

ARFID : définition du trouble, traitements actuels et rôle du-de la diététicien-ne

Travail de Bachelor

Prada Ugo

N° matricule : 15859812

Mercier Maeva

N° matricule : 17593393

Directrice de TBSc: Mme Carrard Isabelle, Docteure en Psychologie,
Professeure associée HES, Haute École de Santé de Genève, filière
en Nutrition et diététique

Membres du jury: Mme Chapuis Mathilde, Psychologue, Diététicienne HES
Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie, Genève

Genève, le 24 juillet 2020

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

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

24 juillet 2020

Mercier Maeva et Prada Ugo

Table des matières

1. Résumé	5
2. Introduction	6
2.1 Motivations et ressources personnelles	6
2.2 Problématique et déroulement	6
2.3 Buts	6
3. Troubles du comportement alimentaire	7
3.1 Définition	7
3.2 Problématique	7
3.3 Étiologie	8
3.4 Épidémiologie	8
3.5 Les différents troubles du comportement alimentaire	9
3.5.1 Anorexie mentale	9
3.5.2 Boulimie	11
3.5.3 Accès hyperphagiques (binge-eating disorder (BED))	12
3.5.4 Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion des aliments, spécifié (OSFED)	13
3.5.5 Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié (UFED)	13
3.5.6 PICA	14
3.5.7 Mérycisme	14
4. ARFID	15
4.1 Introduction	15
4.2 Définition de l'ARFID	15
4.3 Les critères diagnostiques	16
4.4 Prévalence du trouble	17
4.5 Symptômes et comorbidités	18
4.6 Comorbidités physiques, psychologiques et conséquences de l'ARFID	20
4.7 Étiologie	21
4.8 Les facteurs de risques	21
4.8.1 Différence et similitudes entre facteurs de risque d'ARFID et autres TCA	21
4.9 Différences et similitudes entre l'ARFID les autres TCA	22
4.10 Outils d'évaluation de l'ARFID	22
5. Traitements des TCA	23
5.1 Thérapies psychologiques	23
5.2 Thérapies médicamenteuses	24

5.3 Traitements de l'AM	24
5.4 Traitements de la BN et du BED	25
5.5 Traitements de l'ARFID.....	26
6. Méthodologie.....	27
6.1 Première question de recherche	27
6.1.1 Revue de littérature quasi systématique	27
6.1.2 Question	27
6.1.3 PICO.....	28
6.1.4 Objectifs.....	28
6.1.5 Design.....	28
6.1.6 Mots-clés	28
6.1.7 Équations de recherche.....	29
6.1.8 Critères d'inclusion et d'exclusion	29
6.1.9 Stratégie de recherche documentaire	29
6.1.10 Procédure de sélection des articles	30
6.1.11 Évaluation de la qualité	31
6.1.12 Analyse des données	31
6.2 Deuxième question de recherche	31
6.2.1 Entretiens semi-directifs	31
6.2.2 Question	32
6.2.3 Objectifs.....	32
6.2.4 Design.....	32
6.2.5 Procédure	32
6.2.6 Déontologie.....	33
7. Résultats	33
7.1 Caractéristiques des études sélectionnées	33
7.2 Récapitulatif des études incluses	36
7.3 Synthèse des résultats des études.....	37
7.3.1 Comportements et administration alimentaire	44
7.3.2 Mesures anthropométriques.....	46
7.3.3 Signes physiques axés sur la nutrition.....	47
7.3.4 Examens cliniques	47
7.3.5 Santé psychologique	48
7.4 Synthèse des résultats des entretiens semi-directifs	49
7.4.1 Expériences.....	49
7.4.2 Prise en charge	49
7.4.3 Collaboration interdisciplinaire.....	50
8. Discussion	51
8.1 Synthèse des résultats de la revue de littérature.....	51
8.2 Synthèse des résultats qualitatifs.....	52

8.3 Qualité des études incluses	53
8.3.1 Études de bonne qualité.....	53
8.3.2 Études de qualité neutre.....	55
8.3.3 Étude de qualité insuffisante.....	59
8.3.4 Conclusion de la qualité des études incluses	59
8.4 Récapitulatif des traitements	60
8.5 Recommandations de la prise en charge de l'ARFID	62
8.5.1 Multidisciplinarité	62
8.5.2 Spécificité de la prise en charge selon le sous-type ARFID.....	62
8.5.3 TCC - FBT	63
8.5.4 Traitements médicamenteux.....	63
8.5.5 Rôle du/de la diététicien-ne.....	63
8.5.6 Outils à utiliser en clinique	65
8.6 Perspectives pour la recherche	65
8.6.1 Facteurs confondants	66
8.6.2 Variables pertinentes	66
8.6.3 Variables particulières.....	67
9. Biais, limites et points forts	69
9.1 Revue de littérature	69
9.2 Entretiens semi-directifs	69
10. Conclusion	70
11. Remerciements	71
12. Références	72
13. Annexes	79
13.1 Annexe I : Rapport entre TCA et âge.....	79
13.2 Annexe II : Grille de lecture descriptive	80
13.3 Annexe III : Grille d'analyse de qualité d'articles de recherche	82
13.4 Annexe IV : Grille d'entretien	88
13.5 Annexe V : Synthèse des entretiens.....	89
13.6 Annexe VI : Protocole de travail de Bachelor.....	92

1. Résumé

Introduction

Le diagnostic du trouble du comportement alimentaire (TCA) « Avoidant Restrictive Food Disorder » (ARFID) étant apparu en 2013 dans le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM-5) est encore peu connu des professionnels de santé. Ce trouble se traduit par un désintérêt pour la nourriture et/ou un dégoût sensoriel face à certaines textures, aux odeurs et aux goûts de certains aliments et/ou une peur de consommer certains aliments. Il touche prioritairement les enfants jusqu'à 12 ans.

Sachant que le diététicien participe à la prise en charge des TCA, il nous semblait important de nous intéresser premièrement aux traitements actuels de ce trouble, en posant la question « *Quels sont les traitements existants de l'ARFID chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ?* » Ensuite, notre intérêt s'est porté sur le rôle du diététicien avec la question « *Quel est le rôle du/de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ?* ».

Méthodologie

Notre travail est composé d'une revue de littérature quasi systématique répondant à la première question concernant les traitements. Afin de répondre à notre deuxième question, une partie qualitative comprenant des entretiens semi-directifs a été menée.

Résultats

Actuellement, les traitements connus pour traiter l'ARFID sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la Family Based-Treatment (FBT), des traitements médicamenteux (mirtazapine, olanzapine et d-cyclosérine), l'introduction et l'exposition à de nouveaux aliments, ceci accompagné d'une approche multidisciplinaire de professionnels dont le diététicien fait partie. Ainsi, le rôle du diététicien se définit par une approche comportementale et pratique face à la nourriture, ceci afin d'assurer une couverture des besoins et d'améliorer le comportement alimentaire du patient.

Conclusion

Le trouble étant peu connu, aucun guide de prise en charge n'existe. Néanmoins, des pistes de traitements comme la FBT, la TCC et l'approche multidisciplinaire semblent prometteuses. Le diététicien a un rôle primordial dans la prise en charge de l'ARFID. Enfin, des études à plus large échelle sont encore nécessaires pour proposer un traitement adéquat.

Mots-clés

ARFID; Avoidant/restrictive food intake disorder; Child; Adolescent

2. Introduction

2.1 Motivations et ressources personnelles

Initialement, nous portions les deux un intérêt à la thématique des troubles du comportement alimentaire (TCA). Après avoir lu les sujets proposés par nos professeurs, le thème de l'ARFID nous a interpellés car nous ne le connaissions que vaguement. ARFID est un terme anglais signifiant « Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder ». En français, ce trouble se traduit par *trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion de certains aliments*.

