, le comportement de contrôle du poids et les préoccupations concernant l'alimentation, la forme et le poids. IPT = INT psychologique court terme conçu pour identifier et résoudre problèmes interpersonnels. INT développée pour dépression et adaptée pour BN. Cette forme d'IPT est aussi efficace que TCC-A mais + lente à atteindre ses résultats. L'INT IPT ressemble à celle pour dépression mais avec légers ajustements. Elle respecte les stratégies et procédures clés d'IPT (incluant jeux de rôle).		1. 66 % de ceux qui ont reçu TCC-A sont en rémission à la fin du traitement (vs 33 % chez ceux avec IPT). Cette différence entre est toujours significative 60 semaines plus tard (69% vs 49 %). LA TCC-A semble donc agir plus vite que IPT. 1. Les résultats indiquent que TCC-A est efficace pour la majorité des patients ambulatoires souffrant d'un trouble de l'alimentation. L'IPT aussi est efficace, mais la réponse est moins prononcée et plus lente.	
Fairburn et al. (2009) #48	Oxfordshire & Leicester (ANG)	154 adultes (95.5 % ♀) BN (38.3 %) ou OSFED (61.7 %) âge $\bar{X}$ = 26.1, 19% historique AN, 20.1 % déjà traité pour TCA). 60.4 % Oxfordshire, 39.6 % Leicester Comorbidité: dépression majeure = 19.7 %, anxiété = 24.7 %, abus substance = 18.8 %) TCC-Af = 53 TCC-Ab = 50 8 sem attente + TCC-Af = 25	ECR	Les patients sont assignés à 4 modalités (TCC-Af, TCC-Ab, attente 8 semaines et TCC-Af, attente 8 semaines et TCC-Ab). Les patients sont évalués avant INT, après attente 8 semaines, fin INT. En post-INT, un suivi à 20, 40 et 60 semaines. Les INT sont dispensées par 4 PSY et une infirmière spécialisée en psychiatrie. Ces thérapeutes sont formés et ont de l'expérience. TCC-Af et TCC-Ab sont des INT trans-diagnostique. Les deux INT comprennent 20 séances de 50 minutes, précédées d'une séance préparatoire de 90 minutes et suivies d'une séance de suivi 20 semaines après l'INT. Les 4 ^{es} semaines sont identiques et axées sur le TCA. Après 4 semaines, le thérapeute apprend la forme de TCC-A dispensé au patient. Dans la modalité TCC-Af, le reste de l'INT vise les autres symptômes caractéristiques du TCA alors que dans la modalité TCC-Ab est aussi	1. Efficacité de 2 INT de TCC sur le traitement des TCA	1. Attrition = 22.1 %. Pas de différence entre TCA. 1. Les patients dans la condition attente ont peu ↑ des symptômes tandis que ceux dans les deux INT ont ↑ substantielles et équivalentes qui sont maintenues au suivi. Pas de différences post-INT entre TCC-Af et TCC-Ab. 1. Les résultats du traitement ne dépendaient pas d'un diagnostic de TCA. 1. Les patients présentant une intolérance marquée à l'humeur, un perfectionnisme clinique, une faible estime de soi ou des difficultés interpersonnelles semblent mieux répondre au traitement plus complexe. Les autres à la TCC-Af.	0.92

		8 sem attente + TCC-Ab = 26		abordé l'humeur, l'intolérance face à certaines émotions, le perfectionnisme, la faible estime de soi et les difficultés interpersonnelles.			
Fernandez-Aranda et al. (2015) #26	Barcelone (Espagne)	38 ♀ BN (âge $\bar{X}$ = 29.7, durée $\bar{X}$ TCA = 9.9 ans Exclusion si trouble neurologique ou psychiatrique primaire qui peut interférer avec JV, médicament qui peut interférer avec JV, dépendance internet ou JV	Q-EXP pré-post	2 modalités thérapeutiques (TCC et TCC +JV). TCC = 16 séances en groupe (90 minutes, 1/semaine). Dispensé par PSY et basé sur modèle de Fairburn. Les thèmes abordés sont modèles nutritionnels, suivi des plans de repas, stratégies ↓ comportements hyperphagiques et purges, restructuration cognitive, stratégies résolution problèmes et prévention rechutes. JV = Chaque séance suite à rencontre TCC. Le JV se déroule dans une île où le sujet doit progresser selon l'atteinte de cibles thérapeutiques. Le but est ↑ compétence émotionnelle, maîtrise de soi et le contrôle de soi. Des biocapteurs surveillent la réactivité physiologique. Une caméra suit en permanence l'état émotionnel du joueur. Lorsque des émotions ou réactions physiologiques négatives sont détectées, le JV dirige l'avatar vers une zone de détente. Pendant le JV, des réactions émotionnelles ou physiologiques non désirées + élevées = une + grande difficulté d'atteinte des objectifs finaux. Chaque session = 20 minutes.	1. Efficacité TCC + JV vs TCC seul chez patients BN	1. Pas différence intergroupe en PRÉ. 1. POST = TCC + JV à un effet positif sur EDI, SCL-90, STAI, STAXI (vs. TCC seul). Les résultats cliniques (c.-à-d. attrition, rémission partielle et rémission totale), sont aussi supérieurs pour TCC + JV. 1. Lorsqu'on considère d'autres cibles non alimentaires (c.-à-d. anxiété, colère), le groupe JV présente plus d'amélioration (↓ anxiété et ↑ capacité gérer émotion). 1. À court terme, le JV peut être une option pour améliorer la dérégulation émotionnelle, aborder les limites actuelles de la TCC et ↑ adhérence.	0.68

Fernandez-Aranda et al. (2009) #60	Barcelone (Espagne)	19 hommes BN (12 BN et 7 OSFED-BN) et 150 ♀ BN Exclusion si âge < 18, homme AN ou BED, dépendance alcool ou trouble psychotique	CORET	INT de TCC basée sur modèle cognitif Fairburn. 16 séances en groupe (1 fois/semaine, 90 minutes, maximum 10 patients). Les hommes et femmes sont en groupes séparés. Dispensé par un PSY. Les sujets abordés comprennent les modèles nutritionnels, le suivi des plans de repas, les stratégies pour ↓ comportements hyperphagiques et de purges, la restructuration cognitive, les stratégies de résolution de problèmes et la prévention des rechutes. Des séances sont spécifiques aux hommes tandis que d'autres mettent l'accent sur un même sujet chez des filles (p. ex. motivation, difficultés à gérer le stress, relations interpersonnelles, timidité, style cognitif, croyance sous-jacente au poids, hyperactivité, autonomie par rapport à la famille, homosexualité).	1. Efficacité comparée à court et moyen terme de la TCC entre hommes et femmes BN	1. Différence de genre en pré: homme + jeunes et + célibataire. 1. TCC est efficace pour hommes et femmes car ↓ symptomatologie (BITE, fréquence comportements purges ou hyperphagiques) et ↓ score EDI. 1. Des différences de genre aux scores EAT, EDI-total et EDI sous-échelles (motivation minceur, insatisfaction corporelle, conscience interoceptive; les hommes ont score + faible). Ce résultat est en accord avec les études qui prétendent que les hommes ont moins de pensées liées au corps que les femmes. 1. Pas de différence de genre pour % attrition et % rémission.	0.73
Fogarty et al. (2010) #49	Melbourne (Australie)	9 patients (5 AN, 4 BN) Âge $\bar{X}$ = 23.7	ECR	INT acupuncture = 10 séances dispensé par un acupuncteur. L'acupuncture est de style médecine traditionnelle chinoise avec un diagnostic axé sur l'identification des viscères et des mouvements intestinaux.	1. Efficacité acupuncture comme traitement d'appoint TCA	1. Acupuncture ↑ QOL (mesuré par EDQOL), ↓ anxiété (mesuré par STAI) et ↓ perfectionnisme (mesuré par EDI). 1. La ↑ QOL se fait dans les domaines psychologiques et physique/cognitif.	0.74
Graham & Walton (2011) #27	East Lancashire (ANG)	40 patients (13 BN et 27 BED) Exclusion si AN, psychose, risque de suicide, abus de substance, difficulté d'apprentissage	Q-EXP pré-post	INT de TCC-A en 8 modules sur DVD qui combine techniques cognitives, comportementales, motivationnelles et éducationnelles. Le 1 ^{er} module traite de BN et ses conséquences physiques, émotionnelles et sociales. Il présente le modèle cognitif du maintien BN. Le 2 ^e module présente pourquoi des	1) Efficacité TCC-A en DVD sur BN 4) Composante fondamentale de l'offre de services	1. Post INT = ↑ bien-être et fonctionnement (CORE) et ↓ comportements hyperphagiques (EDI) et de purges (EDI + SEEDS). Pas de différences entre BN et BED 1. % complétion = 61 %. Plus d'attrition chez les BN. Sinon, pas de différences entre ceux qui complètent et ceux qui ne complètent pas pour CORE, EDI et	0.68

		sévère		gens développent TCA et comment la nourriture et le poids sont perçus dans notre société. Il y a une section sur la motivation au changement. Le 3^e module traite de la façon de changer. Le 4^e module porte sur le rôle de la pensée et la façon de changer la pensée inutile. Le module 5 couvre l'affirmation de soi. Le 6^e porte sur la résolution de problèmes. Le 7^e couvre divers sujets (c.-à-d. faire face aux peurs, confiance en soi, profiter de la vie. Le 8^e module aborde la planification de l'avenir et révisé les acquis. Les participants suivent les modules dans l'ordre et ne peuvent passer au suivant qu'une fois le module terminé. Chaque module nécessite +/- 45 minutes. Des devoirs accompagnent les sessions. Les outils d'auto-évaluation intégrés fournissent aux participants un retour sur leurs progrès.		SEEDS 4. Score de satisfaction moyen = 25.9/32. Pas de différence entre BN et BED. Donc la modalité DVD est appréciée.	
Haslam et al. (2011) #67	Londres (ANG)	41 patients (40 ♀) BN qui ont complété 6 séances de TCC (âge $\bar{X}$ = 30; IMC $\bar{X}$ = 22.2).	SC	INT de TCC. Au début de l'INT, les individus remplissent un EDEQ-Q, détaillent la fréquence de comportements hyperphagiques, de purges et de consommation de laxatifs au cours des 6 premières séances de TCC.	1. Efficacité TCC 1. Efficacité TCC chez patients avec attitudes alimentaires négative en PRÉ 4. Composante fondamentale offre de services	1. ↓ symptômes TCA dans les 6 premières séances. La phase initiale TCC est efficace. 1. Les gens avec attitudes alimentaires néfastes au début TCC sont + susceptibles de répondre à la phase initiale TCC. 1. Changement comportemental précoce = prédicteur de réponse + à INT. 4. Puisque ceux avec changements rapides répondent mieux à TCC, les cliniciens doivent soutenir la motivation en début INT.	0.62
Hildebrandt et	New York	33 patients	ECR	MET = INT comportementale pour	1. Efficacité de	1. Pas de différence intergroupe pour	0.88

al. (2012) #50	(USA)	Groupe A-MET = 17 (âge $\bar{X}$ = 26.9; IMC $\bar{X}$ = 21.8). Groupe INT non-directif = 16 (âge $\bar{X}$ = 26.9; IMC $\bar{X}$ = 21.9).		traiter image corporelle. La MET consiste à se tenir devant un miroir et s'abstenir de vérifier rituellement son corps ou de l'éviter pour s'habituer aux émotions négatives associées. Le A-MET est 1 version adaptée de MET (Delinsky & Wilson, 2006) qui comprend 5 séances de 50 minutes en complément à un INT TCA. À chaque séance, le patient s'observe et le thérapeute encourage le patient à ne pas se juger. Les thérapeutes observent les comportements rituels et d'évitement et aident le patient à intégrer son image. Les patients terminent cette tâche lorsqu'ils se décrivent de la tête aux pieds, en utilisant tous les angles disponibles. Suite à l'exposition, les thérapeutes discutent avec le patient et lui donne un devoir. Le choix de la tenue est conçu pour suivre une hiérarchie de tenues anxiogènes (c.-à-d. 1^{re} exposition = tenue normale, dernière = tenue de sortie ou maillot). L'INT non-directive est constituée de discussion sur l'image corporelle, son rôle, l'influence des médias et le contexte socioculturel. Il y a aussi des devoirs mais pas d'exposition à un miroir.	A-MET vs INT non-directif sur TCA	variables sociodémographiques (c.-à-d. âge, IMC, sexe, origine ethnique, diagnostic TCA, prise médicaments) et symptômes TCA (c.-à-d. EDE-Q, YBC-EDS, BCQ, BSQ). 1. Différences de taille d'effet modérées à importantes pour efficacité A-MET pour comportement de vérification du corps, insatisfaction corporelle et symptômes de TCA post-INT. Les mesures de comparaison sociale et d'histoire de taquineries liées à l'apparence en pré sont prédictives de la réponse à l'INT. 1. Résultats appuient efficacité de A-MET comme INT complémentaire. Des améliorations sont observées dans les 2 INT pour la plupart des variables primaires (c.-à-d. BCQ, BSQ, YBC-EDS) et secondaires (c.-à-d. EDE-Q, BPSDS). Les effets A-MET sont + important pour vérification corporelle (bien que des tailles d'effet modérées à grandes aient été trouvées pour EDE-Q, BSQ, et sous-échelle obsessions YBC-EDS).	
Krug et al. (2008) #28	Barcelone (Espagne)	78 ♀ (80.4 % célibataire, 71.4 % éducation universitaire, âge $\bar{X}$ = 23.8) 39 BN 39 OSFED-BN	Q-EXP pré-post	INT psychoéducatrice brève de groupe basée sur Davis et al. (1990). Dispensée en 6 séances (90 min, 1 fois/semaine) de 8-10 patients. Les patients BN et OSFED-BN sont ensembles. Le groupe psychoéducatif est dirigé par un PSY + psychothérapeute. L'objectif est d'offrir information et psychoéducation sur BN sans entrer	1. Efficacité INT brève de psychothérapie de groupe sur BN et OSFED-BN	1. Attrition BN = 5 (13 %) et OSFED-BN = 10 (26 %) 1. BN et OSFED-BN partagent des symptômes et traits de personnalité commun. Ce résultat invite à voir ces patients sur un continuum plutôt que via 2 catégories diagnostiques différentes.	0.82

		Exclusion si IMC < 18, abus drogue ou alcool, problème psychotique		dans histoire personnelle patient. Les sujets abordés sont + généraux (p. ex. conséquences négatives BN, modèles nutritionnels, suivi plans de repas, prévention comportement hyperphagique, modèle cognitif BN, résolution problème, prévention rechute). Rémission = absence de comportements hyperphagiques/purges pendant 2 semaines.		1. INT efficace pour les 2 groupes car ↓ fréquence purge et hyperphagie, ↓ EAT, ↓ EDI, ↓ BITE ↓ SCL-90, ↓ SAD et ↑ IMC. Pas de différence intergroupe. 1. Pas de différence entre % rémission (BN=33.3 %, OFSED-BN=39.8 %) pour hyperphagie et (BN=57.3 %, OFSED-BN=62.5 %) pour purges.	
La Mela et al. (2013) #29	Florence (Italie)	57 patients (Âge $\bar{X}$ = 32.4, éducation $\bar{X}$ = 13.2 ans, 59 % trouble de personnalité) 18 AN 21 BN 187 OFSED	Q-EXP pré-post	INT = TCC-A de Fairburn et al (2008). Tous les patients ont participé à 2-3 séances évaluation suivi de 20 à 40 séances individuelles de 50 minutes (1 fois/semaine). Les patients avec IMC < 18.5 reçoivent 40 sessions (vs 20 si IMC > 18.5). Le contenu de l'INT est le même pour tous les TCA. Il est dispensé par 6 PSY. Pour les patients de faible poids, la période de traitement est + longue afin ↑ motivation et reprise de poids. Le traitement contient 4 étapes. La phase 1 sert à engager et éduquer le patient et créer une formule personnalisée pour obtenir un changement comportemental maximal. La phase 2 est l'examen détaillé des progrès et l'identification des obstacles aux changements. La phase 3 axe sur la modification des processus de maintien du TCA. À la phase 4, l'accent est mis sur le maintien des gains et sur la prévention des rechutes.	1. Efficacité TCC-A 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. Attrition (29.8 %) = Pas différence inter-TCA 1. 70.2 % termine INT et 42.2 % ont rémission complète. Ceux qui ne terminent pas ou qui termine sans rémission ont un score EDEQ + ↑. Pas de différences pour comportements de purges ou hyperphagiques. 1. Chez ceux en rémission complète (↑ estime de soi via RSES, ↓ dissociation) vs ceux qui ne terminent pas INT ou qui le termine mais qui ne sont pas en rémission 4. La dissociation peut être modératrice de la psychothérapie et du succès INT. 4. Les résultats démontrent que l'estime de soi est une composante fondamentale d'une offre de services TCA. 4. L'estime de soi a un rôle important dans traitement TCA. Aussi, en identifiant la dissociation comme associée à un mauvais pronostic, les résultats soulignent l'importance des INT visant à	0.81

						tolérer les affects négatifs et ↑ niveau de conscience pour éviter la dissociation.	
Lockwood et al. (2012) #68	Londres (ANG)	40 ♀ AN (28 AN et 12 OFSED-AN) (Âge $\bar{X}$ = 28.0, IMC $\bar{X}$ = 16.4)	SC	TCC pour AN qui diffère légèrement de celle de Fairburn. Elle souligne l'importance de changer de régime alimentaire pour ↑ poids dès les premières séances en adoptant une approche plus explicite. Les autres composantes de la TCC sont habituelles (c.-à-d. accent sur psychoéducation, motivation, changement alimentaire, restructuration cognitive, exposition, expériences comportementales). Les séances sont de 1 heure/semaine. Un abandon est défini comme un patient qui décide de mettre fin à la thérapie avant la 10 ^e session (en avisant le thérapeute ou en oubliant d'assister à 2 rendez-vous consécutifs).	1. Efficacité du TCC sur AN 4. Composante fondamentale de l'offre de services	4. Attrition précoce = niveau anxiété plus faible en début du traitement (via BSI) 1. Patients qui terminent INT = ↑ poids. 4. Des niveaux plus élevés d'anxiété en début de traitement = reprise poids plus faible au cours des 10 premières séances. 4. Les niveaux précoces d'anxiété sont à surveiller dans une TCC pour AN, avec des niveaux + ↓ indiquant un risque d'attrition (et un besoin d'engagement et de motivation). Des niveaux + ↑ d'anxiété sont aussi à surveiller car reprise pondérale + faible. Le début INT de TCC est une fenêtre d'opportunité à saisir.	0.70
MacNeil et al. (2016a) #30	Kingston (Canada)	38 patients (37 ♀) (Âge $\bar{X}$ = 26.2). AN = 24 % BN = 6 % OFSED = 70 % 68.4 % avec comorbidité anxieuse ou dépressive	Q-EXP pré-post	TRC = INT pré-traitement en groupe qui comble l'écart entre l'état initial du patient et son engagement futur. Les patients apprennent à réfléchir sur leurs pensées et ↑ flexibilité cognitive (c.-à-d. conscience que des solutions sont disponibles pour problèmes, volonté de changer). Les patients ont assisté à $\bar{X}$ de 4.4 séances. Chaque séance = 60 minutes et débute par un aperçu du modèle et une discussion sur traits TCA (p. ex. rigidité, perfectionnisme). Les patients discutent en utilisant des questions (p. ex. Étiez-vous au courant de vos pensées? Pouvez-vous penser à des exemples? Les séances se terminent par des devoirs à faire.	1. Efficacité TRC de groupe sur TCA 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. Changements significatifs post-TRC pour flexibilité cognitive, perfectionnisme et satisfaction à l'égard de la vie. 1. Puisque la motivation et l'adhérence est associé au succès d'un traitement TCA, une INT de TRC peut aider à ↑ adhérence au traitement principal. 4. Les patients sont satisfaits d'INT.	0.59

MacNeil et al. (2016b) #69	Kingston (Canada)	33 ♀ (9 AN, 7 BN, 17 OFSED) (Âge $\bar{X}$ = 30.5). 69.7 % avec comorbidité anxieuse ou dépressive	SC	ERP = 12 séances de groupe (à la fin TCC) pour ↑ compétences de gestion de la détresse associée à l'insatisfaction corporelle. Il y a 4 séances facultatives (c.-à-d. rappel, pratique supplémentaire, soutien à la planification de repas, suivi des progrès). Après 16 séances de TCC, l'INT est dispensé par un PSY, un TS et un résident en psychiatrie. Chaque séance débute par un retour sur les devoirs et une introduction à la session. Les séances se terminent par un débriefing sur ce que les gens retirent. Parce que c'est une INT complémentaire, le suivi clinique est fait à la TCC. Les spécificités de l'INT sont le moment (fin TCC), le format de groupe et l'accent sur les comportements. Le patient apprend à surveiller son engagement et ses comportements d'évitement via l'acronyme STOP (S=arrêt du comportement rituel, T=tromper le comportement rituel, O=obstruer le rituel, P=reporter le comportement). D'autres sujets comme les médias, la restructuration cognitive et la prévention des rechutes sont abordés.	1. Efficacité EPR de groupe à la fin INT de TCC 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. L'auto-évaluation des participants d'eux même à partir de leur image corporelle est plus faible en post-INT tout comme plusieurs mesures liées aux TCA (restriction alimentaire, préoccupation poids, préoccupation forme mesuré avec EDE-Q, ↓ de la comparaison sociale). 1. Attrition = 6.0 % 4. Le score de satisfaction est 4.8/5 4. Tous les participants rapportent que l'INT est aidante et que l'atmosphère du groupe est soutenante. 4. 94 % recommanderaient une INT de EPR dans le cadre d'une offre de services externe pour TCA	0.59
Marcoulides & Waller (2012) #70	Londres (ANG)	32 patients AN (20 AN-R, 10 AN-P, 2 OFSED-AN) (IMC $\bar{X}$ = 16.0).	SC	INT de TCC (similaire à TCC-A Fairburn) qui met l'accent sur changements alimentaires au début INT pour ↑ poids. L'approche diffère de TCC-A habituelle car elle implique une approche + explicite des changements comportementaux et cognitifs. Les séances sont hebdomadaires et l'objectif est 40 séances. Dans la 1 ^{re} partie INT (séances 1-6), l'accent est mis sur la réalisation de changements	1. Efficacité TCC sur AN pour ↑ poids dans le 20 premières semaines INT	1. 32/37 patients terminent INT. Pas de différence intergroupe pour variables. 1. Il y a reprise pondérale lente mais significative dans les 20 ^{èmes} semaines. 1. Au cours des 20 séances, la prise de poids est + lente chez patients avec niveau initial + élevé de pathologie alimentaire, somatisation, sensibilité interpersonnelle, dépression, hostilité et anxiété phobique.	0.73

				comportementaux en ↑ l'exposition et la quantité de nourriture. Cette phase est soutenue par la psychoéducation. Le travail de motivation est utilisé si nécessaire. Après la 6 ^e session, les changements comportementaux et alimentaires sont complétés par expériences comportementales et restructuration cognitive. Il peut y avoir un accent sur l'image corporelle et comorbidité (p. ex. faible estime de soi, perfectionnisme, dépression, anxiété), bien que cela se fasse normalement après les 20 premières sessions.		1. En début d'INT, ceux avec score EDEQ + ↑ ont une reprise poids + faible. Un poids + faible en début d'INT = reprise pondérale + importante. Cependant, niveaux + élevés comorbidité dépressive, anxieuse, hostile est associé à un gain de poids + lent dans la 2^e partie INT. 1. Gain de poids $\bar{X}$ est 2,5 kg au cours des 20 premières séances (0,125 kg/semaine).	
Milano et al. (2013a) #71	Salerno (Italie)	5 ♀ BN-P (24 à 35 ans) comorbidité dépressive	SC	INT = Duloxétine 60 mg/jour pour 16 semaines. Les patients ont 1 journal précisant les comportements hyperphagiques et de purges. Chaque patient est évalué pour IMC et HAM-D en pré et post. Des analyses sanguines sont menées. Des contrôles sont effectués aux 2 semaines pour suivi effets indésirables.	1. Efficacité duloxétine sur BN avec comorbidité dépressive	1. Post-INT = ↓ 56 % hyperphagie, ↓ 63% comportements purge, ↑ 3.1 % poids et ↓ score HAM-D. 1. Duloxétine est efficace pour ↓ hyperphagie + comportements purge en induisant un effet positif sur les symptômes dépressifs comorbides.	0.54
Milano et al. (2013b) #51	Salerno (Italie)	60 ♀ BN-P (18 à 34 ans)	ECR	Comparaison de 3 ISRS: fluoxétine, fluvoxamine, sertraline. 3 groupes de 20 ♀ = 1 INT de 10 semaines. Groupe fluoxétine (60mg/jour), groupe fluvoxamine (200 mg/jour) et groupe sertraline (100mg/jour). Les ♀ sont suivies 2 fois/semaine pour effets secondaires. Elles doivent maintenir un journal alimentaire indiquant les choix alimentaires, épisodes hyperphagiques, poids et comportements compensatoires.	1. Efficacité et sécurité de 3 ISRS pour BN	1. Post-INT = ↓ comportements hyperphagiques et purges (et poids) pour groupes fluoxétine et fluvoxamine. 1. Pas de traitement arrêté. Mais anxiété, insomnie, maux de tête pour 90 %, 50 % et 15 % (groupe fluoxétine), sudation et sécheresse buccale chez 70 % et 25 % (groupe fluvoxamine) et insomnie chez 30 % (groupe sertraline). 1. ISRS bien tolérés et ↓ symptômes BN.	0.53

Powers et al. (2015) #31	Tampa Bay (USA)	19 patients AN (18 ♀, 12 AN-R, 6 AN-P) Exclusion si schizophrénie ou épisode schizo-affectif (Âge $\bar{X}$ = 26.8; IMC $\bar{X}$ = 16.6)	Q-EXP pré-post	INT en 2 phases (dépistage, INT). À la phase dépistage, ♀ sont examinées pour savoir si elles correspondent aux critères inclusions. En phase INT (quétiapine 150-300 mg/jour 10 semaines). 1^{re} journée INT, ♀ remplit des questionnaires (c.-à-d. PANSS, EDI, YBC-EDS, HAM-D, STAI, sous-échelle CGIS). À chaque jour, la dose quétiapine ↑ 50 mg (jusqu'à 300 mg) si sujet tolère. Si le sujet ne peut atteindre 150 mg, il est retiré INT. Durant les 10 semaines INT, les ♀ sont suivies aux semaines par un médecin qui prodigue conseils, support et soutien. Aucune ♀ n'a reçu de psychothérapie durant l'INT.	1. Efficacité et sécurité quétiapine chez AN	1. 14/19 terminent INT. La médication est bien tolérée. Peu d'effets secondaires. Parfois, légers maux de tête. 1. Post INT = ↓ score total PANSS et score 2 sous-échelles (c.-à-d. psychopathologie générale, dépression), ↓ score total EDI et toutes les sous-échelles, ↓ symptômes obsessifs compulsifs (YBC-EDS), ↓ score HAM-D, ↓ score STAI, ↑ concentration de leptine dans le plasma sanguin. 1. Post INT = variation poids $\bar{X}$ de 1.6 livre (non-significatif). 9/14 ont pris du poids.	0.79
Rica et al. (2010) #32	Florence (Italie)	53 AN (âge $\bar{X}$ = 27.5) 50 OFSED-AN (AN pas aménorrhée ou sans critère poids), âge $\bar{X}$ = 29.9) Exclusion si IMC < 14, trouble psychotique ou dépendance drogue, idée suicidaire, expérience TCC, prise anovulant depuis 3 mois	Q-EXP pré-post	TCC Fairburn = 40 séances de 1 heure (1/semaine) dispensé par un psychiatre. Elle axe sur l'aspect égosyntonique, ses aspects adaptatifs et facteurs de renforcement, le rôle du TCA dans le refus développemental vers l'autonomie et l'indépendance et l'enjeu de la motivation (en plus des composantes restrictions et évitement alimentaire). La phase 1 introduit TCC, son rationnel, les techniques d'autosurveillance et des exercices à accomplir. La motivation au changement est évaluée. C'est le retour à l'alimentation normale. À la phase 2, le patient apprend les habiletés permettant d'affronter les pensées dysfonctionnelles (restructuration cognitive). La phase 3 met l'accent sur le maintien des gains et sur la prévention des rechutes.	1. Efficacité TCC chez AN 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. Pas de différence intergroupe en pré (sauf % trouble humeur ↑ chez OFSED-AN). 1. Attrition AN (18 %) et OFSED-AN (20 %). 1. Post-INT = 33 % rémission complète (0 critère diagnostique). Pas de différence attrition (AN: 18 %, OFSED-AN: 20 %). 1. AN et OFSED-AN = ↑ clinique post-INT et post-suivi 3 ans (IMC, BUT, EDEQ, STAIT, BDI, SCL-90), mais pas de différence intergroupe. 1. ↓ préoccupation poids et silhouette associé à ↑ reprise poids. La préoccupation silhouette en pré est le corrélat principal de résistance INT. 4. La distinction clinique AN et OFSED-AN ne semble pas pertinente. 4. La préoccupation à l'égard silhouette plutôt que la psychopathologie semble	0.86