Ce diagnostic étant apparu en 2013 dans le DSM-5 (1) pour la première fois, nous voulions l'explorer car, d'après notre expérience, il est peu connu par les professionnels en diététique. De ce fait, il nous semblait important en tant que futurs diététiciens¹, de comprendre ce TCA dans le but de le déceler et d'explorer sa prise en charge globale et nutritionnelle. Ainsi, à travers ce travail de Bachelor nous avons vu l'opportunité intéressante d'élargir nos connaissances afin de proposer des ressources et des pistes de prise en charge de l'ARFID.

2.2 Problématique et déroulement

La question du traitement a très vite été pour nous évidente, car c'est au travers de celui-ci qu'un TCA peut être résolu. Actuellement aucun traitement unanime et validé par la communauté scientifique n'a été émis. Une deuxième question semblait nécessaire afin d'explorer un aspect purement diététique et pratique du traitement. Une prise en charge de l'alimentation est essentielle lors de TCA et le diététicien en est l'expert. Nous voulions exposer un recueil d'informations sur les connaissances actuelles de l'ARFID. Ce travail comprend les aspects spécifiques de l'ARFID et ses différences avec d'autres TCA, les multiples traitements actuels et le rôle du diététicien.

2.3 Buts

Initialement, le but de ce TB était de donner des réponses, des pistes et des informations concrètes fondées sur des bases scientifiques à toute personne s'intéressant à l'ARFID. Que ce soient des professionnels de santé, des parents, des proches ou des étudiants. Ce travail est complété par un avis d'experts en diététique sur la thématique de l'ARFID. Finalement, il permet de mettre en lumière la qualité et la fiabilité des données et de les exposer aux lecteurs.

¹ Dans ce travail, le masculin est utilisé afin de rendre la lecture plus facile.

3. Troubles du comportement alimentaire

3.1 Définition

Les TCA sont des perturbations constantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une ingestion de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social de l'individu (1).

Dans le DSM-5 (1), publié en 2013, abréviation en anglais de « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (en français *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), on retrouve la section « troubles des conduites alimentaires et d'ingestion d'aliments ». Dans celle-ci, se trouvent l'anorexie mentale (AM), la boulimie (*bulimia nervosa* (BN), les accès hyperphagiques (*binge eating disorder* en anglais (BED)) et les troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments spécifiés ou non-spécifiés (*Other specified feeding or eating disorder* (OSFED) et *Unspecified feeding or eating disorder* (UFED)). Ce manuel permet de diagnostiquer les différents troubles mentaux. Il définit les caractéristiques, l'épidémiologie, les facteurs de risques, le développement et les comorbidités de chaque trouble.

Nous avons présenté dans l'ordre ; la problématique des TCA, leur étiologie, leur épidémiologie puis nous avons défini les TCA les plus fréquents et leurs conséquences sur le poids. La thématique des traitements des TCA sera abordée au chapitre 5.

3.2 Problématique

Les TCA sont des pathologies mentales très sérieuses. Ces troubles peuvent avoir des conséquences très graves sur la santé. Par exemple, selon l'Academy for Eating Disorders (2), chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, les TCA figurent parmi les quatre principales causes en terme d'années de vie perdues à la suite d'un décès ou d'une invalidité. Afin d'illustrer ces ravages, l'AM cause de l'anémie, des problèmes cardiovasculaires et même de l'ostéoporose. Sans compter, évidemment, une quasi famine due à une alimentation extrêmement insuffisante.

Les conséquences mentales et sociales sont d'autant plus importantes. L'image de soi et les relations amicales ou professionnelles sont énormément impactées. De plus, le DSM-5 (1) expose une coexistence des troubles bipolaires, anxieux et dépressifs avec une AM.

Les TCA représentent une réelle problématique sociétale. Aujourd'hui, l'apparence, la minceur, l'image de soi sont des caractéristiques importantes de notre société. La beauté est associée aux muscles et à des idéaux physiques de minceur parfois irréalistes.

Ce phénomène a une telle influence, qu'il peut mener à la mort spécifiquement chez les personnes atteintes d'AM (1).

Afin de démontrer l'ampleur des TCA, une étude de l'Office fédéral de la santé publique (3) constate que 3,5 % de la population suisse souffre au moins une fois dans sa vie de TCA. Selon Schmidt et al. (4), nous savons aujourd'hui que l'évaluation et la prise en charge précoces des TCA favorisent leur pronostic. Grâce à cela, le risque de chronicité et de complications somatiques, psychologiques ou sociales diminue. Ces solutions démontrent qu'une prise en charge n'est pas négligeable.

3.3 Étiologie

Plusieurs facteurs interagissent entre eux, ce qui rend l'étiologie des TCA complexe (figure 1) (5). Il y a une interaction en des facteurs qui sont biologiques (génétiques et neurobiologiques), psychologiques (traits de personnalité, gestion des émotions), et sociaux (influences culturelles, éducation familiale), ainsi qu'avec des événements de vie comme la maltraitance, les abus sexuels, les régimes alimentaires restrictifs. Bien que le culte de l'image ait une grande influence sur les TCA, la vulnérabilité de la personne, la personnalité et les facteurs psychologiques contribuent tout autant aux causes des TCA (2).

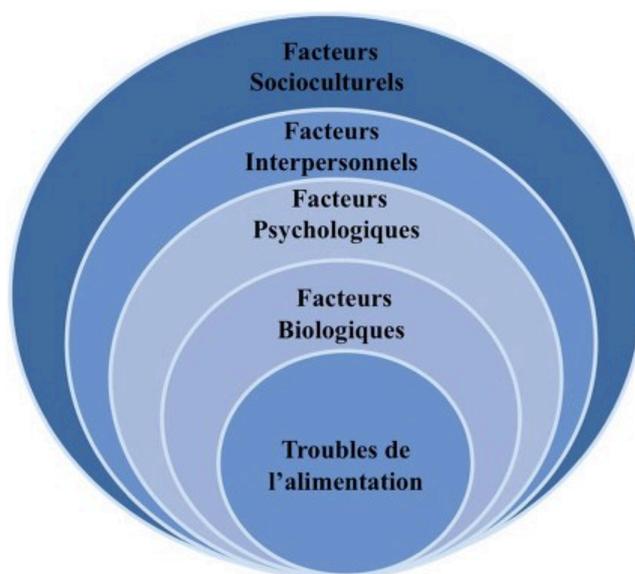


Figure 1. Facteurs des troubles de l'alimentation

3.4 Épidémiologie

Les TCA touchent une importante partie de la population suisse ; les femmes (5.3%) sont davantage touchées que les hommes (1.5%) (4). D'une part, ces chiffres sont probablement explicables par l'enquête menée en 2008 *Handicap-Santé* (6) qui démontre que les femmes iraient plus souvent consulter que les hommes. D'autre part, les femmes subissent plus de pression sur l'image de leur corps que les hommes.

Selon Pica et al. (7), 24 % des filles qui ont participé à l'étude avaient un faible niveau d'estime de soi comparativement à 14 % des garçons et 30 % des filles désirant être plus minces présentaient une faible estime de soi.

De plus, l'AM et la BN sont beaucoup moins connues chez les hommes que les femmes, ce qui explique un ratio d'un homme sur 10 cas pour chaque trouble (1).