						être une cible de réussite TCC.	
Safer et al. (2011) #75	Standford (USA)	♀ AN 50 ans avec histoire AN depuis 7 ans et dépression majeure.	EC	45 mg/jour de mirtazapine pendant 6 semaines en contexte ambulatoire post-hospitalisation.	1. Efficacité mirtazapine	1. 1 ♀ traitée sans succès avec plusieurs psychotropes, TCC et INT intensive avant l'étude. Post INT = ↑ poids et ↓ dépression (maintien gains 9 mois).	0.49
Santonastaso et al. (2009) #33	Padoue (Italie)	365 ♀ AN-R 204 ♀ OFSED-AN (c.-à-d. 85 avec tous les critères sauf poids, 77 pas aménorrhée, 42 AN sans crainte de prise de poids) Exclusion si comportements hyperphagiques ou de purges	Q-EXP pré-post	INT = TCC + réadaptation nutritionnelle après au moins 3 séances d'évaluation et de motivation. Le traitement consiste à une séance TCC (1 fois/semaine). Le nombre de séances est variable, allant de 11 à 136 séances ($\bar{X}$ = 32) selon la sévérité des symptômes. Des antidépresseurs sont utilisés chez patients avec niveaux élevés de dépression ou symptômes obsessionnels compulsifs.	1. Efficacité INT de TCC + volet nutrition	1. Pas de différence entre TCA pour âge et IMC. Tous les types d'OFSED-AN ont des % abandon + ↑ 50 % (surtout dans les premières séances INT) vs 28 % AN-R. 1. ↑ IMC post pour tous les groupes d'AN. 1. Le type OFSED-AN qui répond à tous les critères sauf celui du poids présente le + haut % rémission complète (c.-à-d. 70 % vs les 3 autres types AN qui sont ≤ 50 %). 1. Au plan clinique, OFSED-AN pas aménorrhée ou sans crainte de prise de poids sont similaire à AN-R.	0.76
Satir et al. (2011) #76	Boston (USA)	1 ♀ AN avec phobie sociale et dépression majeure	EC	INT axée sur alliance thérapeutique (adaptée de thérapie relationnelle brève AN). Les principaux éléments sont 1) accent intensif sur ici et maintenant, 2) exploration collaborative des contributions des thérapeutes et patients aux interactions, 3) accent sur exploration des expériences patients et 4) utilisation de la modélisation du thérapeute pour l'expression des expériences et des sentiments. INT changement comportement = Basée sur TCC + 1 volet axé sur changements alimentaires. Les stratégies comportementales sont autosurveillance, éducation, formulation de la maladie, motivation	1. Efficacité INT axée sur alliance thérapeutique chez AN vs. INT de changement comportement	1. En post-INT, la patiente a ↑ son apport calorique mais présente toujours des symptômes de AN. 1. L'efficacité de la relation thérapeutique pour faciliter l'expression des émotions ne fait pas de doute.	0.49

				et alimentation régulière et structurée. La restructuration cognitive ne concerne que la relation entre les pensées et comportements, en axant sur les sentiments. L'objectif est ↑ consommation de nourriture et ↓ comportements pathologiques.			
Schmidt et al. (2016) #52	Londres (ANG)	142 patients AN ou OFSED-AN et IMC < 18.5 (107 AN (63 AN-R, 44 AN-P) ou 35 OFSED Âge $\bar{X}$ = 26.7. IMC $\bar{X}$ = 16.6 SSCM = 70 MANTRA = 72 Exclusion si danger pour la vie, ne parle pas anglais, difficulté apprentissage, trouble mental sévère, dépendance à 1 substance, grossesse	ECR	MANTRA = axé sur facteurs spécifiques à la théorie cognitivo-personnelle de maintien TCA. Traitement de formulation accompagné d'un cahier de travail. Le traitement est personnalisé aux symptômes cliniques et au profil neuropsychologique. Les effets changent à travers le ciblage de 4 facteurs de maintien (c.-à-d. pensée du patient, style émotionnel/relationnel, réponse des proches au TCA, croyance sur utilité AN dans vie patient). SSCM = combine prise en charge clinique et psychothérapie. Séances visent normalisation alimentation et reprise poids via psychoéducation sur symptômes clés. 2) Composantes communes aux INT: 20 séances individuelles hebdomadaires et 4 séances de suivi mensuelle. Dans les 2 INT, 2 séances supplémentaires avec un proche.	1. Efficacité de 2 INT TCA après 24 mois de suivi	1. Le poids $\bar{X}$ et le score EDE-Q ne changent pas significativement dans les INT 24 mois après sa complétion. 1. Dans les 2 INT, les améliorations à 12 mois pour IMC, symptôme TCA et résultats secondaires sont maintenus ou amélioré à 24 mois. Pas de différence intergroupe (sauf pour OCI-R où les améliorations sont + ↑ pour SSCM. 1. % rémission complète dans les 2 INT sont modestes: 25-32 % pour MANTRA et 18-28 pour SSCM (12 et 24 mois) 1. Les 2 INT sont efficaces en ambulatoire pour adultes TCA.	0.93
Schmidt et al. (2015) #53	Londres (ANG)	142 patients AN ou OFSED-AN et IMC < 18.5 (107 AN (63 AN-R, 44 AN-P) ou 35 OFSED Âge $\bar{X}$ = 26.7. IMC $\bar{X}$ = 16.6	ECR	MANTRA = axé sur facteurs spécifiques à la théorie cognitivo-personnelle de maintien TCA. Traitement de formulation accompagné d'un cahier de travail. Le traitement est personnalisé aux symptômes cliniques et au profil neuropsychologique. Les effets changent à travers le ciblage de 4	1. Efficacité de 2 INT TCA après 12 mois de suivi	1. Les 2 INT = ↑ IMC, ↓ symptomatologie TCA (via EDEQ, DASS, CIA), ↓ détresse et ↓ déficience clinique. Pas de différences significatives entre INT à 6 ou 12 mois. 1. Comparativement à SSCM, le groupe MANTRA jugé leur INT + acceptable et crédible à 12 mois.	0.93

		SSCM = 70 MANTRA = 72 Exclusion si danger pour la vie, parle pas anglais, difficulté d'apprentissage, trouble mental sévère, dépendance à 1 substance, grossesse		facteurs de maintien (c.-à-d. pensée du patient, style émotionnel/relationnel, réponse des proches au TCA, croyance sur utilité AN dans vie patient) SSCM = combine prise en charge clinique et psychothérapie. Les séances visent la normalisation alimentation et reprise poids via psychoéducation sur symptômes clés. 2) Composantes communes INT: 20 séances individuelle hebdomadaires et 4 séances de suivi mensuelle. Dans 2 INT, 2 séances supplémentaires avec proche sont offertes.		1. Les 2 INT semblent efficace en ambulatoire et en 1 ^{re} ligne pour patients AN. 1. % rémission à 12 mois: rémission complète (MANTRA = 22.4 %, SSCM = 16.3 %), rémission partielle (MANTRA = 62.1 %, SSCM = 65.3 %) et pas de rémission (MANTRA = 15.5 %, SSCM = 18.4 %).	
Schmidt et al. (2012) #54	Londres (ANG)	71 patients (66 ♀) avec AN (25 AN-R, 24 AN-P) ou 22 OFSED Âge $\bar{X}$ = 26.6. IMC $\bar{X}$ = 16.4 SSCM = 37 MANTRA = 34 Exclusion si danger pour la vie, parle pas anglais, difficulté apprentissage, trouble mental sévère, dépendance à 1 substance, grossesse	ECR	MANTRA = axé sur facteurs spécifiques à la théorie cognitivo-personnelle de maintien TCA. Traitement de formulation accompagné d'un cahier de travail. Le traitement est personnalisé aux symptômes cliniques et au profil neuropsychologique. Les effets changent à travers le ciblage de 4 facteurs de maintien (c.-à-d. pensée du patient, style émotionnel/relationnel, réponse des proches au TCA, croyance sur utilité AN dans vie patient). SSCM = combine prise en charge clinique et psychothérapie. Les séances visent la normalisation de l'alimentation et reprise poids via psychoéducation sur symptômes clés. 2. Composantes communes aux INT : 20 séances individuelles hebdomadaires et 4 séances de	1. Efficacité MANTRA vs SSCM chez AN	1. Pré-INT = Patients MANTRA sont - susceptibles être dans relation que SSCM. Pas de différence pour âge, origine ethnique, sexe, éducation, diagnostic, symptomatologie et IMC. 1. Patients dans 2 INT se sont ↑ en termes de symptomatologie (↓EDEQ, HAM-D, CIA, WCST), IMC, symptômes affectifs et troubles psychosociaux (pas différence intergroupe). 1. % rémission complète sont faibles. Les patients MANTRA sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins supplémentaires. 1. 2 INT sont efficaces. Les patients SSCM ont moins besoins de soins ultérieurs.	0.93

				suivi mensuel. Dans les 2 INT, 2 séances supplémentaires avec un proche.			
Signorini et al. (2017) #61	Brisbane (Australie)	114 ♀ avec TCA (23 AN, 42 BN, 49 OFSED)	CORET	INT de TCC-A (Fairburn, 2008). Les patients participent à 2-3 séances évaluation suivi de 20-40 séances individuelles de 50 minutes (1 fois /semaine). Dispensé par PSY ou psychiatres. Le contenu est le même pour tous. Les patients faible poids ont une INT + longue (IMC ≥ 18.5 = 20 séances vs 40 pour IMC ≤ 18.5) afin permettre $\uparrow$ motivation et poids. L'INT contient 4 étapes. La phase 1 sert à engager/éduquer le patient et créer une formule personnalisée. La phase 2 est l'examen détaillé des obstacles aux changements. La phase 3 met l'accent sur la modification des processus de maintien TCA. À la phase 4, l'accent est mis sur le maintien des gains et sur la prévention des rechutes. INT permet une flexibilité dans le nombre séance. Fin INT = réussite des 4 phases.	1. Efficacité TCC-A	1. Attrition = 50 % 1. Chez ceux qui complètent INT, $\uparrow$ psychopathologie TCA (via EDE-Q, DASS, CIA, GAF), IMC et maintien des gains cliniques après 20 semaines.	0.73
Steiger et al. (2017) #90	Montréal (Canada)	97 ♀ avec TCA 30 AN (13 AN-P, 17 AN-R), 34 BN, 2 BED, 31 OFSED	Q-EXP pré-post	INT ambulatoire ($n = 78$, 1 séance/semaine, 90 minutes, 15 semaines) et 19 INT + intense (p. ex. hôpital de jour, traitement intensif à l'externe). Les patients ont des séances individuelles de psychothérapie d'une heure à des fréquences de 1-4 mois. La psychothérapie est structurée autour de principe psychoéducatifs, TCC, interpersonnels et DBT. En option, des traitements adjuvants nutritionnels ou pharmacologiques. Des mesures pré-post sont prises pour motivation et symptomatologie TCA. Au milieu INT, les patients remplissent une mesure de soutien	4. Composante fondamentale de l'offre de services	4. Le soutien perçu des thérapeutes et proches aidants modère l'association entre motivation initiale et réussite INT. Ainsi, le soutien perçu (des thérapeutes et non-thérapeutes) coïncide avec $\uparrow$ motivation. À son tour, $\uparrow$ motivation coïncide avec $\downarrow$ + grande symptôme. 4. Un soutien perçu des thérapeutes et non-thérapeute est associé à une motivation $\uparrow$ chez gens avec INT de TCA. 4. Le soutien des thérapeutes, parents et pairs peut $\uparrow$ engagement à INT. Ce résultat est important vu attrition élevée.	0.81

				autonomie perçue de la part des cliniciens et autres parties prenantes.			
Tomba et al. (2017) #34	Bologne (Italie)	195 ♀ TCA (AN = 57, BN = 32, OFSED = 34, BED = 62) 55 ♀ appariées pour âge et sans TCA Âge $\bar{X}$ = 28.9, IMC $\bar{X}$ = 17.6 pour AN, 22.1 pour BN, 22.3 pour OFSED, 33.4 pour BED 73 % célibataires, 41,1 % avaient un diplôme d'études secondaires	Q-EXP pré-post	TCC + réhabilitation nutritionnelle. 1 séance TCC 1 fois/semaine (1 heure) avec un PSY. Cette séance est accompagnée d'une séance avec nutritionniste (1 heure). Durée $\bar{X}$ = 48 semaines. Éléments INT = techniques TCC (p. ex. restructuration cognitive, formation à l'affirmation de soi, autosurveillance avec journal, devoirs comportementaux, exposition alimentaire évitée, psychoéducation nutritionnelle). Des discussions quotidiennes entre psychothérapeutes et médecins permettent d'adapter les séances aux besoins. Rémission = pas TCA selon DSM-IV, ↑ IMC, pas comportement hyperphagique, purge ou jeûne (3 derniers mois), score < 30 au EAT).	1. Efficacité INT sur bien-être et symptômes TCA	1. 150/195 complètent INT. Pas de différences ♀ qui terminent et qui abandonnent pour âge, IMC, durée TCA, score PWB, GHQ et EAT. 1. ↑ post-INT pour dimensions PWB (c.-à-d. contrôle sur environnement, croissance personnelle, acceptation de soi, relations positives, autonomie, sens de la vie) et sur score GHQ + EAT chez ceux qui terminent. 1. 31 % en rémission (8 AN, 20 BN, 8 BED, 15 OFSED). Pas de différences avec contrôle pour âge, éducation et état civil, mais différences pour 2 dimensions PWB (affirmation de soi, relations positives). 1. + de 50 % ♀ en rémission ont un score PWB ≤ 50^e percentile des contrôles malgré une réponse thérapeutique. Le bien-être reste < aux contrôles.	0.86
Touyz et al (2013) #55	Multi-site (Sydney, Australie, <i>n</i> = 29 & Londres, ANG, <i>n</i> = 34)	63 ♀ SE-AN (AN-R = 16, AN-P = 47; IMC $\bar{X}$ = 16.2, Âge $\bar{X}$ = 33.4). Pas INT concomitante, trouble psychiatrique, dépendance alcool ou drogue Majorité célibataire, sans enfant, avec emploi ou	ECR	Les ♀ sont assignés à INT TCC (<i>n</i> = 31) ou SSCM (<i>n</i> = 32). Pour chaque groupe, INT = 30 séances individuelles de 50 minutes (sur 8 mois). Les 2 INT sont axées sur ↑ QOL plutôt que symptômes TCA et reprise de poids. TCC = Basé sur Pike et al. (2003) et axé sur perturbations cognitives et comportementales. L'INT contient 4 étapes. La phase 1 engage le patient. Elle crée une formule personnalisée pour la reprise de poids. La phase 2 gère la psychopathologie. La phase 3 axe sur les comportements problématiques (non-alimentaires). La	1. Efficacité TCC et SSCM chez SE-AN 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. Attrition = 15 % (Pas différence inter-INT). 1. Efficacité 2 INT sur EDQOL, SF-12, BDI, WSAS, IMC, EDEQ, ANSOCQ (post-INT et post-suivis 6 et 12 mois). 1. Pas différence intergroupe post-INT. Au suivi de 6 mois, les patients TCC avaient des scores + ↑ à WSAS et à 12 mois, ils avaient un score EDEQ + ↓ et motivation changement + ↑ (vs SSCM). 4. En élargissant le traitement à QOL et en ↓ pression sur reprise poids, cela favorise l'adhérence et ↓ attrition	0.95

		étude, éducation graduée et +		phase 4 axe sur le maintien des gains/prévention rechute. SSCM = Basé sur McIntosh et al. (2006, 2010) et combine prise en charge clinique et psychothérapie de soutien. Les séances visent à normaliser l'alimentation et reprise poids. De la psychoéducation est donnée sur symptômes clés et du soutien pour ↑ adhérence.			
Turner et al. (2016) #62	ANG	179 (166 ♀; AN = 52, BN = 51, OFSED = 76) Âge $\bar{X}$ = 27.7	CORET	INT = TCC (Fairburn, 2008) qui contient éléments clés (engagement, psychoéducation, autosurveillance, pesée hebdomadaire, changement comportement, exposition, restructuration cognitive). L'INT prend fin après des progrès satisfaisants sur les objectifs TCC (c.-à-d. normaliser alimentation et poids, ↓ comportements contrôle poids, normaliser comportements alimentaires). Au besoin est dispensé informations sur fonctionnement psycho-émotionnel, gestion émotions, ↓ difficultés interpersonnelles et ↑ estime de soi). Durée INT ($\bar{X}$ = 20 séances).	1. Efficacité TCC sur TCA 4. Composante fondamentale offre de services	1. Changement significatif symptômes TCA (↓ EDEQ, ↑ IMC, ↓ comportements purges et hyperphagiques) dans les 6 premières séances INT (et aussi post-INT). 1. Des améliorations significatives ont aussi été observées dans la pathologie des troubles de la personnalité, anxiété et dépression en post-INT. 4. Des changements précoces dans la restriction alimentaire est un prédicteur clé de la ↓ comorbidité dépressive ou anxieuse.	0.76
Turner et al. (2015b) #63	ANG	94 patients (89 ♀; AN = 16, BN = 32, OFSED = 46) Âge $\bar{X}$ = 28.4	CORET	INT = TCC (Fairburn, 2008, Waller et al., 2007) qui contient éléments clés (c.-à-d. engagement, psychoéducation, autosurveillance, pesée hebdomadaire, changement comportement, exposition, restructuration cognitive). L'INT prend fin après des progrès satisfaisants sur les objectifs TCC (c.-à-d. normaliser alimentation et poids, ↓ comportements contrôle poids, normaliser comportements alimentaires). Au besoin est dispensé informations sur fonctionnement	1. Efficacité TCC sur TCA	1. Post-INT = ↓ attitudes et comportements TCA et ↑ précoce et long terme significative. 1. ↓ précoce restriction et préoccupation alimentaire et petit changement de silhouette, prédisent ↓ symptôme TCA. 1. ↓ précoce symptômes TCA prédit forte alliance thérapeutique post séance 6. 1. ↓ précoce symptôme TCA prédit mieux rémission que ↓ alliance thérapeutique.	0.73

				psycho-émotionnel, gestion émotions, ↓ difficultés interpersonnelles et ↑ estime de soi). Durée INT = $\bar{X}$ = 20 séances (moins si changement rapide ou plus si requis).		1. Alliance thérapeutique précoce n'influence pas relation entre ↓ précoce symptômes et ↓ symptômes TCA. Une + grande ↓ précoce des symptômes prédit une forte alliance thérapeutique précoce. 1. Changement clinique précoce = meilleur prédicteur INT.	
Turner et al. (2015a) #64	Royaume-Uni	203 patients (190 ♀; AN = 56, BN = 58, 29 %, OFSED = 89) IMC $\bar{X}$ = 21.0, Age $\bar{X}$ = 27.6	CORET	TCC ($\bar{X}$ = 20 séances) qui contient des éléments clés (p. ex. engagement, psychoéducation, formulation, tenir un journal alimentaire, pesée hebdomadaire, modification alimentaire, exposition, restructuration cognitive). La TCC vise à normaliser l'alimentation et ↓ comportements de contrôle du poids et problèmes d'image corporelle. Elle vise à élargir le fonctionnement psycho-affectif et social, en identifiant et gérant des émotions, en remplaçant les fonctions de la maladie par des moyens plus adaptés, en ↑ estime de soi, en ↓ perfectionnisme et difficultés interpersonnelles. Quelques patients avaient des consultations en nutrition, mais personne n'avait accès à une psychothérapie autre.	1. Efficacité INT en ambulatoire	1. 24 patients disparaissent après 1^{er} traitement. Sur les 179 restants, 100 complètent INT (attrition = 44.1 %). Selon la définition utilisée de rémission (c.-à-d. IMC > 18.5, pas de comportement hyperphagique ou purge depuis 1 mois et score EDE-Q < 2.46), rémission = 19 % (31 % chez ceux qui complètent INT vs 3.1 % ceux qui ne terminent pas). 1. ↑ post-INT pour psychopathologie (CIA, EDE-Q), anxiété (HADS), dépression (HADS). Ces résultats sont significatifs pour ceux qui terminent INT. 1. TCC devrait être utilisé pour adultes en ambulatoire. Il faut trouver comment maximiser rétention et adhérence INT.	0.78
Vanderlinden et al. (2007) #95	Kortenbergh (Belgique)	132 (129 ♀; 35 AN-R, 21 AN-P, 65 BN, 11 BED) Age $\bar{X}$ = 24.6, IMC $\bar{X}$ = 21.1. 49 intervenants TCA (30 ♀; 12 PSY, 15 psychiatre, 7 infirmière, 15	TR	Étude compare vision de 132 patients et 49 intervenants sur contenu offre de services via collecte information par questionnaire. INT combinée avec séances familiale. Dans la phase 1 de l'INT, les objectifs sont psychoéducation, motivation du patient, normalisation habitudes alimentaires, arrêt des comportements de purge et reprise de poids. Un contrat thérapeutique	4. Composante fondamentale de l'offre de services	4. Pas de différences entre TCA pour âge, durée du traitement et de la maladie. 4. Les 20 ingrédients thérapeutiques du questionnaire sont importants pour le patient et les intervenants (6.3 à 8.7/10). Aucun aspect n'est évalué comme non important. Aucune différence entre patient et intervenants. Cela suggère un même point de vue sur éléments INT.	0.70

		conseillers)		avec dispositions strictes est introduit. Dès que des progrès suffisants sont réalisés, différents modules sont proposés (p. ex. auto-évaluation, ↑ estime de soi, image corporelle, origine TCA, résolution de problèmes, perfectionnisme, relations interpersonnelles). Les proches sont inclus. Le questionnaire comprend 20 ingrédients d'une offre services à évaluer sur 10 points. Une analyse factorielle regroupe les 20 items en 4 composantes (c.-à-d. comprendre mon TCA, gagner autonomie, motivation à la guérison, support social).		4. Selon les patients, les composantes fondamentales sont celles liée à l'autonomie (c.-à-d. ↑ estime de soi, ↑ expérience corporelle, résoudre les problèmes). Deux autres aspects semblent + importants (c.-à-d. soutien thérapeute, exprimer son opinion et sentiments). Les patients indiquent qu'obtenir un aperçu de leurs problèmes est apprécié. Enfin, le soutien des parents et de la famille reçoit le score le plus bas, mais est toujours considéré important). 4. Peu différence entre TCA. Les AN-R jugent le soutien des proches, isolation sociale, ↑ autonomie + important que autres TCA. Travailler comportements de purges et hyperphagiques est + important chez AN alors que BN place + importance aux habiletés de résolutions de problèmes et comprendre le sens TCA dans vie.	
Wade et al. (2011) #72	Adelaide (Australie)	33 patients AN (25 AN-R, 8 AN-P) (Chez ceux qui complètent INT: âge $\bar{X}$ = 27 ans, IMC $\bar{X}$ = 16.7)	SC	INT basée sur MANTRA : Accent sur facteurs liés aux pensée rigides (p. ex. perfectionnisme, trait obsessionnel compulsif) et qui visent à éviter émotions fortes et croyances pro-anorectiques. INT met l'accent sur changements requis dans alimentation et poids via cadre d'entrevue motivationnelle et de TCC. En raison de la nature modulaire du TCC, il résulte une INT ciblée AN qui correspond aux symptômes cliniques et profil neuropsychologique des participants. Deux séances d'évaluation sont menées pour ↑ motivation (principe entretien motivationnel). Cela aide les patients à travailler leur ambivalence	1. Efficacité MANTRA AN post-12 mois	1. Attrition 31 %. Pas de différence entre ceux qui complètent et ceux qui ne complètent pas pour variable sociodémographique et score EDEQ. Les patients qui abandonnent INT sont + à montrer de comportement de purge. 1. Post-INT = 7 patients (30 %) en rémission complète (IMC normal + score EDEQ $\leq$ 1 SD de $\bar{X}$) et 1 rémission partielle (IMC normal + score EDEQ $\leq$ 0.5 SD de $\bar{X}$) Post-1 an, 6 patients en rémission complète et 5 en rémission partielle. 1. ↑ significative IMC, psychopathologie TCA (via EDEQ, DASS, EDI) et motivation à changer (via ANSOCQ)	0.76

				de changer de comportement. INT dispensée ensuite (25 séances d'1 heure sur 10 mois (20 séances hebdomadaires + 5 mensuelles). Les 5 à 8 premières séances INT sont axées sur entrevue motivationnelle (où les + et - de l'INT sont examinés). Un manuel et un cahier de travail pour chaque patient ont été élaborés. L'INT est dispensée par des PSY.		1. Prédicteurs d'absence de résultats positifs = faible estime de soi et sentiment d'inefficacité en pré-INT. Ce qui indique que pour ↑ MANTRA, il faut ajouter modules ciblant l'estime de soi, l'auto-efficacité et les comportements de purges	
Waller et al. (2014) #65	Londres (ANG)	78 ♀ BN (52 BN-P, 3 BN-NP, 23 OFSED-BN) IMC $\bar{X}$ = 22.1, Age $\bar{X}$ = 27.8. 9 reçoivent ISRS -Avec comorbidité (trouble dépressif = 44 %, TOC = 26 %, anxiété = 26 %, abus de substance = 23 %)	CORET	INT de TCC pour BN. INT contient une formulation individualisée tenant compte des facteurs de maintien, tenue de journal, exposition alimentaire, expérience comportementale et restructuration cognitive. La comorbidité est traitée quand symptômes BN ↓. INT de 20 séances individuelles d'1 heure dispensée par PSY ≥ 4 ans d'expérience TCC. Patients en rémission si absence de diagnostic BN en post-INT (absence de comportements boulimiques 1 mois avant la dernière session, ne pas avoir de préoccupation pathologique concernant alimentation, poids et forme).	1. Efficacité TCC pour BN	1. Attrition = 8/78 (10.3 %). Pas de différences avec le groupe qui termine. 1. 52.9 % des patients en rémission (post-INT). Il y a ↑ humeur (↓ BDI), ↑ attitudes et comportements alimentaires (↓ EDI) et ↓ comportement purge et hyperphagie. 1. Parmi ceux qui terminent, 66 avaient des comportements hyperphagiques en pré (vs 28 en post), 51 se livraient à des purges en pré (vs 25 en post), 17 utilisaient des laxatifs en pré (vs 3 en post). 56 % étaient exempts de ces 3 comportements en post (vs 0 % en pré).	0.68
Walpoth et al. (2008) #56	Innsbruck (Autriche)	14 ♀ BN entre 18 et 35 ans Exclusion si dépression, IMC ≤ 17.5, contre-indication à stimulation magnétique, grossesse, psychothérapie depuis 3 mois	ECR	INT = stimulation magnétique transcrânienne répétitive. Il s'agit d'un outil thérapeutique en psychiatrie, exerçant des effets secondaires cognitifs légers. C'est une méthode non invasive, neurophysiologique, capable de dépolariser les neurones corticaux avec une courte impulsion magnétique. Pré-INT: Patients randomisés en INT et placebo). INT = 3 semaines	1. Efficacité stimulation magnétique transcrânien ne répétitive chez BN	1. Le nombre $\bar{X}$ de comportements hyperphagiques et purges ↓ pendant INT pour les 2 groupes. 1. ↑ post-INT pour symptômes dépressifs (BDI), comportements obsessionnels (YBC-EDS). 1. Pas de différence pré-post intergroupe pour comportement de purge, BDI, HAM-D et YBC-EDS. 1. Les résultats indiquent que stimulation	0.79

				dispensées par psychiatre (3 fois/semaine). À chaque session, 10 stimulation de 10 secondes (espacé de 60 secondes, intensité = 120 % à 20 Hertz). Placebo = fausse stimulation.		magnétique transcrânienne répétitive pour BN n'a pas d'avantage vs placebo.	
Watson et al. (2012) #35	Perth (Australie)	196 patients (BN = 44 %, OFSED = 38 %, AN = 17 %)	Q-EXP pré-post	TCC-A dispensée seul (80 %), en groupe (16 %) ou les 2 (4 %). Le nombre $\bar{X}$ de séances = 27. TCC-A de Fairburn et al. (2008). Pour les patients avec IMC ≥ 18.5 (+/- 20 séances vs 40 pour IMC ≤ 18.5). Complétion INT = réussite des 4 phases. Tous les patients ont 2-3 séances évaluation en pré et les séances sont 50 minutes (1 fois/semaine). Le contenu est le même pour tous, mais pour patients faible poids, INT + longue pour permettre $\uparrow$ motivation et reprise poids. INT contient 4 étapes. La phase 1 sert à engager et éduquer le patient et à créer une formule personnalisée pour obtenir un changement comportemental maximal. La phase 2 détaille les progrès et identifie les obstacles aux changements. La phase 3 axe sur la modification des processus de maintien du TCA. À la phase 4, l'accent est sur maintien des gains et prévention des rechutes.	1. Efficacité TCC-A sur QOL	1. % de complétion INT = 56 % (AN = 32 %, BN = 65 %, OFSED = 56 %). 1. $\downarrow$ score EDEQ et QOL en post-INT pour tous les TCA 1. La QOL est + $\downarrow$ chez les gens avec TCA en pré-INT. Pas de différence de QOL en pré entre groupes de TCA, mais en post-INT, 85 % ont un QOL similaire à celui de la population en général.	0.81
Wildes et al. (2014) #36	Pittsburgh (USA)	24 patients (23 ♀) AN (11 AN-P) IMC $\bar{X}$ = 17.5), Age $\bar{X}$ = 26.8. 66 % ont déjà reçu psychothérapie,	Q-EXP pré-post	TCAE = INT qui combine INT comportementale et stratégies sensibilisation aux émotions, $\downarrow$ évitement aux sentiments et encourage activités de valeurs à l'extérieur du TCA. Dispensée en 33 à 58 séances (2 fois/semaine les 4 ^{èmes} semaines et ensuite 1 fois/semaine). Les thérapeutes sont expérimentés	1. Efficacité TCAE sur AN	1. 13/24 terminent INT (54.2 %). Pas de différence entre ceux qui terminent et ceux qui ne terminent pas pour âge, poids, durée de maladie et symptomatologie. 1. TCAE = $\uparrow$ poids, $\downarrow$ symptômes alimentaires déviants (via EDEQ, BDI, EDQOL, AAQ) et $\downarrow$ évitement des	0.62

		63 % INT nutritionnelle, 67 % médication, 50 % hospitalisation. Comorbidité à vie = 50 % trouble humeur, 46 % anxiété, 33 % abus de substance)		avec AN. INT en 3 phases. Dans la phase 1, le patient et le thérapeute développent une compréhension commune du TCA et fixent des buts quant au poids, symptômes, acceptation des émotions, évitement expériences désagréables et participation à des activités significantes. À la phase 2, le thérapeute aide le patient à atteindre ses objectifs en utilisant des stratégies contextuelles et expérientielles (c.-à-d. pleine conscience) vs modification des pensées liées à l'alimentation et au poids. La phase 3 consolide les acquis et finalise INT. Les participants reçoivent 3 séances avec une nutritionniste.		émotions 6 mois après INT.	
Wnuk et al. (2015) #37	Mississauga (Canada)	12 ♀ (7 BN, 1 OFSED, 4 BED) Age $\bar{X}$ = 32.6. Toutes ont éducation post-secondaire, 7 célibataires, 87 travaillent à temps plein Exclusion si risque suicide, psychose, abus substance, IMC $\leq$ 17.5	Q-EXP pré-post	INT = Deux groupes de 7 ♀ axée sur les émotions problématiques liées aux TCA (16 semaines, 1 séance/semaine). INT administré selon Elliott, Greenberg & Lietaer (2004). La 1^{re} séance porte sur le curriculum INT et psychoéducation TCA et émotions associées. Les séances suivantes débutent par une introduction de 15-20 minutes durant laquelle les gens résument leurs luttes. Les thèmes identifiés servent de départ à la séance. Des patients discutent devant les autres (2-3 séances/session). Après chaque discussion, les patients analysent son contenu.	1. Efficacité INT axée sur émotions	1. Pas différence pré-post dans l'IMC 1. Pas d'attrition 1. Post-INT = ↓ fréquence hyperphagie et purge dans le dernier mois, ↓ dans difficulté de gérer émotions, ↓ (SCL-90) et ↑ humeur et estime de soi (RSES), ↑ symptômes de TCA (EDI), ↑ sentiment auto-efficacité sur symptômes TCA et émotions.	0.68
Zipfell et al., (2014) #57	Bochum, Erlangen, Essen, Freiburg,	242 ♀ AN avec IMC entre 15 et 18	ECR	Les patients sont randomisés pour 10 mois de traitement (TFP, TCC-A, TAU). Les thérapeutes dispensent 1 INT pour éviter contamination.	1. Efficacité et sécurité 2 INT sur AN	1. Attrition = 22 %. Pas d'effets indésirables pendant INT. 1. Pas différence intergroupe pour	1.00