Toutefois, les chiffres ci-dessus doivent être considérés comme étant variables. Selon l'étude faite sur une durée de 30 mois par Milos et al. (8), seul un tiers des diagnostics est stable. Ceci s'explique notamment par une modification de 50% des diagnostics établis pour l'AM, la BN et le BED qui peuvent évoluer vers le diagnostic OSFED. Cette évolution s'explique par une évolution vers une forme moins symptomatique, le diagnostic OSFED étant posé lorsque les critères diagnostiques d'aucun trouble spécifique ne sont remplis. Par exemple, le diagnostic de l'AM se change en AM atypique lorsque tous les critères de l'AM sont remplis, mais le poids de l'individu est normal ou au-dessus de la normale. Le clinicien doit évidemment préciser la raison pour laquelle il change le diagnostic (1). La forme des diagnostics OSFED est par conséquent plus légère que celle des troubles principaux.

L'Office fédéral de la santé publique (3) démontre que la population la plus touchée par les TCA se trouve parmi les 15-29 ans (Annexe I).

3.5 Les différents troubles du comportement alimentaire

Afin de mieux comprendre les différences entre les critères diagnostiques de chaque trouble, il est important de présenter les diagnostics des principaux troubles du comportement alimentaires précédemment cités.

3.5.1 Anorexie mentale

Selon le DSM-5 (1), cette maladie est définie par trois caractéristiques essentielles : une restriction prolongée des apports énergétiques ; une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou un comportement persistant interférant avec la prise de poids ; une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps. Le sujet effectue un contrôle discipliné important de son poids.

Critères diagnostiques de l'AM selon le DSM-5 :

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas (poids inférieur au minimal attendu) en fonction de son âge, de sa taille, de son stade de développement et de sa santé physique.
- B. Peur intense de prendre du poids, alors que le poids est manifestement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme corporelle influençant l'estime de soi ou manque d'acceptation constant de la gravité de la maigreur présente.

L'AM est partagée en deux sous-types :

- Type restrictif : perte pondérale essentiellement atteinte par le régime, le jeûne et/ou l'activité physique excessive. Durant les trois derniers mois, le sujet n'a pas révélé d'accès hyperphagiques², de vomissements volontaires et n'a pas eu recours à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).
- Type accès hyperphagiques/purgatif : durant les trois derniers mois, le sujet a eu régulièrement recours à des accès hyperphagiques, des vomissements volontaires et à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Le DSM-5 établit un seuil de sévérité selon l'Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI en anglais *Body Mass Index*) pour les adultes et sur le percentile du BMI pour les adolescents et enfants. Quetelet a développé cet indice permettant de détecter un excès de poids ou une obésité et l'OMS a su définir cet indice comme standard à l'aide de la base de données de 7 pays, ce qui a permis de développer cet outil (9).

Ces seuils permettent finalement de démontrer les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de prise en charge.

Léger : BMI ≥ 17 kg/m²

Moyen : BMI 16 – 16.99 kg/m²

Grave : BMI 15 – 15.99 kg/m²

Extrême : BMI < 15 kg/m²

Conséquences sur le poids

Ce trouble a des conséquences graves sur le poids. En évitant de s'alimenter, le poids de l'individu peut diminuer drastiquement jusqu'à un BMI se trouvant en dessous de 14 kg/m². Un BMI qui n'est évidemment pas convenable pour l'âge de la personne. Un poids si bas a comme conséquences un déséquilibre électrolytique, une faiblesse musculaire extrême et même des faiblesses musculaires cardiaques (2).

² Les accès hyperphagiques sont définis par une absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à la normale accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle.

3.5.2 Boulimie

Selon le DSM-5 (1), cette maladie est définie par une survenue récurrente de crises de boulimie, appelé aussi accès hyperphagiques, accompagnées de comportements compensatoires.

Critères diagnostiques de la BN selon le DSM-5 :

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagique répondant à plusieurs critères :
 1. Absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à la normale en une période de temps et de circonstances similaires.
 2. Perte de contrôle pendant la crise. Sentiment de ne plus pouvoir contrôler sa prise alimentaire et son contenu ou sa quantité.
- B. Comportements compensatoires inappropriés et fréquents visant à éviter la prise de poids tel que des vomissements provoqués, la prise abusive de diurétiques ou de laxatifs ou de médicaments, une activité physique excessive et le jeûne.
- C. Les accès hyperphagiques ainsi que les comportements compensatoires inappropriés surviennent au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est fortement influencée par le poids et l'image corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement lors de période d'AM.

Le DSM-5 établit un seuil de sévérité selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés :

- **Légère** : en moyenne 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine
- **Moyenne** : en moyenne 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine
- **Grave** : en moyenne 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine
- **Extrême** : en moyenne plus de 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine

Conséquences sur le poids

Les individus souffrant de BN n'ont pas de critères précis par rapport au poids. Ils peuvent avoir un poids normal, être en surpoids ou même obèses (1).

3.5.3 Accès hyperphagiques (binge-eating disorder (BED))

Selon le DSM-5 (1), l'aspect important de ce trouble est l'apparition fréquente d'accès hyperphagiques au moins une fois par semaine durant trois mois. Un accès hyperphagique se traduit par une consommation, dans une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture grandement supérieure à ce que la majorité des cas ingéreraient en un même laps de temps et dans des circonstances équivalentes. Ce trouble est accompagné d'un sentiment de perte de contrôle ce qui amène la personne à ne plus pouvoir s'arrêter de s'alimenter. La personne souffrant de BED invoque une détresse intense, de la honte et n'ose plus manger accompagnée (1).

Critères diagnostiques du BED selon le DSM-5 :

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques.

Un accès hyperphagique répond à deux critères :

1. Consommation, dans une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture grandement supérieure à ce que la majorité des cas ingéraient en un même laps de temps et dans des circonstances équivalentes.
2. Sentiment de perte de contrôle ce qui amène la personne à ne plus pouvoir s'arrêter de s'alimenter ou de ne plus pouvoir maîtriser ce qu'elle consomme.

B. Les accès hyperphagiques sont associés à au moins trois critères :

1. Manger plus rapidement que la normale.
2. Manger jusqu'à ressentir une distension abdominale éprouvante.
3. Manger une large quantité de nourriture en l'absence de faim.
4. Manger seul par gêne de la grande quantité de nourriture consommée.
5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

C. Les accès hyperphagiques entraînent une détresse prononcée.

D. Les accès hyperphagiques se produisent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

E. Les accès hyperphagiques ne sont pas associés aux comportements compensatoires inappropriés comme pour la BN et ne surviennent pas uniquement lors de troubles tels que la BN ou de l'AM.

Le seuil de sévérité est défini en fonction du nombre d'accès hyperphagiques.

- **Léger** : 1-3 accès hyperphagiques par semaine
- **Moyen** : 4-7 accès hyperphagiques par semaine
- **Grave** : 8-13 accès hyperphagiques par semaine
- **Extrême** : plus de 14 accès hyperphagiques par semaine

Conséquences sur le poids

Le BED mène selon la gravité, sur une longue durée à un surpoids ou à une obésité. Les personnes souffrant de ce trouble peuvent avoir un poids normal, être en surpoids ou obèses (1).

3.5.4 Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion des aliments, spécifié (OSFED)

Ces troubles de l'alimentation sont définis par une détresse marquée ou une altération du fonctionnement social et professionnel mais ne correspondent pas à tous les critères des troubles spécifiques présentés précédemment (AM, BN et BED) (1).