	Hamburg, Heidelberg, Munich, Munster, Tübingen, Ulm (ALL)	Exclusion si abus de substance, utilisation de neuroleptique, trouble psychotique ou bipolaire, problème médical sérieux, psychothérapie actuelle TFP = 80 TCC-A = 80 TAU = 82 IMC $\bar{X}$ = 16.7, 39% AN depuis ≥ 6 ans, AN-R = 53 %, comorbidité axe 1 = 40 %.		TFP = INT psychodynamique à 3 phases. La phase 1 axe sur alliance thérapeutique, comportements pro-AN, croyances ego-syntoniques et estime de soi. À la phase 2, l'accent est mis sur les relations pertinentes et l'association entre les relations interpersonnelles et comportements alimentaires. Les aspects pertinents de la phase 3 = transfert à la vie quotidienne, anticipation de la fin de l'INT et la séparation. Avant chaque séance, le poids est mesuré. TCC-A = version allemande Fairburn. Le plan d'INT contient divers modules (p. ex. motivation, nutrition, formulation, prévention des rechutes, restructuration cognitive, régulation humeur, aptitudes sociales, souci de la forme, estime de soi). Il se concentre sur l'éducation des patients à propos de l'insuffisance pondérale et aide à initier et maintenir une alimentation régulière et saine. L'auto-efficacité et l'autosurveillance sont centrales dans l'INT. TAU = Soutien dans l'accès à psychothérapie ambulatoire + médecin de famille. Dans le système allemand, la psychothérapie pour patients TCA est couverte par assurance.	4. Composante fondamentale offre de services	caractéristiques démographiques, IMC, durée maladie, type AN et troubles affectifs. Cependant, une anxiété comorbide est + fréquente chez TCC-A. 1. Post-INT = $\uparrow$ IMC dans tous les groupes. Aucune différence intergroupe. Résultats persistent après 1 an. 1. TAU optimisé avec psychothérapie et soins structurés médecin de famille devrait être INT de base pour patients AN. La TFP est avantageuse en termes de rémission à 12 mois et la TCC-A est + efficace pour la vitesse de prise de poids et $\uparrow$ psychopathologie des TCA. 4. Satisfaction $\bar{X}$ post-INT (TFP = 7.6/10, TCC-A = 7.3/10). 44 % patients assignés à TFP ont trouvé la durée INT adéquate, 52 % trop courte et 4 % trop longue (vs 40 %, 49 % et 11 % pour TCC-A).	
--	---	--	--	--	--	--	--

Note. AAQ = Acceptance and action questionnaire; A-MET = Acceptance-based mirror exposure therapy; ALL = Allemagne; AN = Anorexie mentale; AN-P = Anorexie mentale avec comportement de purge; AN-R = Anorexie mentale de type restrictive; ANG = Angleterre; ANSOCQ = Anorexia nervosa stages of change questionnaire; BAT = Body attitude test; BBAT = Basic body awareness therapy; BCQ = Body checking questionnaire; BDI = Beck depression inventory; BDRS = Buss-Durkee rating scale for aggressiveness; BED = Binge eating disorder; BITE = Bulimic investigatory test Edinburgh; BN = Boulimie; BN-NP = Boulimie sans comportement de purge; BN-P = Boulimie avec comportement de purge; BPSDS = Body part satisfaction dissatisfaction scale; BSI = Brief symptom inventory; BSQ = Body shape questionnaire; BUT = Body uneasiness test; CES-D = Center for epidemiological studies depression scale; CIA = Clinical impairment questionnaire; CGIS = Clinical global improvement scale; COMP = Étude comparative; CORET = Cohorte rétrospective; CPSRS = Comprehensive psychopathological self-rating scale; DASS = Depression, anxiety and stress questionnaire; DBT = Dialectic behavior therapy; DERS = Difficulties in emotion regulation scale; DHEA = Dehydroepiandrosterone; DSM-IV-TR = Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Revised; DVD = Disque numérique polyvalent; EAT = Eating Attitude Test; EC = Étude de cas; ECR = Essai

clinique randomisé; EDE-Q = Eating disorder examination questionnaire; EDI = Eating disorder inventory; EDQOL = Eating disorder quality of life questionnaire; EPR = Exposition avec prévention de la réponse; GAF = Global assessment functioning scale; GHQ = General health questionnaire; GSI = Global severity index; HADS = Hospital anxiety and depression scale; HAM-D = Hamilton depression scale; IMC = Indice de masse corporelle; INT = Intervention; INT-M = Intervention motivationnelle; IPT = Interpersonal psychotherapy; ISRS = Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine; JV = Jeu vidéo; kg = Kilogramme; MADS = Maudsley assessment of delusion scale; MANTRA = Maudsley model anorexia nervosa treatment for adults; MASQ = Mood and anxiety symptoms questionnaire; MET = Mirror exposure therapy; NICE = National institute for health and care excellence; NMRS = Mood regulation and depressive symptoms scale; OFSED = TCA non spécifié; QOL = Qualité de vie; OCI-R = Obsessive compulsive inventory revised; PANSS = Positive and negative syndrome scale; PSY = Psychologue; PWB = Psychological well-being scales; PWI = Personal well-being index; Q-EXP = Étude quasi-expérimentale; RSES = Rosenberg self-esteem scale; SAD = Social avoidance scale; SC = Série de cas; SCL-90 = Symptom checklist-90; SCR = Symptom checklist revised; SE-AN = Severe and enduring anorexia nervosa; SF-12 = Short form health status questionnaire à 12 items; SF-36 = Short form health status questionnaire à 36 items; SQ = Score de qualité; SSCM = Specialist supportive clinical management; STAI = State trait anxiety inventory; STAXI = State trait anger expression inventory; TAS = Toronto alexithymia scale; TAU = Treatment as usual; TCA = Trouble de conduite alimentaire; TCAE = Thérapie comportementale et d'acceptation des émotions; TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; TCC-A = Thérapie cognitivo-comportementale améliorée; TCC-Ab = Thérapie cognitivo-comportementale améliorée et bonifiée d'éléments liés au perfectionnisme, à l'estime de soi, aux difficultés interpersonnelles et à l'intolérance envers ses émotions; TCC-Af = Thérapie cognitivo-comportementale améliorée avec focus sur la psychopathologie TCA seulement; TCI = Temperament and character inventory-Cloninger scale; TF = Thérapie familiale; TMT = Trail making test; TPF = Thérapie psychodynamique focale; TPL = Trouble de la personnalité limite; TOC = Trouble obsessionnel compulsif; TR = Étude transversale; TRC = Thérapie de remédiation cognitive; TS = Travailleur social; USA = États-Unis d'Amérique; vs = Versus; WCST = Wisconsin card sorting test; WSAS = Weissman social adjustment scale; YBC-EDS = Yale Brown Cornell eating disorder scale.

Tableau #3 Extraction des données issues d'études qualitatives

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Ville (Pays)	Échantillon	Devis	Description de la modalité de prise en charge	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Reid et al. (2008) #92	Londres (ANG)	20 patients entre 17 et 41 ans (19 ♀) avec BN ou AN	Entrevue individuelle	Patients recrutés pendant un traitement ambulatoire multidisciplinaire AN ou BN.	4. Composante fondamentale de l'offre de services	4. Les patients sont ambivalents à savoir si le TCA est un moyen d'exercer un contrôle ou un trouble qui les contrôle et conduit à un traitement. 4. Les patients préfèrent une approche pratique et sensible. Ils comptent sur le traitement pour un rétablissement (malgré des craintes initiales, l'INT devient un filet de sécurité). 4. Traitement doit ↑ contrôle des patients et trouver l'équilibre entre les approches pratiques et empathiques, impliquer les patients dans les décisions et donner des conseils + directifs. 4. 5 thèmes émergent: 1) un besoin de soutien et de compréhension pendant et après le traitement, 2) usagers préfèrent le psychologique au pharmacologique, 3) importance de ce qui se passe à l'extérieur du traitement pour la réussite du traitement, 4) enjeu du contrôle individuel dans le traitement et 5) concept d'ambivalence car patients ne savent pas si TCA = ami ou ennemi.	+
Lindgren et al. (2015) #91	Umea (Suède)	5 ♀ BN entre 23 et 26 ans	Entrevue individuelle	Les participants ont déjà fait l'expérience d'un traitement pour BN en contexte ambulatoire	4. Composante fondamentale de l'offre de services	4. 4 thèmes liés au rétablissement BN émergent (c.-à-d. se sentir coincé, se préparer à changer, se libérer de BN, saisir une réalité nouvelle). 4. Le rétablissement n'est pas linéaire. Il est ponctué de progrès et rechute. Les patients expriment une ambivalence à abandonner BN. 4. Une partie du rétablissement est lié à la capacité de s'accepter, à l'estime de soi, au soutien dispensé et au développement d'une explication personnelle de la cause de maladie.	++

						4. La capacité à se rétablir de la BN et à reprendre le contrôle de sa vie est liée à l'auto-efficacité. Les soins doivent viser à renforcer la croyance des patients en leurs capacités pour susciter espoir guérison.	
--	--	--	--	--	--	---	--

Note. AN = Anorexie mentale; ANG = Angleterre; BN = Boulimie; INT = Intervention; SQ = Score de qualité; TCA = Trouble de conduite alimentaire.

Tableau #4 Extraction des données issues d'études mixtes

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Ville (Pays)	Échantillon	Devis	Description de la modalité de prise en charge	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
Pitt et al. (2010) #73	Cardiff (Écosse)	7 ♀ AN entre 22 et 41 ans, histoire AN depuis 3 à 22 ans, IMC entre 13 et 19.5 et traits perfectionnisme Exclusion si maladie psychotique, dépendance alcool/drogue	Séquentiel explicatif Pré-post → entretien individuel et analyse de contenu	Traitement supervisé par un PSY. Un questionnaire mesurant le perfectionnisme (c.-à-d. FMDPS) est administré 1-2 semaines avant INT. 10 séances individuelles TRC sont dispensées (1 ou 2 fois /semaine, 45 minutes). À la fin des entretiens, le FMDPS est rempli à nouveau et le patient écrit une lettre à son PSY pour évaluer son expérience de TRC.	1. Efficacité TRC comme INT complémentai re sur AN. 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. 8 thèmes émergent (c.-à-d. réaction initiale au traitement, bénéfice traitement, expérience globale, tâche du traitement, tâche comportementale, relation avec thérapeute, relation avec nourriture et alimentation, expérience TRC vs autres thérapies). 1. Le thème #1 traite du scepticisme initial face au traitement. 1. et 4. Le thème #2 fait état de bénéfices cliniques rapportés (c.-à-d. ↑ mémoire, motivation, flexibilité, capacité de faire face aux problèmes, aime que INT ne soit pas centré sur alimentation). 4. Le thème #3 rapporte une expérience positive. Les patients le recommanderaient aux autres. 1. Le thème #4 traite de l'ambivalence des tâches du traitement, notamment en regard des répétitions dans son curriculum. 1. Le thème #5 rapporte que les tâches comportementales du traitement sont utiles, s'appliquent à la vie quotidienne, motivante et aident à changer la routine. 1. et 4. Le thème #6 rapporte une relation avec le PSY qui fait état d'aisance, d'encouragement et qui aide aux effets du traitement. 1. Le thème #7 rapporte que la relation face à la nourriture et l'alimentation reste ambiguë. 1. Le thème #8 rapporte que le traitement a peu	0.79

						de bénéfice par rapport à la TCC, mais qu'il s'agit d'une INT intéressante. 1. Les résultats sont partagés. Le volet quantitatif note ↓ perfectionnisme chez 3 patients. Le volet qualitatif indique que INT aide 2 patients à modifier positivement leurs comportements alimentaires. L'INT a une efficacité limitée et peut être utile en complément à une offre services + développée.	
Waller et al. (2013) #94	Cardiff (Écosse)	23 ♀ (14 BN, 9 AN)	Triangulation simultanée (quantitatif = analyse descriptive, qualitatif = analyse de contenu)	INT de TCC où exposition précoce à l'alimentation est une priorité. Toutes les ♀ ont apporté des changements à leur alimentation (c.-à-d. alimentation structurée et régulière, apport ↑ glucides et ↑ poids) comme convenu avec le clinicien. L'emphase sur l'importance de changer l'apport alimentaire est expliqué au début INT et réitéré quand les progrès diminuent. La supervision est utilisée pour s'assurer que le clinicien maintient cet objectif tout en étant flexible pour garder le patient engagé. Les patients sélectionnés sont des patients qui ont terminé au moins 10 séances TCC.	4. Composante fondamentale offre de services AN	4. Pour à court terme (46 % + énergie). Du côté des pour à long terme (32 % ont + énergie, 29 % ont un meilleur sommeil, 57 % sont + heureux, 25 % ↓ préoccupation liée à l'alimentation ou poids, 36 % sont + sociable, 32 % ont de meilleures relations interpersonnelles). 4. Contre à court terme (39 % ont détresse liée au ↑ poids, 29 % trouve cela difficile, 61 % ont + anxiété, 25 % ont + dépressif, 32 % + faible image corporelle, 36 % ont + préoccupations liées alimentation ou poids). 4. En lien avec l'analyse qualitative aux questions « <i>Qu'avez-vous appris en lien avec ces changements alimentaires précoces</i> » et « <i>Qu'est-ce qui vous a aidé à faire ces changements</i> », plusieurs thèmes et sous-thèmes ont émergés. Le thème est digne de mention si 25 % le rapporte. En lien avec la 1^{re} question, les thèmes sont a) manger ≠ prendre du poids et b) être sensibilisé à l'importance de bien manger = 25 %. En lien avec la 2^e question, les thèmes sont: a) support des thérapeutes = 32 %, b) partager mes difficultés avec thérapeutes = 29 % et c) planification repas = 25 %.	0.76

Note. AN = Anorexie mentale; FMDPS = Frost multi-dimensional perfectionism scale; IMC = Indice de masse corporelle; INT = Intervention; PSY = Psychologue; SQ = Score de qualité; TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; TCA = Trouble de conduite alimentaire; TRC = Thérapie de remédiation cognitive; vs = Versus.

Tableau #5 Extraction des données issues des autres types d'articles scientifiques

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Type d'article	Description de la modalité de prise en charge	Critère d'intérêt évalué	Sommaire des résultats
Dalle Grave et al. (2016) #77	Editorial	TCC-A repose sur une interprétation transdiagnostique des TCA. Selon cette théorie, autant chez AN que BN, la surévaluation de l'alimentation, du poids et de la forme, et le contrôle est essentielle au maintien des symptômes. D'autres caractéristiques cliniques découlent directement ou indirectement du TCA et à leur tour, agissent pour le renforcer. Des obstacles supplémentaires au changement peuvent également être générés par un ou plusieurs de 3 mécanismes (c.-à-d. perfectionnisme, faible estime de soi, difficultés interpersonnelles). L'objectif de la TCC-A est de se concentrer sur les processus agissant pour maintenir la psychopathologie TCA et les processus cognitifs centraux. La stratégie cognitive consiste à créer une formulation personnalisée des principaux mécanismes de maintenance en fonctionnement, qui sera ensuite être ciblé par le traitement.	1. Efficacité TCC-A	1. Bien que davantage d'études soient nécessaires pour évaluer l'efficacité TCC-A vs autre INT, les données indiquent qu'en contexte ambulatoire, elle est viable et prometteuse pour les adultes AN. Environ 40 % des adultes sont en rémission dans les études concernées.
Herpetz et al. (2011) #79	Présentation de recommandation (SQ = 0.53)		1. Efficacité divers INT chez AN et BN	1. Pour AN, a) le traitement doit être adapté et prendre en compte les aspects physiques du TCA, b) les INT en ambulatoire doivent être dispensée par des thérapeutes spécialisés et contenir des éléments spécifiques à AN, c) un traitement forcé ne doit avoir lieu que lorsque toutes les autres mesures sont épuisées, d) les options psychopharmaceutiques sont inefficaces, e) chez les patients constamment préoccupés par l'alimentation et le poids, ainsi que chez ceux présentant une hyperactivité physique incontrôlée, l'utilisation de neuroleptiques à faible dose comme l'olanzapine peut être justifiée comme médicament base, f) les médicaments ayant de faibles effets secondaires extrapyramidaux devraient être préférés, g) les antidépresseurs n'améliorent pas l'AN, mais peuvent être utilisés pour traiter symptômes dépressifs comorbides.

				1. Pour BN, a) la psychothérapie est le traitement de choix, b) le traitement doit être axé sur les symptômes, c) la TCC est le traitement de choix chez enfants, adolescents et adultes, d) le traitement devrait durer au moins 25 séances à une fréquence d'au moins 1 séance par semaine, e) chez les patients avec comorbidités, le traitement doit être amélioré avec d'autres éléments thérapeutiques adaptés aux troubles, f) l'administration d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine est alors indiqué.
Painter et al. (2010) #89	EC	Clinique EDOS (p. ex. Eating Disorders Outreach Service) est une clinique qui offre du soutien aux cliniciens dans le traitement des TCA en Australie. EDOS a pour mandat de faciliter l'admission des patients au traitement et de fournir des services d'éducation et consultation pour cliniciens.	3. Intégration des services	3. EDOS facilite l'accès des patients aux services médicaux et psychiatriques locaux, régionaux et nationaux, pour tous les niveaux de soins et services. 3. EDOS joue un rôle de leadership important dans le développement de forums de réseautage efficaces aux cliniciens et autres parties prenantes, dans la prestation de services et dans la fourniture d'opportunités éducatives fondées sur des données probantes.
Robbins et al. (2009) #78	Prise de position	Thérapie narrative = INT qui va au-delà de la compréhension étiologique traditionnelle AN. INT qui explore les influences culturelles sur le TCA et qui utilise le langage et la croyance en la puissance et l'influence des mots. L'AN reçoit une voix. En externalisant le TCA et le séparant du client, un espace apparaît. Ce processus de distanciation modifie la perspective et le désordre peut être vu et traité d'une manière nouvelle. Thérapie poétique = La poésie est utilisée comme outil pour introduire des thèmes et fournir une base pour l'exploration écrite ou orale. Les poèmes peuvent créer une compréhension empathique, diminuer les sentiments d'isolement et susciter l'espoir.	1. Efficacité INT traditionnelle 4. Composante fondamentale de l'offre de services	1. Les INT traditionnelles ne répondent pas toujours aux besoins des patients. Des thérapies complémentaires (c.-à-d. narration, poésie) semblent davantage alignées sur les besoins de certains. Les INT qui utilisent des techniques expressives et narratives donnent une voix et aident à récupérer du pouvoir. Ces techniques sont de plus en plus reconnues sur le terrain, mais écartées en raison d'un manque de preuves empiriques. 4. Une insatisfaction souvent citée en regard du traitement AN est l'attitude des cliniciens. Les femmes affirment se sentir étiquetées et ne pas être pas traités comme une personne. 4. L'effort des cliniciens porté sur le gain de poids au lieu de l'aspect psychologique peut même augmenter les symptômes dépressifs.

				4. La motivation au changement est un facteur déterminant du rétablissement en contexte ambulatoire. Un nombre croissant de spécialistes encouragent les cliniciens à aborder l'ambivalence du changement dans le traitement AN. 4. Les traitements doivent intégrer le corps et l'esprit (en plus d'un volet motivationnel). 4. Une offre complémentaire d'INT existe et doit être explorée (p. ex. thérapie narrative, musicale, psychodramatique, poétique, expressive).
--	--	--	--	--

Note. AN = Anorexie mentale; BN = Boulimie; EC = Étude de cas; INT = Intervention; SQ = Score de qualité; TCA = Trouble de conduite alimentaire; TCC-A = Thérapie cognitivo-comportementale améliorée; vs = versus.

Tableau #6 Extraction des données issues de documents de littérature grise

Auteurs (Année) # de référence bibliographique	Type de revue	Critère d'intérêt	Sommaire des résultats	SQ
NICE (2017) #88	GPC	1. Efficacité INT pour AN et BN 2. Sécurité INT pour AN et BN	1. + 2. Pour adulte AN, INT efficace et sécuritaire est TCC, MANTRA ou SSCM. Le TCC est individuel et contient +/- 40 séances sur 40 semaines (séances bihebdomadaires pour semaines 1 à 3). INT doit encourager saine alimentation, maintien du poids santé, nutrition, restructuration cognitive, régulation de l'humeur, habiletés sociales, satisfaction image corporelle, estime de soi et prévention des rechutes. Un plan personnalisé basé sur les processus qui maintiennent le TCA est élaboré et vise ↑ auto-efficacité, ↓ autosurveillance apport alimentaire, les pensées et sentiments associés au TCA et inclut devoirs pour aider la personne à se pratiquer au quotidien. MANTRA = 20 sessions (1 fois/semaine les 10 premières semaines et 10 sessions supplémentaires). INT motive la personne et l'encourage à travailler avec le praticien, être flexible dans la façon dont les modules sont livrés. INT couvre la nutrition, la gestion des symptômes et le changement de comportement. Il faut encourager la personne à développer une « identité non-anorexique ». SSCM = 20 sessions hebdomadaires ou plus pour évaluer, identifier et examiner les problèmes clés, développer une relation positive entre la personne et le praticien, aider les gens à reconnaître le lien entre leurs symptômes et comportement alimentaire, restaurer le poids, assurer une psychoéducation, éducation nutritionnelle et des conseils visant atteinte d'un poids santé. 1 + 2. Pour adultes BN, l'INT est auto-assistance guidée par du matériel TCC et de brèves séances de soutien (p. ex. 4-9 séances de 20 minutes pendant 16 semaines). Si cette INT est contre-indiquée ou inefficace après 4 semaines, envisager une TCC (20 séances en 20 semaines + séances bihebdomadaires dans la 1^{re} phase axée sur engagement, éducation, établir un modèle d'alimentation régulière et fournir des encouragements, conseils et soutien). Pendant INT, suivre la psychopathologie associée et à la fin INT, espacer les rencontres pour travailler le maintien des changements positifs.	0.69
Geller et al. (2013) #86	GPC	1. Efficacité INT pour AN, BN et OFSED 2. Sécurité INT pour AN, BN et OFSED 3. Intégration des services 4. Composante fondamentale de l'offre de	1. + 2. Pour AN = La psychothérapie individuelle est l'INT de choix car ce trouble est résistant au traitement médicamenteux. Les comorbidités (dépression, trouble obsessionnel-compulsif) peuvent encore être traitées avec des médicaments, mais les effets de la famine sur le fonctionnement des neurotransmetteurs peuvent réduire l'efficacité. Chez adultes avec AN, aucune INT psychologique (c.-à-d. TCC, IPT, thérapie analytique cognitive, thérapie psychodynamique focale, thérapie familiale) n'a été démontrée supérieure. Aucune recherche ne démontre non plus l'avantage d'une hospitalisation vs INT psychologiques en externe pour patients qui ne sont pas gravement malades. 1. + 2. Pour BN, la TCC est aussi efficace que la pharmacothérapie et il peut donc être approprié d'adopter une approche pharmacologique en cas de préférence du patient, de réponse incomplète à la TCC ou d'indisponibilité de TCC. La fluoxétine a démontré une plus grande efficacité à plus forte dose (60 mg/jour). En raison de leur profil d'effets secondaires relativement bénin, d'autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine devraient être utilisés si la fluoxétine est inefficace, mais d'autres classes d'antidépresseurs peuvent également être envisagées. Si les antidépresseurs sont insuffisants, le topiramate peut être indiqué. Dans le traitement du BN, IPT est aussi efficace que TCC pour produire un changement de	0.81

		services	symptôme. Cependant, la TCC produit un changement précoce plus rapide qu'IPT. Le TPI est une alternative efficace à la TCC dans le traitement du BN. 1. + 2. Pour OFSED = TCC doit être considérée comme un traitement de choix pour ↓ symptômes d'hyperphagie. Si le traitement concerne la perte de poids, les coupe-faim devraient être envisagés car ils ont démontré ↓ constante du poids. Il existe peu de preuves suggérant que le médicament seul devrait être considéré comme INT de choix pour hyperphagie étant donné que TCC seule est + efficace que médicaments seuls pour ↓ hyperphagie. 1. Le conseil nutritionnel avec des nutritionnistes formés est considéré comme un INT d'appoint utile et largement soutenu mais n'est pas recommandé en tant que traitement autonome des TCA. 3. Un traitement ambulatoire de faible intensité est recommandé pour la plupart des gens avec TCA. Ce niveau de soins est l'INT spécialisée la plus rentable. Elle permet aux patients d'apprendre et mettre en pratique de nouvelles compétences, d'intégrer des gains thérapeutiques en recevant des soins spécialisés. Une INT ambulatoire de faible intensité est recommandé comme traitement de 1^{re} ligne pour patients nouvellement diagnostiqués et ceux qui abandonnent des niveaux de soins plus intensifs. L'intensité peut varier, allant d'une visite unique à plusieurs visites par semaine pour des séances individuelles et un suivi médical assuré par un médecin, à des traitements dispensés par une équipe interdisciplinaire de professionnels travaillant en milieu communautaire ou hospitalier. De nombreuses formes de cette INT peuvent être délivrées dans des formats individuels, familiaux et de groupe. 4. 4 principes sont inhérents au travail avec des gens TCA. Ces principes sont 1) les relations sont importantes (c.-à-d. alliance thérapeutique solide avec patients et familles), 2) les niveaux de soins doivent être adaptés aux patients (c.-à-d. pour être rentables et réactifs, les services doivent être adaptés aux caractéristiques individuelles), 3) la gestion des facteurs médicaux (c.-à-d. les médecins jouent un rôle clé dans l'identification et le traitement TCA et gèrent lorsque des hospitalisations sont requises) et 4) les soins dans le développement (c.-à-d. besoins sociaux, psychiatriques et médicaux uniques des enfants, adolescents et adultes doivent être pris en compte à tous les stades du traitement).	
HAS (2010) #87	GPC	1. Efficacité INT pour AN 2. Sécurité INT pour AN 3. Intégration des services	1. La prise en charge du patient AN doit comprendre un volet psychologique pour a) aider à comprendre et coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle, b) ↓ risque physique, comprendre et modifier les attitudes dysfonctionnelles, c) encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée, d) ↑ relations sociales et interpersonnelles et permettre de se sentir plus en confiance et en sécurité, e) traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques ou les dimensions de personnalité et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer/maintenir les TCA. Quelle que soit l'approche psychothérapeutique choisie, il est recommandé qu'elle dure au moins 1 an post-amélioration clinique. 1. + 2. Il n'y a pas de traitement médicamenteux spécifique à l'AN. Certains médicaments tels que les antipsychotiques et antidépresseurs tricycliques sont à utiliser avec précaution du fait de leurs effets indésirables. Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des syndromes concomitants (troubles dépressifs, anxieux).	0.75

			3. Recommandé que les soins et services soient assurés par au moins 2 soignants dont un psychiatre ou psychologue et un médecin généraliste. Dans le cadre d'un suivi externe, la coordination des soins est assurée par un médecin dont le rôle est prescrire les actions nécessaires, maintenir une vue d'ensemble et assurer le lien avec les autres intervenants.	
AHRQ (2006) #85	RS	1. Efficacité INT pour AN et BN 2. Sécurité INT pour AN et BN	1. + 2. Pour AN (preuve faible), INT de TCC ↓ risque de rechute chez adultes (après la reprise pondérale). Il n'y a pas assez de preuves pour déterminer si TCC est efficace pendant la phase aiguë AN. La thérapie familiale n'est pas efficace pour adultes AN. Le manque de données compromet la capacité à statuer sur le maintien des gains de traitement. La preuve concernant le traitement pharmacologique est non concluante. Une comorbidité + ↑ pour dépression et compulsivité = ↓ efficacité pour AN. Une mortalité plus élevée était associée à des troubles concomitants d'alcool et de substances. 1. + 2. Pour BN (preuve forte), fluoxétine (60 mg/jour) pendant 6-18 semaines ↓ symptômes boulimiques (hyperphagie + purge) et les caractéristiques psychologiques connexes à court terme. La dose de 60 mg donne de meilleurs résultats que les doses plus faibles et est associée à la prévention de rechute à 1 an. La durée optimale du traitement est inconnue. Pour les INT comportementales, la TCC (seule ou en groupe) est efficace pour ↓ symptômes de base (hyperphagie + purge) et les caractéristiques psychologiques à court et long terme. La meilleure façon de traiter les gens qui ne répondent pas à TCC ou fluoxétine est inconnue. Une comorbidité + ↑ pour dépression = ↓ efficacité.	0.91

Note. AHRQ = Agency for healthcare research and quality; AN = Anorexie mentale; BN = Boulimie; GPC = Guide de pratique clinique; HAS = Haute autorité en santé; INT = Intervention; IPT = Interpersonnal therapy; MANTRA = Maudsley model anorexia nervosa treatment for adults; mg = Milligramme; n/a = Non-applicable; NICE = National institute of health for health and clinical excellence; RS = Revue systématique des écrits scientifique; SQ = Score de qualité; SSCM = Specialist supportive clinical management; TCA = Trouble de conduite alimentaire; TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; vs Versus.