Cette catégorie est utilisée lorsqu'une personne ne présente pas tous les critères requis pour correspondre à un diagnostic. Les exemples de troubles alimentaires spécifiés sont les suivants :

1. **Anorexie mentale atypique** : tous les critères du diagnostic de l'AM sont démontrés mais le poids de l'individu n'est pas formellement bas, il peut même être en dessus de la norme.
2. **Boulimie (de faible fréquence ou de faible durée)** : tous les critères du diagnostic de la BN sont remplis mais les accès hyperphagiques ou les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins d'un mois.
3. **Accès hyperphagique (de faible fréquence et/ou de durée limitée)** : tous les critères du diagnostic de BED sont remplis mais les accès hyperphagiques se manifestent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins d'un mois.
4. **Troubles purgatifs** : comportements purgatifs fréquents utilisés dans le but de changer son poids ou la forme du corps en absence d'accès hyperphagiques.
5. **Syndrome d'alimentation nocturne** : épisodes récurrents d'alimentation nocturne se déclarant après un réveil nocturne ou par une consommation excessive après le repas du soir. La personne en a conscience et s'en souvient. Ce syndrome entraîne une détresse marquée et/ou un retentissement fonctionnel.

3.5.5 Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié (UFED)

Cette catégorie se définit par des troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments qui ne remplissent aucun critère des troubles cités précédemment. Toutefois, ce trouble provoque une détresse notoire et impacte négativement le fonctionnement social et professionnel de l'individu.

Cette catégorie est utilisée par les cliniciens lorsque les informations sont pauvres pour pouvoir poser un diagnostic spécifique (p.ex. en situation d'urgence) ou lorsqu'ils décident de ne pas préciser les raisons caractéristiques pour lesquelles les critères d'un trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments ne sont pas remplis (1).

3.5.6 PICA

Le PICA est un TCA se caractérisant par l'ingestion répétée d'une ou plusieurs substances non nutritives ou non comestibles pendant une période d'au moins un mois (1).

3.5.7 Mérycisme

Le mérycisme est un TCA se caractérisant par des régurgitations répétées de nourriture qui survient après un repas pendant une période d'au moins un mois (1).

4. ARFID

4.1 Introduction

Afin d'exposer le trouble du comportement alimentaire de l'ARFID le plus pertinemment et clairement possible, nous avons décidé de définir plusieurs sous-chapitres. Le livre "ARFID a guide for Parents and Carers" (10), écrit par Rachel Bryant-Waugh chercheuse pionnière dans ce trouble, nous a aidé à nous familiariser avec celui-ci. Il est important de noter que ce TCA est actuellement encore peu connu tant au niveau du dépistage que de la prise en charge. Toutes les sources sur lesquelles nous nous sommes appuyées le mettent en avant.

4.2 Définition de l'ARFID

Le DSM-IV (11), publié en 1998, comportait 3 troubles du comportement alimentaire : l'AM, la BN et le trouble des conduites alimentaires non spécifié, traduit en anglais par Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). Par ailleurs, dans le DSM-IV (11), une autre catégorie dénommée « Troubles de l'alimentation et trouble des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance » comprenait le PICA, le mérycisme et le trouble de l'alimentation (11) de la première ou de la deuxième enfance. Ce dernier comportait 4 critères :

- A. Une incapacité persistante du nourrisson ou de l'enfant à manger de façon appropriée, avec absence de prise de poids ou une perte de poids significative pendant au moins un mois.
- B. Il n'existe pas de maladie gastro-intestinale ni d'autres affections médicales générales suffisamment sévères pour expliquer le trouble alimentaire.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex. mérycisme) ni par l'absence de nourriture disponible.
- D. Le début du trouble doit survenir avant l'âge de 6 ans.

C'est dans cette catégorie diagnostique qu'étaient placés les enfants atteints d'ARFID, âgés de 6 ans ou moins, avant la parution du DSM-5.

L'ARFID est apparu sous cette dénomination dans la cinquième édition du DSM (1). Selon le DSM-5 (1), l'ARFID remplace et complète le diagnostic du trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance du DSM-IV. Ainsi, il devient un TCA à part entière et ne présente plus de limite d'âge. Il est important de souligner que celui-ci n'est pas expliqué par une image corporelle faussée ou une envie de perte de poids, contrairement à l'AM.

Dans les grandes lignes, ce trouble se traduit par un désintérêt pour la nourriture, et/ou un dégoût sensoriel face à certaines textures, aux odeurs et aux goûts de certains aliments et/ou une peur de consommer certains aliments (10). Comme les autres TCA, l'ARFID est accompagné de comorbidités physiques et psychiques (1). Selon Bryant-Waugh (10), le diagnostic d'ARFID demande encore des précisions, car il est parfois difficile de lui attribuer un diagnostic clair.

4.3 Les critères diagnostiques

Le DSM-5 (1) propose les critères diagnostiques suivants :

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

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

Spécifier si :

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

En novembre 2018, un groupe de travail regroupant des experts d'horizons différents (médecins, diététiciens, infirmiers, etc.) a décidé de clarifier et de préciser le point A du diagnostic dans le but d'aider les recherches futures (12).

- Le point A.1 a été précisé au niveau du BMI. Il doit être en dessous de 18.5 kg/m² pour les adultes et en dessous du 5^{ème} percentile pour les enfants, ainsi qu'une perte de poids significative, évaluée à plus de 10 lbs (4.5 kg).
- Le point A.2 a été précisé au niveau des carences nutritionnelles. Celles-ci peuvent être mises en avant par une anamnèse ou par des laboratoires sanguins, ceci selon l'institution.
- Le point A.3 a été précisé au niveau des besoins énergétiques qui doivent être couverts à plus de 50% par une nutrition artificielle.
- Le point A.4 est remis en question par le groupe d'experts, car ce sous-point ne permet pas selon eux de poser un diagnostic d'ARFID.

Ces précisions démontrent que le trouble est encore peu connu et étudié par le corps médical et qu'il demande encore des ajustements et des recherches.

Bryant-Waugh (10) explique qu'entre 2 et 5 ans, les enfants sont souvent des mangeurs sélectifs et que ce n'est pas un problème sévère, mais un comportement qui évolue avec le temps. Ce comportement, normal dans le développement de l'enfant et appelé la néophobie alimentaire, se décrit par une réticence et une peur de consommer de nouveaux aliments (13). Selon Bryant-Waugh (10), il est donc parfois délicat de poser un diagnostic d'ARFID pour cette tranche d'âge.

4.4 Prévalence du trouble

Selon Micali et Tombeur (14), la prévalence de l'ARFID reste pour le moment approximative, car peu d'études ont été menées sur l'épidémiologie. L'estimation de la prévalence se situerait entre 0.3% et 22%. L'une des études menées pour cette épidémiologie a été faite auprès d'enfants de 8 à 13 ans, scolarisés en école primaire ou secondaire en Suisse. Ce questionnaire auto-administré a démontré que 3.4% des participants remplissaient les critères de l'ARFID.

Selon Hay et al. (15), la prévalence de l'ARFID en Australie se situerait à 0.3%.

En 2019, Katzman et al. (16), ont identifié une prévalence de l'ARFID chez les enfants et adolescents allant de 1.5% à 23% parmi les traitements concernant les TCA en milieu hospitalier. Il arrive également que dans des diagnostics d'AM ou de BN, 10 à 30% des cas soient en réalité des diagnostics d'ARFID (10).

En juin 2020, Goldberg et al. (17) ont démontré dans une clinique pédiatrique gynécologique que 3.7% des 190 patientes âgées de 8 à 18 ans étaient à risque de développer un ARFID.

Selon Bryant-Waugh (10), ce sont souvent les enfants entre 2 et 12 ans qui sont le plus touchés. Plus précisément, l'ARFID débiterait chez des enfants d'environ 9 à 10 ans (14).

4.5 Symptômes et comorbidités

Dans les critères diagnostiques de l'ARFID du DSM-5 du point A. (1), trois manifestations du trouble sont présentées comme sous-types. Pour les étayer, voici des exemples :

1. **Un manque d'intérêt manifeste pour la nourriture** se développant le plus souvent au cours de la première enfance (0-7 ans) et deuxième enfance (7-14 ans) (18) et pouvant parfois persister jusqu'à l'âge adulte (1).
 - Les nourrissons peuvent être trop fatigués pour téter. Chez les adolescents l'évitement de la nourriture peut être lié à des problèmes émotionnels (1).
 - Zucker et al. (19) ont mené une étude de cas sur une patiente âgée de 4 ans présentant un diagnostic d'ARFID. Ce cas était caractérisé par un manque de conscience de la faim qui marque un désintérêt pour la nourriture et donc un poids en dessous de la courbe de croissance. Le DSM-5 (1) met également en évidence ce point.
 - Bryant-Waugh (10) décrit dans son livre le cas d'une patiente âgée de 6 ans ayant depuis toujours un poids bas. Les caractéristiques du trouble décrites par les parents sont une lenteur lors des repas, une longue mastication et une retenue des aliments dans les joues.
 - Lock et al. (20), ont également étudié le cas d'une enfant de 8 ans présentant un désintérêt pour la nourriture causant un poids bas. Les caractéristiques principales étaient l'ingestion de petites quantités et d'une gamme précise d'aliments lors des repas. Ceux-ci étaient également très espacés. La patiente présentait des maux de ventre lorsqu'elle était contrainte à manger plus.

2. **Un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture** et caractérisé par une alimentation sélective et des aversions sensorielles. Les personnes sont qualifiées de « mangeurs très difficiles » et/ou présentent une néophobie alimentaire. Ceci apparaît souvent dans la première décennie mais peut parfois se poursuivre jusqu'à l'âge adulte (1).

- Bryant-Waugh (10) explique que les cinq sens sont touchés ; la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat et le goût. C'est plus précisément la température, l'apparence, la couleur et le bruit d'un aliment lorsqu'il est touché ou consommé qui ont un impact.
 - Les enfants atteints de ce sous-type d'ARFID mangent souvent une sorte de texture qui peut être soit molle soit croustillante par exemple. Le mélange de plusieurs textures est très aversif pour ces patients. La plupart ne supportent pas par exemple les morceaux de fruits dans les yaourts.
 - La température peut également être un élément problématique. Certains enfants mangent par exemple uniquement des mets sortant du frigidaire.
 - La préférence des couleurs est aussi souvent une caractéristique. Par exemple, les aliments beiges, considérés « neutres » comme les pâtes, les céréales et les biscuits sont souvent bien acceptés.
 - L'odorat est un sens très développé chez les patients atteints d'ARFID et ceci peut les freiner à consommer certains aliments.
- Lock et al. (20) ont mené des études de cas identifiant la caractéristique de l'évitement sensoriel par une extrême sélectivité. Par exemple, la patiente en question ne consomme qu'une seule gamme et marque de crackers.

3. Une préoccupation concernant les conséquences aversives associées à une prise de nourriture ou un événement traumatique caractérisé par une réponse anxieuse/phobique qui affecte l'ingestion d'aliments. Cette caractéristique peut se développer à tout âge (1).

- Bryant-Waugh (10) explique ce sous-type comme étant une peur parfois conséquente ou non à un événement traumatisant. Un étouffement ou des vomissements peuvent être le déclencheur de cette peur. Ces réflexions engendrent des suppositions : « si je mange cet aliment, quelque chose de mauvais va m'arriver ».
- Lock et al., (20) ont étudié un cas âgé de 11 ans, qui présentait une peur de se nourrir. Celle-ci a découlé sur un niveau d'anxiété élevé et celle-ci a eu un impact sur sa vie scolaire et sociale.
- Naviaux (21) a mené une étude de cas sur une patiente âgée de 12 ans qui présentait une peur d'être malade après avoir ingéré de la nourriture.

D'après nos lectures, les patients présentent parfois un des trois sous-types de l'ARFID (20,22,23), et parfois, présentent plusieurs sous-types à la fois (19,21,23–25). Les approches concernant les traitements peuvent différer selon le sous-type. Celles-ci seront récapitulées dans les résultats au chapitre 8.4 à l'aide d'un tableau.

4.6 Comorbidités physiques, psychologiques et conséquences de l'ARFID

Les comorbidités les plus fréquentes citées dans le DSM-5 (1) sont les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles neuro-développementaux (le spectre de l'autisme (TSA)), le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le handicap intellectuel.

Bryant-Waugh (10) explique qu'il y a plus d'enfants souffrant du TDAH et de l'ARFID que d'enfants souffrant du TDAH et d'AM. De plus, les enfants et jeunes personnes souffrant d'autisme ont été identifiés comme ayant une tendance à souffrir d'ARFID.

L'ARFID implique le rejet des aliments, induit des complications développementales et fonctionnelles altérant le développement physique et provoquant des difficultés sociales nuisant à la dynamique familiale, quel que soit l'âge du patient. Ainsi, les parents peuvent se sentir frustrés et démunis face à leur enfant (1). Bryant-Waugh (10) décrit également que les parents et la famille peuvent subir des conséquences liées au trouble de l'enfant souffrant d'ARFID. Le niveau d'anxiété des parents et celui des autres enfants est affecté négativement. De plus, le comportement des autres enfants, la confiance des parents en eux-mêmes et la possibilité de, par exemple partir en vacances sont altérées.

Les difficultés sociales relevant du critère A.4 du diagnostic sont caractérisées par l'incapacité à participer à des activités sociales habituelles, comme par exemple des repas en groupe, ou à maintenir des relations. En d'autres termes, ceci démontre une influence notable sur le fonctionnement psychosocial (1). Le trouble impacte également l'humeur, l'énergie, et l'apprentissage de l'enfant (10).

Les conséquences de l'ARFID sont multiples et diffèrent selon les périodes de vie (1).

Un déficit d'apport alimentaire entraîne dans la majorité des cas une dénutrition.

- En ce qui concerne les nourrissons, ce TCA peut entraîner une diminution de la réactivité à l'alimentation, découlant sur une dénutrition et potentiellement un décès.
- Chez les enfants ou adolescents, l'ARFID a souvent un impact sur la croissance staturo-pondérale et ainsi peut avoir une conséquence négative sur les capacités d'apprentissage.

- Chez les jeunes adultes et les adultes, c'est un dysfonctionnement social qui sera une des plus grosses conséquences de l'ARFID, quel que soit l'âge de la personne.

4.7 Étiologie

Pour ce chapitre, nous avons eu des difficultés à trouver des sources qui nommaient des étiologies de l'ARFID.

Bryant-Waugh (10) donne l'exemple du modèle biopsychosocial. Ainsi l'ARFID, comme les autres TCA, ne serait pas défini par un seul facteur. Le modèle biopsychosocial est un concept développé par Georges Libman Engel. Celui-ci décrit qu'il y a des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui entrent en jeu dans le développement de certains de nos comportements (26). Ce modèle vaut généralement pour une grande partie des troubles psychiatriques et notamment pour les TCA. Toutefois, les facteurs de risques des autres TCA et de l'ARFID ne sont pas les mêmes. Selon Bryant-Waugh (10), l'ARFID a plusieurs étiologies. Celles-ci dépendraient également de la vulnérabilité de chacun.

4.8 Les facteurs de risques

Le DSM-5 ne décrit pas d'étiologie mais des facteurs de risques (1). Ceux-ci sont catégorisés en trois types : psychologique, environnemental et gastro-intestinal.