ANNEXE II

LISTE DES MEMBRES INVITES AU COMITE CONSULTATIF ET DE CONTEXTUALISATION

Un comité consultatif et de contextualisation a été constitué en début de processus évaluatif. Ses rôles ont été de (a) commenter le plan de cadrage et le protocole d'évaluation, (b) suivre les travaux de l'ETMI, (c) donner ses commentaires et suggestions à divers moments clés (p. ex. présentation des résultats, présentation des recommandations préliminaires) et (d) co-construire les recommandations bonifiées et finales issues de la démarche évaluative. À ce comité consultatif et de contextualisation ont été les représentants suivants :

Catégorie de partie prenante	Personne ciblée	Représenté par (24/01) Absence si X	Représenté par (27/03) Absence si X
- Deux représentants de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	- Pierre Dagenais - Mathieu Roy		
- Deux représentants de la clinique TCA pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	- Valérie Boily - Mylène Lefebvre		
- Deux gestionnaires (ou décideurs) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	- Annie Laliberté - Jean-François Trudel		
- Un représentant de la clinique TCA enfants/adolescents du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	- Caroline Pesant	X	
- Un MD de famille exerçant en 1 ^{re} ligne qui compose avec des adultes avec un TCA	- Marylène Dussault	X	X
- Un chercheur spécialiste des enjeux des TCA	- Cynthia Gagnon	X	X
- Un nutritionniste au fait des enjeux reliés aux TCA	- Geneviève Arbour		X
- Un représentant d'organismes communautaires relié aux TCA	- Sarah Frost (Arrimage Estrie)		
- Un représentant des usagers	- Jordanne Giguère		
- Un représentant des proches aidants ou de la famille	- Josée Gagnon		

ANNEXE III

AUTRES TABLEAUX ET FIGURES PRODUITS DURANT LA DÉMARCHE ÉVALUATIVE

Tableau 1. Les thématiques abordées dans les 15 séances du groupe thérapeutique hebdomadaire dispensé en suivi externe

Séance	Thématiques abordées
1	Présentation et fonctionnement de la clinique (durée, suivi individuel, groupe thérapeutique, collation, autres intervenants) Exercice brise-glace : présenter un pair, dire ce que je viens chercher Paramètres du groupe : confidentialité, pas de contact hors groupe, règles, suivi parallèle
2	Relaxation Capsule théorique #1 : qu'est-ce qu'un TCA? Échanges sur la présentation
3	Relaxation Capsule théorique #2 : motivation au changement Questionnaire : motivation au changement (remplir seul) Tour de table : à quoi me sert le groupe? Qu'est-ce que je veux changer? Mes attentes face au groupe
4	Relaxation Tour de table : mes réflexions et objectifs Capsule théorique #3 : journal alimentaire et aspects médicaux, notion de phobie, réaction obsessionnelle-compulsive, restriction, expériences associées, pesée hebdomadaire, échanges spontanés sur les notions acquises
5	Pleine conscience Tour de table : votre journal alimentaire, échanges sur vos observations, expérience de la dernière semaine Demander d'apporter des recettes dans deux semaines
6	Relaxation imagée Capsule théorique #4 : les clés du changement (oser le changement, tolérer l'anxiété, régulariser les apports, poids naturel, retour sur la restriction) Tour de table : réactions aux clés présentées
7	Pleine conscience Tour de table : réactions aux clés (fin) Capsule théorique #5 : comportements alimentaires malsains, principes d'une alimentation saine, exercice, diète, aliment plaisir, collation, essayons un repas Réception des recettes en vue de la prochaine séance
8	Pleine conscience Partage de recettes : chacun son tour avec explication de son choix Capsule théorique #6 : les émotions et le TCA, le contact avec soi, les sens, les composantes d'une émotion, leurs fonctions, leurs

	influences, les émotions secondaires, l'évitement des émotions, le modèle du dérèglement des émotions
9	Pleine conscience Échange : état des cheminements/évolutions individuels Capsule : les émotions (fin), stratégies de gestion émotionnelle, continuum de gestion
10	Pleine conscience Capsule théorique #7 : ma chaîne comportementale (états vulnérables, événements précipitants, état de capitulation, résultats/conséquences, comment briser la chaîne), notion de distorsions cognitive, tableau d'observation Questionnaire : ma chaîne comportementale Tour de table : retour sur le questionnaire, opportunités de briser la chaîne, tour de table sur chacun des maillons
11	Informé de l'approche de fin de thérapie Pleine conscience Échange : bref retour sur la dernière séance Capsule théorique #8 : image corporelle, estime de soi, ↑ importance d'autres domaines, ↓ importance image corporelle, sensation d'être gros, présenter les 3 exercices (domaines d'importance, vérifications, comparaisons) Devoir : tout le monde choisit 1 exercice à faire pour la prochaine séance
12	Pleine conscience Tour de table : retour sur l'exercice retenu sur l'image corporelle, échanges Capsule théorique #9 : distorsions cognitives, travail avec tableau des pensées, exploration de pensées automatiques et alternatives, présenter nos pensées comme des hypothèses, degré de croyance, types de distorsions, ma nouvelle voix intérieure
13	Pleine conscience Tour de table : retour sur image corporelle et distorsions, échanges Capsule théorique #10 : signaux de faim et satiété, poids naturel, faim comme alliée, faire participer sur leur expérience de la faim, satiété comme rassasiement à apprivoiser, pièges, s'observer cette semaine, échelle de faim de 0 à 5 Devoir : remise feuille de réflexion de fin de thérapie de groupe
14	Pleine conscience Tour de table de bilan : début (première moitié de groupe)
15	Pleine conscience Tour de table de bilan : fin (2 ^e moitié de groupe) Souhaits

Tableau 2. Méthode pour juger la force de la preuve scientifique sous-jacente aux recommandations préliminaires

Force de la preuve scientifique	Description de la preuve scientifique
Forte qualité	- Données observées dans plus d'un écrit scientifique dont le SQ est élevé (≥ 0.80 ou ++). - Consensus fort entre les données scientifiques et la littérature grise. - Consensus fort entre les données scientifiques et les données contextuelles et expérientielles.
Qualité modérée	- Données observées dans un seul écrit scientifique dont le SQ est élevé (≥ 0.80 ou ++) ou dans plus d'un écrit scientifique dont le SQ est modéré ($0.60 \leq SQ \leq 0.80$ ou +). - Consensus moyen entre les données scientifiques et la littérature grise. - Consensus moyen entre les données scientifiques et les données contextuelles et expérientielles.
Faible qualité	- Donnée issue d'un seul écrit scientifique dont le SQ est modéré ($0.60 \leq SQ \leq 0.80$ ou +) ou dans plus d'un écrit scientifique dont le SQ est faible (< 0.60 ou -). - Consensus faible entre les données scientifiques et la littérature grise. - Consensus faible entre les données scientifiques et les données contextuelles et expérientielles.
Très faible qualité	- Donnée issue d'un seul écrit scientifique dont le SQ est faible (< 0.60 ou -) ou d'un ou plusieurs écrits scientifiques sans SQ. - Pas de consensus lors de la triangulation des données.

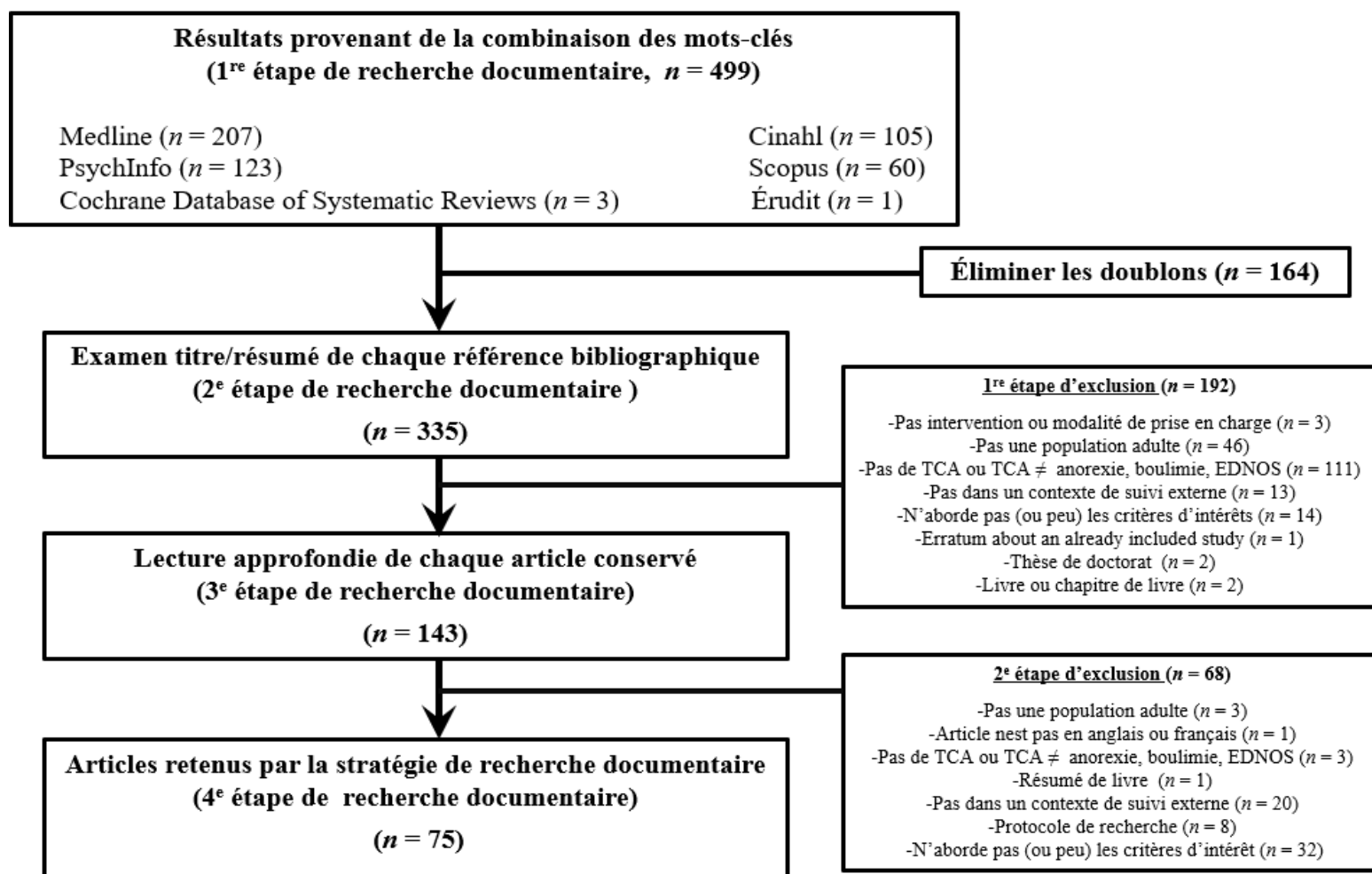


Figure 1. Diagramme de flux pour la revue systématique des écrits scientifiques

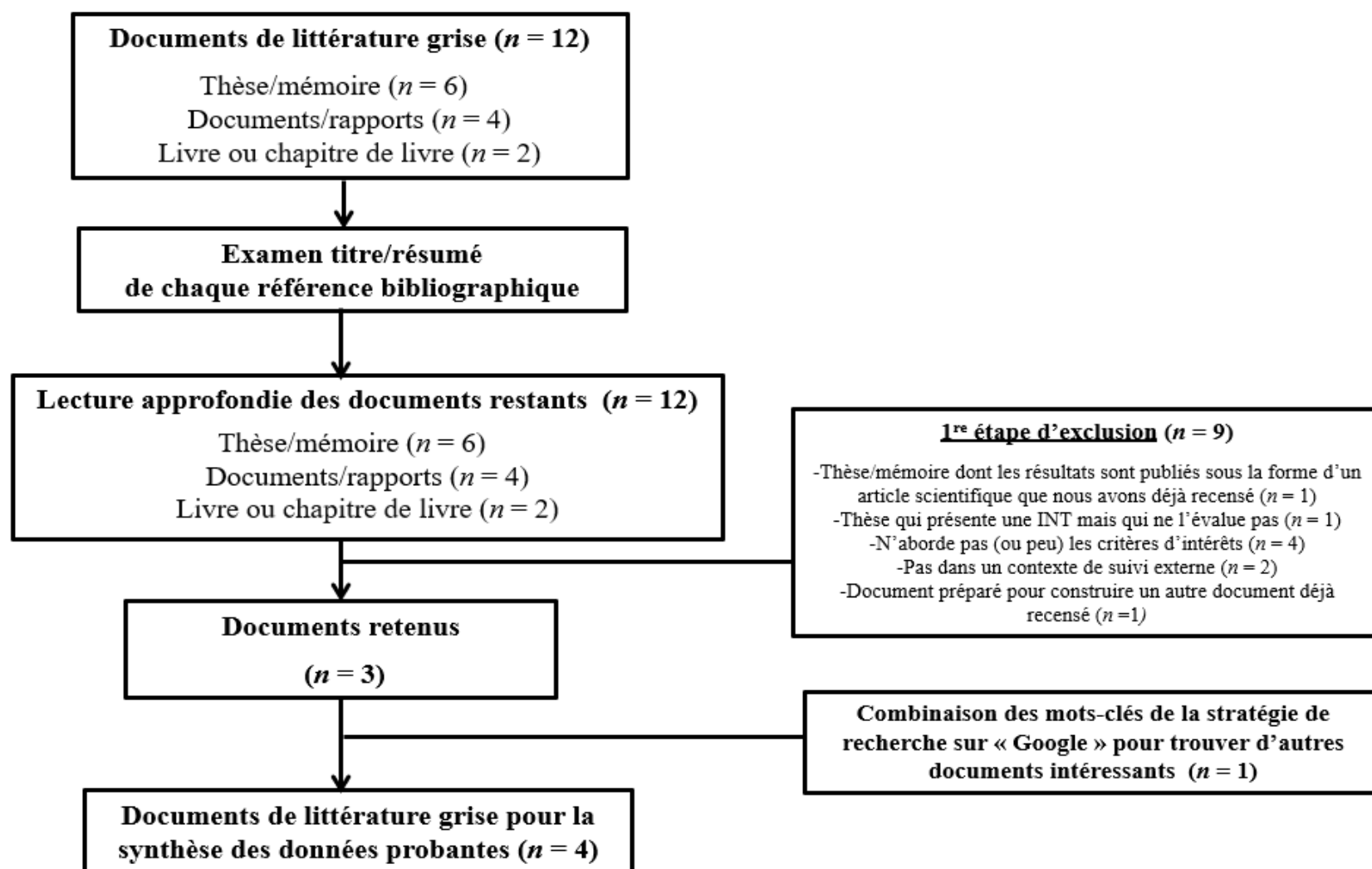


Figure 2. Diagramme de flux pour la revue systématique de littérature grise

Tableau 3. Recommandations préliminaires quant à l'efficacité et la sécurité des interventions de prise en charge des adultes avec un TCA lors d'un suivi externe

Pour les adultes avec un TCA (peu importe le TCA)		Force de la preuve scientifique
R1	La prise en charge doit inclure une psychothérapie qui dure au-delà de l'objectivation médicale des 1 ^{res} améliorations cliniques.	Forte
R2	Le maintien de l'intensité de l'intervention psychothérapeutique est plus important que le choix de la psychothérapie elle-même.	Forte
R3	Le choix de l'intervention psychothérapeutique est fonction du profil de l'usager, de ses caractéristiques et besoins personnels.	Forte
R4	L'intervention psychothérapeutique doit cerner les facteurs de maintien du TCA (pas juste ses symptômes).	Forte
R5	Les interventions complémentaires ne sont pas efficaces seules mais elles sont nécessaires dans une offre de services multidisciplinaires complète. Il est donc recommandé d'implanter des services complémentaires au sein de l'offre de services spécialisés existantes.	Forte
Pour les adultes avec une AN		
R6	La psychothérapie est l'intervention de base (les interventions pharmacologiques ne sont efficaces que pour gérer les comorbidités associées à l'AN).	Forte
R7	Les interventions psychothérapeutiques reconnues efficaces et recommandées sont la TCC, la MANTRA ou la SSCM.	Forte
R8	Si la MANTRA est choisie, il faut l'accompagner d'entrevues motivationnelles permettant de rehausser l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité (en pré-intervention).	Modérée
R9	Le nombre de séances psychothérapeutiques dépend du poids à l'admission. Plus le poids est faible, plus de séances sont à prévoir (p. ex. IMC<16 = 40, 16>IMC>17.5 = 30, 17.5>IMC>18.5 = 25).	Forte
R10	Les antipsychotiques atypiques (p. ex. quétiapine, olanzapine) sont des options prometteuses pour le traitement des AN sévères. Ceci dit, leur efficacité à long terme n'est pas démontrée et des effets secondaires sont présents.	Modérée
Pour les adultes avec une BN		
R11	La TCC est l'intervention psychothérapeutique recommandée.	Forte
R12	Une approche pharmacologique (c.-à-d. ISRS) est efficace et peut être utilisée en cas de préférence individuelle, de réponse incomplète à une psychothérapie ou d'absence de psychothérapeutique (malgré des effets secondaires rapportés).	Modérée

R13	L'IPT est une alternative efficace qui est moins rapide que la TCC.	Modérée
Recommandations préliminaires pour les adultes avec un OSFED		
R14	La TCC est l'intervention psychothérapeutique recommandée.	Forte
R15	Une intervention hebdomadaire axée sur le partage d'émotions chez les femmes est efficace en complément d'une TCC.	Faible