- Les facteurs de risque de troubles psychologiques sont les troubles anxieux, les troubles autistiques, les troubles obsessionnels-compulsifs, les déficits de l'attention et les troubles de l'hyperactivité.
- Le facteur de risque environnemental inclurait l'anxiété face à la famille. Un enfant dont la mère souffre de troubles de l'alimentation aurait plus de chance d'en contracter à son tour.
- Les facteurs de risques gastro-intestinaux sont les reflux gastro-œsophagiens, les vomissements et les incidents d'étouffement.

4.8.1 Différence et similitudes entre facteurs de risque d'ARFID et autres TCA

Similitudes et différence des facteurs de risques entre l'ARFID et l'AM

Les troubles anxieux et les troubles obsessionnels sont présents dans ces deux TCA. Néanmoins, les personnes présentant un diagnostic d'ARFID ont un plus haut risque d'anxiété comparé à celles avec une AM (10).

Les deux TCA présentent un facteur de risque concernant la famille. Si l'un des parents souffre d'une AM et/ou d'ARFID, l'enfant sera plus à risque de le développer à son tour (1).

Similitudes des facteurs de risques entre l'ARFID et la BN/ le BED

Les enfants souffrant d'anxiété sont à risque de développer un ARFID, une BN, un BED. Ceux ayant un parent atteint de BN ou d'ARFID sont également à risque de développer un de ces deux troubles (1).

4.9 Différences et similitudes entre l'ARFID les autres TCA

Différences entre BN, BED et ARFID

L'ARFID ne présente aucune similitude avec la BN et le BED. Ceux-ci sont axés sur une ingestion de grande quantité de nourriture sur une période limitée, alors que la personne atteinte d'ARFID a des difficultés à se nourrir. Le diagnostic de l'ARFID, contrairement au diagnostic de la BN, ne présente pas de comportement compensatoire inapproprié (vomissement, utilisation de laxatifs, diurétique, etc.) (1). De plus dans l'ARFID, contrairement à la BN, l'image corporelle n'a pas d'importance dans l'estime de soi.

Différences et similitudes entre AM et ARFID

L'ARFID est souvent confondu avec celui de l'AM, car une des caractéristiques de l'AM est définie par des apports faibles engendrant un poids bas (1).

Si l'ARFID se caractérise également par des apports insuffisants menant à un poids bas, il s'explique par un désintérêt, un dégoût pour la nourriture et une peur de s'alimenter alors que l'AM se caractérise par la peur de prendre du poids et l'altération de la perception de l'image corporelle (1,27). De plus, l'idéalisation et le déni de la minceur n'entrent pas en jeu dans le diagnostic de l'ARFID comparé à celui de l'AM (1,2).

Les enfants atteints d'ARFID, comparés à ceux touchés par l'AM, ont plus tendance à être des hommes (1,10). Fischer et al. (28) ont mené une étude rétrospective sur les caractéristiques de l'ARFID en comparaison à d'autres TCA chez des enfants et des adolescents de 8 à 18 ans. Les résultats ont démontré que le groupe ARFID était plus jeune et plus susceptible d'être de sexe masculin que ceux atteints d'AM et de BN. L'étude explique également que la durée de la maladie était plus longue chez les enfants atteints d'ARFID que ceux ayant d'autres TCA.

Ainsi, le seul point commun entre l'ARFID et l'AM est la difficulté à atteindre un poids dans la norme.

4.10 Outils d'évaluation de l'ARFID

Quelques outils permettent d'évaluer ou de diagnostiquer l'ARFID, mais aucun n'a encore été adapté ou développé en français, d'après nos connaissances.

Selon Micali et Tombeur (14), il n'existe que deux questionnaires validés, le « NIAS » et l'« EDY-Q » :

- Le "Eating Disturbances in Youth Questionnaire" (EDY-Q) (29) est un questionnaire auto-administré pour les enfants âgés de 8 à 13 ans permettant d'évaluer le diagnostic de l'ARFID et étant validé.
- Le "Nine-item ARFID screen" (NIAS) (30) est un questionnaire auto-administré de 9 items. Celui-ci reprend sous forme de questions les trois sous type de l'ARFID soit un désintérêt pour la nourriture, les aversions sensorielles et une peur des conséquences de manger. Celui-ci a également été validé.

Toutefois, il existe d'autres questionnaires :

- Le "Eating Disorder Assessment" provenant du DSM-5 (EDA-5) (31), est un entretien semi-structuré permettant d'évaluer et de diagnostiquer l'ARFID. Selon Micali et Tombeur (14). Celui-ci est validé pour l'AN, la BN et le BED mais n'a pas encore été validé pour les troubles de l'ingestion.
- Le "Eating Disorders Examination" (EDE) (32) est un entretien semi-structuré contenant une partie spécifique à l'ARFID (EDE-ARFID). Par ailleurs, selon les auteurs, il nécessite encore une évaluation avec un échantillon plus large.
- Le "Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview" (PARDI) (33) est un entretien structuré développé par Micali et Tombeur permettant de diagnostiquer l'ARFID. Il aide à déterminer un score de sévérité et trois sous-échelles dimensionnelles supplémentaires en explorant les trois sous-types du trouble : « sensibilité sensorielle, manque d'intérêt/faible appétit, peur des conséquences aversives ». Des validations à plus large échelle sont en cours.

5. Traitements des TCA

Ce chapitre met en lumière les différents traitements concernant les TCA. Afin de rendre le chapitre plus lisible, nous avons tout d'abord défini les différentes thérapies pratiquées pour ces troubles, puis, dans un deuxième temps, expliqué quel traitement est spécifique à quel trouble.

5.1 Thérapies psychologiques

1. *Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)*. Cette thérapie travaille sur les interactions entre pensées, émotions et comportements et aide à résoudre les difficultés et les causes de celles-ci. Elle vise à comprendre les schémas de pensées négatives, à trouver des outils et des stratégies afin d'adopter un comportement adapté face à différentes situations (34).

2. *Family-Based Treatment (FBT)* est un traitement généralement utilisé pour traiter l'AM et la BN (35). Elle est utilisée pour renforcer les liens familiaux et aider le patient et la famille. La thérapie inclut les parents et les frères et sœurs dans le but de redéfinir les rôles de chacun. Le but final de cette thérapie est une reprise pondérale et l'adoption de meilleurs comportements alimentaires (36). Une étude comparant la FBT ciblée AM et la FBT ciblée ARFID a été menée par Lock et al. (20). De plus, la thérapie FBT ciblée ARFID décrit une approche spécifique pour les 3 sous-types du trouble.

5.2 Thérapies médicamenteuses

1. *La mirtazapine* est un antidépresseur tétracyclique qui est utilisé pour traiter la dépression. Les effets secondaires de ce médicament sont une augmentation de l'appétit et donc une prise de poids (37). Gray et al. (38) ont évalué l'effet de la mirtazapine sur un échantillon de 14 patients atteints d'ARFID. Celle-ci a favorisé une prise de poids, a amélioré la vidange gastrique tout en diminuant les nausées et vomissements. C'est pour ces effets que ce traitement est parfois testé dans le traitement de l'ARFID.
2. *L'olanzapine* est un neuroleptique atypique utilisé pour traiter la schizophrénie et les troubles bipolaires. La prise de poids fait partie des effets indésirables (39). Brewerton et al. (40), ont évalué l'effet de l'olanzapine sur un échantillon de 9 patients atteints d'ARFID. Celle-ci a été utilisée pour augmenter le poids, diminuer les symptômes anxieux, dépressifs et cognitifs.
3. *La d-cyclosérine* est une partie de l'agoniste du récepteur de N-Methyl-D-aspartate de la glycine. Ce récepteur est utilisé dans plusieurs thérapies comportementales reposant sur le principe de l'extinction, dans le but de faire face aux troubles de l'anxiété (41,42). Sharp et al. (43), ont utilisé la d-cyclosérine pour augmenter les apports alimentaires chez 8 enfants souffrant d'ARFID. Cependant, ce traitement est encore en phase de test, il n'est donc pas encore commercialisé en Suisse (44). De plus, il est important de rappeler qu'un traitement n'est jamais initialement testé sur les enfants.

5.3 Traitements de l'AM

La prise en charge est pluridisciplinaire (médecin somaticien, psychiatre/psychologue, diététicien etc.). Si la vie du sujet est en danger et que son BMI est inférieur à 14 kg/m², une hospitalisation est mise en place et une renutrition urgente est appliquée.

Une fois que la vie du sujet est sûre, il y a deux différentes approches (45):

1. L'approche graduelle : elle consiste à augmenter progressivement l'apport énergétique total en fonction de l'ingestion, de la tolérance et des progrès psychologiques.
2. L'approche directive : elle consiste à imposer une alimentation normale et un menu peu négociable.

Les thérapies recommandées selon la HAS (46) sont :

- Une évaluation somatique, psychologique, nutritionnelle incluant la dynamique familiale.
- Un établissement d'objectif pondéral adapté accompagné d'une surveillance du bilan hydro-électrolytique.
- Une TCC et une FBT d'un an minimum.
- Une coordination multidisciplinaire des soins.

La thérapie englobe l'exposition face aux situations anxiogènes, les cours de cuisine et l'éducation nutritionnelle. Il est important d'établir un contrat de contingence avec le sujet. Il consiste à définir les objectifs à atteindre, à quel rythme et par quelles étapes. Le suivi consiste à évaluer l'évolution du poids, des comportements alimentaires et des progrès en psychothérapie.

5.4 Traitements de la BN et du BED

Les prises en charge de la BN et du BED sont pluridisciplinaires. Elles comprennent psychologues, médecins, diététiciens et d'autres thérapeutes. Les thérapies recommandées sont une TCC et une FBT. La TCC travaille essentiellement les éléments ci-dessous (47) :

- Une réduction des crises alimentaires
- Un rééquilibrage des apports alimentaires en dehors des crises
- Une réduction des cognitions dysfonctionnelles à l'égard du poids et de la forme du corps

Les objectifs spécifiques de la TCC pour ces deux troubles sont :

- Structurer l'alimentation
- Identifier et respecter les sensations alimentaires
- Diminuer le sentiment de restriction
- Diminuer la peur de manger
- Accepter et/ou normaliser le poids
- Diminuer la fréquence des crises

5.5 Traitements de l'ARFID

Aujourd'hui, aucun traitement n'a été évalué par une étude randomisée (RCT). Une analyse concernant la faisabilité de mener une étude contrôlée randomisée évaluant l'efficacité de la thérapie familiale pour les patients atteints d'ARFID a été menée par Lock et al. (48). Celle-ci a donné des résultats favorables à poursuivre avec une étude contrôlée randomisée à grande échelle.

Selon Micali et Tombeur (14), il est important que la prise en charge de l'ARFID chez les enfants ou adolescents comprenne une approche multidisciplinaire (psychiatrique, psychologique, pédiatrique et diététique). Cette prise en charge doit également englober les parents ainsi que des principes comportementaux (techniques d'exposition ou renforcement positif).

Au vu du peu d'études concernant la prise en charge de l'ARFID, notre but était de recenser les études s'y étant intéressées, afin de définir les traitements existants et leur efficacité connus à ce jour. De plus, nous nous sommes posés la question du rôle du/de la diététicien-ne dans la prise en charge de ce trouble alimentaire.

6. Méthodologie

L'ARFID étant encore peu connu, il y a un manque de littérature concernant les traitements. L'ARFID touche potentiellement un grand nombre d'enfants. De ce fait, avoir à disposition un traitement validé est primordial. Ceci dans le but de mener une prise en charge ciblée visant l'amélioration rapide de l'état psychique et nutritionnel afin d'éviter des comorbidités.

C'est pour ces raisons que notre choix s'est porté sur les différents traitements ainsi que le rôle du diététicien dans la prise en charge de l'ARFID.

La première question posée nous a aidés à comprendre l'avancée des recherches actuelles sur le traitement du trouble. Nous y avons répondu avec l'aide d'une revue quasi systématique de la littérature.

L'ARFID étant un TCA, le diététicien a un rôle à jouer dans la prise en charge de celui-ci. Il nous semblait important de mener un axe qualitatif dans notre travail afin de mettre en lumière le rôle du diététicien. Pour cette raison, nous avons décidé de poser une deuxième question de recherche qui nous a aidés à explorer en profondeur la prise en charge du diététicien. Afin d'y répondre, nous avons mené deux entretiens téléphoniques semi-directifs avec des professionnelles prenant en charge des enfants atteints d'ARFID.

Le chapitre suivant présente la méthodologie de nos deux questions de recherche.

6.1 Première question de recherche

6.1.1 Revue de littérature quasi systématique

Notre choix s'est porté sur une revue quasi systématique. Ce design permet d'avoir un niveau de preuve élevé, de combiner des informations provenant de plusieurs études, de présenter les résultats et d'en discuter dans le but de les synthétiser. Notre revue quasi systématique n'a pas une structure et une procédure exactement semblable à une revue systématique. Par exemple, pour notre recherche, nous nous sommes basés sur PubMed et CINAHL alors qu'une revue systématique aurait demandé une recherche sur un plus grand panel de base de données.

6.1.2 Question

« Quels sont les traitements existants de l'ARFID chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ? »

6.1.3 PICO

- **Population** : enfants et adolescents avec une moyenne d'âge jusqu'à 18 ans
- **Intervention** : prise en charge ou traitement de l'ARFID
- **Comparaison** : pas de comparaison
- **Outcome** : bénéfiques d'une prise en charge comprenant une diminution ou une rémission de l'éviction et/ou de la restriction d'ingestion d'aliments sur une période prolongée. Ceci menant à une amélioration de l'état de santé comprenant : une reprise pondérale, une amélioration de l'état nutritionnel, une diminution voire un arrêt des supports nutritionnels et une amélioration du fonctionnement psychosocial. (Basé sur les critères du point A du diagnostic de l'ARFID du DSM-5.) (1)

6.1.4 Objectifs

Les objectifs de cette revue quasi systématique étaient :

- Choisir des mots-clés nécessaires à la formulation de notre équation de recherche
- Effectuer les recherches sur les bases de données choisies
- Choisir des études en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion
- Extraire les données utiles à l'aide d'une grille descriptive afin de classer les informations pour en discuter (Annexe II)
- Évaluer la qualité de chaque étude à l'aide d'une grille d'analyse pour obtenir des résultats uniformes (Annexe III)
- Synthétiser les résultats pour aboutir à une conclusion

Nos recherches avaient comme objectifs de comprendre l'ARFID, d'exposer et d'explorer les différents axes de traitements.

6.1.5 Design

Comme expliqué ci-dessus, le design choisi est une revue quasi systématique sur les bases de données PubMed et CINAHL.

6.1.6 Mots-clés

Sur la base de notre question de recherche, nous avons extrait quatre concepts qui nous paraissaient les plus intéressants pour notre recherche.

- ARFID
- Avoidant/restrictive food intake disorder
- Child
- Adolescent

6.1.7 Équations de recherche

Sur la base de données « Pubmed », l'équation était la suivante :

- (((ARFID) OR avoidant restrictive food intake disorder)) AND ((child[MeSH Terms] OR adolescent[MeSH Terms]).

Cette recherche donnait 95 résultats.

Sur la base de données « CINHAL », l'équation de recherche était la suivante :

- ARFID or avoidant/restrictive food intake disorder and children and adolescents.

Cette recherche donnait 104 résultats.

6.1.8 Critères d'inclusion et d'exclusion

Ci-dessous un tableau récapitulatif des critères d'inclusion et d'exclusion des études incluses dans notre revue de littérature quasi systématique (tableau 1).

Tableau 1 : critères d'inclusion et d'exclusion

<i>Critères d'inclusion</i>	<i>Critères d'exclusion</i>
Etudes de cas (séries de cas), cas-témoin, essais contrôlés randomisés, études longitudinales sans groupe contrôle	Opinions d'expert, abstracts de conférence, revues et études sans intervention
Enfants et adolescents jusqu'à 18 ans ou ayant un âge moyen de maximum 18 ans atteints d'ARFID*	Âge moyen de plus de 18 ans
Études basées sur le traitement de l'ARFID comparé à d'autres TCA	-
Études explorant un traitement de l'ARFID	-
Etudes de cas comprenant un ou plusieurs cas souffrant d'ARFID	-
Études publiées dès 2014**	Études publiées en 2013 ou moins

* Nous avons choisi d'inclure cette population car le trouble a pour l'instant, d'après nos recherches, été plus étudié dans cette population (19,27,28,49).

**Le diagnostic étant apparu en mai 2013 dans le DSM-5, il nous semblait pertinent de commencer l'inclusion en 2014.

6.1.9 Stratégie de recherche documentaire

Nous avons entrepris notre recherche de littérature à partir des quatre mots-clés sélectionnés ci-dessus.

Grâce à l'aide de notre directrice de Bachelor et du bibliothécaire du site des Caroubiers de la Haute École de Santé de Genève, nous avons pu établir nos deux équations de recherche.

Pour y arriver, nous avons utilisé les concepts référencés dans le thésaurus "Mesh terms". Ceux n'étant pas référencés comme par exemple "ARFID", ont été catégorisés en "All field".

6.1.10 Procédure de sélection des articles

Pour sélectionner les articles, nous avons, en duo, effectué un tri selon le titre et l'abstract. Ceci étant fait, il restait 18 articles dont nous nous sommes réparti la lecture. Finalement, nous avons décidé, en duo, d'en rejeter 7 car ceux-ci comprenaient certains de nos critères d'exclusion. En cas de questionnement ou de doute sur la pertinence, nous en avons discuté ensemble ou avec notre directrice de TB.

Le diagramme ci-dessous (figure 2) permet d'illustrer notre procédure de sélection finale.

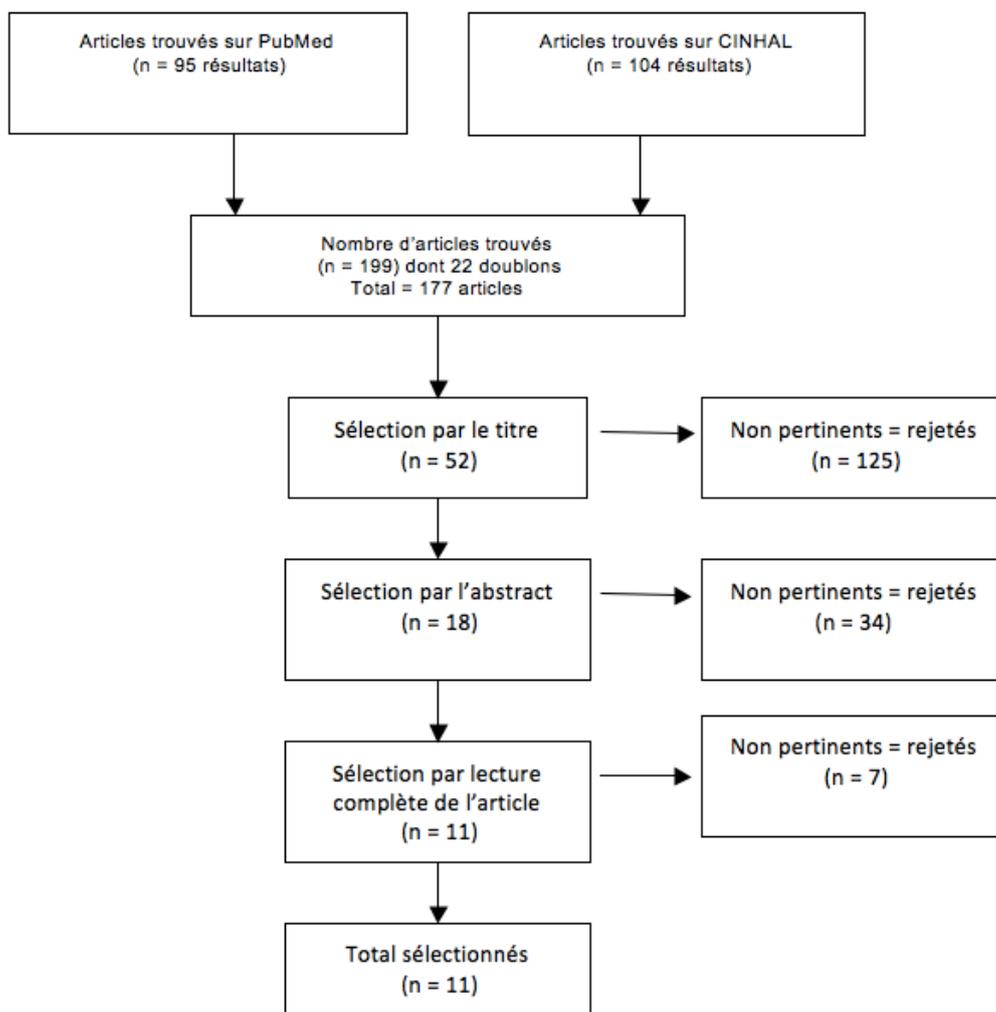


Figure 2. Processus d'inclusion et d'exclusion des études

6.1.11 Évaluation de la qualité

Une fois les articles sélectionnés, nous avons analysé leur qualité à l'aide de la grille de l'Academy of Nutrition and Dietetics. Cette grille a été traduite de l'anglais par des professeurs de la filière Nutrition et Diététique de la HEdS. Elle permet d'établir la qualité d'une étude, c'est-à-dire la pertinence et la validité de celle-ci. Le résultat de l'analyse de l'étude peut être positif, neutre ou négatif.

Ce résultat dépend du nombre de réponses déterminées par « oui », « non », « peu de précisions » ou « ne s'applique pas ».

Nous nous sommes partagé l'analyse de la qualité des 11 articles finaux puis en avons discuté pour trouver un accord sur leur qualité. Selon nous, 3 articles sont de bonne qualité, 7 de qualité neutre et 1 de qualité insuffisante.

6.1.12 Analyse des données

Afin de faciliter l'analyse des données, nous les avons extraites à l'aide d'un tableau les synthétisant. Celui-ci contenait :

- Les références, les auteurs et la date
- Le design
- Le nombre de cas au début et à la fin de l'intervention, le sexe, l'âge, la moyenne d'âge et le pays
- L'hypothèse
- Le type d'intervention/exposition et la durée des traitements
- Les variables dépendantes
- Les résultats
- La discussion
- La qualité

Ces caractéristiques ont été choisies car elles résumaient l'essentiel des études et permettaient de structurer l'analyse de celles-ci.

6.2 Deuxième question de recherche

6.2.1 Entretiens semi-directifs

Afin d'apporter de la valeur et un aspect diététique et pratique à notre travail, les entretiens semi-directifs étaient