Tableau 4. Recommandations préliminaires quant aux composantes fondamentales que l'offre de services spécialisés pour adultes avec un TCA en suivi externe devrait contenir

L'offre de services devrait...		Force de la preuve scientifique
R16	Être multidisciplinaire, offrir divers formats d'interventions (p. ex. individuel, de groupe, messagerie texte, virtuel) et contenir des interventions complémentaires.	Forte
R17	Contenir du matériel didactique (p. ex. manuel, cahier de travail, devoirs) pour que les usagers se mettent en action lors de leur parcours thérapeutique.	Forte
R18	Mettre l'accent sur l'alliance thérapeutique, la qualité de vie, l'estime de soi et la motivation au changement au lieu d'être axée sur la reprise pondérale.	Forte
R19	Contenir des services individualisés aux besoins médicaux, sociaux et psychologiques des usagers. L'équipe d'intervention et l'utilisateur devraient co-sélectionner des résultats à atteindre.	Forte
R20	Inclure un ou des proches de l'utilisateur à son rétablissement. À cet égard, il faut développer des services pour ceux-ci (p. ex. information sur maladie, rencontre avec le thérapeute de l'utilisateur, comment aider sans nuire).	Modérée
R21	Permettre à l'utilisateur un espace de soutien pour qu'il s'exprime et ne pas qu'il se sente seul.	Forte
R22	Tenir compte de la notion d'auto-efficacité (c.-à-d. les services devraient renforcer les capacités individuelles et l'autonomie).	Modérée
R23	Tenir compte de ce qui se passe à l'extérieur de l'hôpital lors du suivi externe pour augmenter les chances de réussite thérapeutique.	Modérée
R24	Intégrer des rencontres de type témoignage d'anciens usagers.	Faible
R25	Prévoir des services de motivation pour briser l'ambivalence liée au TCA et préparer les usagers au groupe thérapeutique dispensé à l'externe.	Faible

Tableau 5. Recommandations destinées à divers secteurs du RSSS

Acteurs de la 1 ^{re} ligne du RSSS (c.-à-d. soins et services généraux ou spécifiques)		Force de la preuve scientifique
R26	Lorsque les ressources le permettront, l'UETMISSS recommande de former et informer les intervenants de 1 ^{re} ligne quant aux TCA et sur l'offre de services spécialisés pour adultes au CIUSSS de l'Estrie – CHUS en requérant l'aide d'un courtier de connaissances.	Modérée
Acteurs de la 2 ^{re} ligne du RSSS (c.-à-d. soins et services spécialisés)		
R27	Une meilleure transition serait requise entre l'offre de services spécialisés TCA enfants et adolescents et l'offre de services spécialisés TCA adultes du CIUSSS Estrie – CHUS. L'UETMISSS recommande d'institutionnaliser un mécanisme de liaison et de concertation et de prévoir 2 ou 3 rencontres annuelles à cet égard.	Faible
R28	Il faudrait développer une offre de services pour accompagner les usagers adultes une fois l'épisode de soins et services externe terminé (p. ex. groupe de soutien post-intervention, utilisation des nouvelles technologies).	Modérée
R29	Il faudrait développer un corridor de services entre la clinique spécialisée TCA adultes et la communauté (p. ex. utilisation des nouvelles technologies).	Faible
R30	Il y a un manque de ressources humaines pour optimiser l'offre de services spécialisée à la clinique TCA adultes. L'équipe spécialisée devrait avoir recours à des ressources (a) pivots pour suivre les usagers, (b) en nutrition, (c) pour faire une évaluation interdisciplinaire en début d'itinéraire thérapeutique et (d) en psychologie.	Faible
Ensemble des acteurs du RSSS		
R31	Il faudrait réduire les barrières à l'accessibilité aux services communautaires, privés et en milieu scolaire.	Modérée

ANNEXE IV

GUIDE POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES

Guide d'entrevue pour entretiens individuels semi-dirigés : ETMI-TCA
--

Mise en contexte

Bonjour,

1. Mon nom est Mathieu Roy. Je suis conseiller scientifique à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Notre mandat est de soutenir la prise de décision des intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux en synthétisant les connaissances scientifiques, les données contextuelles et les savoirs expérientiels. Grâce à ces informations, nous élaborons des recommandations afin de soutenir la prise décision clinique et de gestion dans un établissement de santé et de services sociaux.
2. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre d'une évaluation commandée par la clinique des troubles de conduites alimentaires (TCA) pour adultes au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le besoin décisionnel est de mieux connaître les composantes cliniques et organisationnelles communes aux modalités efficaces et sécuritaires de prise en charge des adultes avec un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) lors d'un suivi externe dans une clinique spécialisée ?
3. En lien avec ce besoin, 4 dimensions précises sont ciblées, soit l'efficacité et la sécurité des modalités de prise en charge, l'intégration d'une clinique TCA pour adultes dans le continuum de soins et services en Estrie et les composantes fondamentales qu'une telle clinique devrait offrir à sa clientèle.
4. Jusqu'à ce jour, nous avons fait une recension systématique des écrits scientifiques et de la littérature grise pour identifier des éléments communs aux modalités efficaces et sécuritaires de prise en charge des adultes avec un TCA. Nous effectuons en ce moment des entrevues avec des gens directement concernés par des services spécialisés liés à un TCA. L'objectif est d'entendre la voix d'usagers actuels (ou anciens) qui connaissent ce que c'est de vivre avec un TCA et de recevoir des services à cet égard. C'est bien beau de synthétiser les écrits scientifiques mais souvent, les savoirs de ceux et celles qui reçoivent les services sont autant sinon plus riches.
5. Au cours de la prochaine heure (ou heure et demie), je vous poserai 11 questions ouvertes qui me permettront d'identifier des enjeux permettant d'optimiser l'offre de services spécialisée offerte aux adultes avec un TCA lors d'un suivi externe.
6. Il est entendu que tout ce que vous direz est strictement confidentiel. Avant de commencer, je souhaite obtenir votre permission pour vous enregistrer sur magnétophone. Cela me sera extrêmement utile pour écouter et réécouter chacune des entrevues. Je m'engage à détruire l'enregistrement une fois mon rapport final écrit.
7. Si vous avez de la difficulté à saisir mes questions ou à me comprendre, n'hésitez surtout pas à me demander de me répéter ou de m'expliquer davantage.
8. Nous allons donc débiter.

Introduction et transition

Plusieurs personnes, à différents moments de leur vie, pour une ou plusieurs raisons, développent un trouble de conduite alimentaire (ou encore, tout un éventail de comportement liés au poids et à l'alimentation qui ne sont pas nécessairement appropriés). Bien qu'on entende plus souvent qu'autrement parler de TCA et de préoccupation excessive à l'égard du poids et de la silhouette chez les enfants et les adolescents, le fait est qu'il y a de plus en plus d'adultes qui vivent avec cette réalité. C'est pour ça que je vous rencontre aujourd'hui.

1. Pouvez-vous me raconter votre histoire? J'aimerais vous entendre parler du TCA que vivez (ou que vous avez déjà vécu).

Dimension expérientielle : composantes fondamentales de l'offre de services

Le 1^{er} bloc de questions aborde les soins et services que vous avez reçus à la clinique TCA pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans le cadre d'un suivi à l'externe (et non d'une hospitalisation, si hospitalisation il y a eu). En lien avec cet ou ces épisodes de soins et services :

2. Quel est votre expérience des soins et des services que vous avez reçus pour ce TCA ?
3. Qu'avez-vous aimé en particulier? Quels facteurs, ingrédients ou interventions étaient les meilleurs et pourquoi?
4. Qu'avez-vous moins aimé (ou pas du tout aimé)? Quels facteurs, ingrédients ou interventions étaient peu ou pas appropriés et pourquoi?
5. Quels facteurs, ingrédients, interventions ou services vous auriez souhaité recevoir et pourquoi?

Dimension organisationnelle : réponse aux besoins et continuité des soins et services

Le 2^e bloc de questions traite des enjeux organisationnels liés à une offre de soins et services en contexte hospitalier, notamment en lien avec la capacité de réponse aux besoins et la continuité des soins et services offerts.

6. Au cours de votre épisode de soins et services, y-a-t-il eu des besoins en lien avec votre TCA qui n'ont pas été répondu ou qui n'ont pas été pleinement adressés?
7. Selon vous, quels facteurs ou ingrédients permettent la meilleure continuité des soins et services entre une clinique spécialisée pour adultes avec un TCA et la 1^{re} ligne du réseau

de la santé et des services sociaux? Je pense entre autres aux médecins de familles, aux nutritionnistes, psychologues et travailleurs sociaux qui travaillent en GMF.

8. Selon vous, quels facteurs ou ingrédients permettent la meilleure continuité des soins et services entre une clinique spécialisée pour adultes avec un TCA et la communauté? Je pense entre autres aux organismes communautaires de type arrimage (ou autres) et aux services reçus dans la communauté.
9. Selon vous, quels facteurs ou ingrédients permettent la meilleure continuité des soins et services entre une clinique spécialisée pour adultes avec un TCA et une autre pour enfants et adolescents dans le même établissement?

Recommandations souhaitées et conclusion de la rencontre

10. Quelle est la recommandation principale que vous feriez pour améliorer le fonctionnement de la clinique TCA pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS?
11. Avez-vous d'autres choses à ajouter qui serait utile à ce travail?

Mot de la fin

Notre entrevue est maintenant terminée. Au nom de notre unité d'évaluation, laissez-moi vous remercier de votre participation. Clairement, vos propos nous aideront dans l'élaboration de recommandations visant à optimiser l'offre de services pour adultes avec un TCA. S'il vous reste des questions, je suis à votre entière disposition. Maintenant, mais aussi dans le futur. Encore une fois, merci.

ANNEXE V

GUIDE D'ENTREVUE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION

Guide de discussion pour le groupe de discussion: ETMI-TCA

Mise en contexte [+/- 5 minutes]

1. Mon nom est Mathieu Roy. Je suis conseiller scientifique à l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Notre mandat est de soutenir la prise de décision des intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux en synthétisant les connaissances scientifiques, les données contextuelles et les savoirs expérientiels. Grâce à ces informations, nous élaborons des recommandations pour soutenir la prise de décision clinique et de gestion dans un établissement de santé et de services sociaux.
2. Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre d'une évaluation commandée par la clinique des troubles des conduites alimentaires (TCA) pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le besoin décisionnel est de mieux connaître les composantes cliniques et organisationnelles communes aux modalités efficaces et sécuritaires de prise en charge des adultes avec un TCA (c.-à-d. anorexie, boulimie, TCA non spécifié) lors d'un suivi externe dans une clinique spécialisée?
3. En lien avec ce besoin, 4 dimensions ont été ciblées: l'efficacité et la sécurité des modalités de prise en charge, l'intégration d'une clinique TCA pour adultes dans le continuum estrien de soins et services et les composantes fondamentales qu'une telle clinique doit offrir à sa clientèle.
4. Jusqu'à ce jour, nous avons fait une recension systématique des écrits scientifiques et de littérature grise pour identifier des éléments communs aux modalités efficaces et sécuritaires de prise en charge des adultes avec un TCA. Nous avons effectué 6 entrevues individuelles avec des usagers de la clinique TCA pour adultes. L'objectif était d'entendre la voix d'usagers actuels (ou anciens) qui connaissent ce que c'est de vivre avec un TCA et de recevoir des services à cet égard.
5. Maintenant, je souhaite discuter de ces enjeux, mais avec d'autres personnes, soit des intervenants et gestionnaires qui travaillent avec des gens qui ont un TCA, des chercheurs experts de la question et aussi des proches aidants de personnes ayant déjà eu recours à l'offre de services de la clinique TCA pour adultes du CIUSSS Estrie - CHUS.
6. Au cours des 90 prochaines minutes, je vous poserai des questions qui me permettront d'identifier des enjeux pour optimiser l'offre de services spécialisée offerte aux adultes avec un TCA en suivi externe. Il est entendu que tout ce que vous direz est confidentiel. Avant de commencer, je veux votre permission pour vous enregistrer sur magnétophone. Cela me sera très utile pour écouter et réécouter la conversation. Je m'engage à détruire l'enregistrement une fois mon rapport final écrit.
7. Si vous avez de la difficulté à saisir mes questions ou à me comprendre, n'hésitez surtout pas à me demander de me répéter ou de m'expliquer davantage. Merci, nous allons maintenant débiter.

Dimension efficacité et sécurité : ingrédients d'une offre de service optimale

Le 1^{er} bloc de questions porte sur l'efficacité et la sécurité des interventions dispensées aux adultes avec un TCA dans le cadre de soins et services reçus à une clinique externe telle que celle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

1. Selon vous, et tout dépendamment de votre expérience clinique, de recherche, personnelle ou de gestion, quelles sont les caractéristiques d'une intervention efficace pour prendre en charge et améliorer le TCA d'un adulte? [+/- 10 minutes]
2. Selon vous, et tout dépendamment de votre expérience clinique, de recherche, personnelle ou de gestion, quelles sont les caractéristiques d'une intervention sécuritaire pour prendre en charge et améliorer le TCA d'un adulte? [+/- 10 minutes]

Dimension organisationnelle : réponse aux besoins et continuité des soins et services

Le 2^e bloc de questions traite d'enjeux organisationnels liés à une offre de soins et services en contexte hospitalier, notamment en lien avec la capacité de réponse aux besoins et la continuité des soins et services offerts lors de la prise en charge d'un TCA pour adultes.

3. Selon vous, quels éléments permettent la meilleure continuité des soins et services entre une clinique spécialisée pour adultes avec un TCA (comme celle du CIUSSS) et la 1^{re} ligne du réseau de la santé et des services sociaux? Je pense entre autres aux médecins de familles, aux nutritionnistes, psychologues et travailleurs sociaux qui travaillent en GMF. [+/- 10 minutes].
4. Selon vous, quels éléments permettent la meilleure continuité des soins et services entre une clinique spécialisée pour adultes avec un TCA (comme celle du CIUSSS) et la communauté? Je pense aux organismes communautaires de type arrimage et aux services reçus dans la communauté. [+/- 10 minutes].
5. Selon vous, quels éléments permettent la meilleure continuité des soins et services entre une clinique spécialisée pour adultes avec un TCA (comme celle du CIUSSS) et une autre pour enfants et adolescents dans le même établissement? [+/- 10 minutes].

Dimension expérientielle : composantes fondamentales de l'offre de services

Le 3^e bloc de questions aborde les soins et services reçus dans une clinique TCA pour adultes lors d'un suivi externe (et non lors d'une hospitalisation).

6. Selon vous, dans le cadre d'une offre de services pour adultes avec un TCA, quels sont les éléments qui sont les plus appréciés et pourquoi? [+/- 10 minutes].

7. Selon vous, dans le cadre d'une offre de services pour adultes avec un TCA, quels sont les éléments qui sont les moins appréciés et pourquoi? [+/- 10 minutes].

Recommandations souhaitées et conclusion de la rencontre

8. Quelle est la recommandation principale que vous feriez pour améliorer le fonctionnement de la clinique TCA pour adultes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS [+/- 10 minutes].
9. Avez-vous d'autres choses à ajouter qui serait utile à ce travail ? [+/- 5 minutes].

Mot de la fin

Notre entrevue est maintenant terminée. Au nom de notre unité d'évaluation, laissez-moi vous remercier de votre participation. Clairement, vos propos nous aideront dans l'élaboration de recommandations visant à optimiser l'offre de services pour adultes avec un TCA. S'il vous reste des questions, je suis à votre entière disposition. Maintenant, mais aussi dans le futur. Encore une fois, merci.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec

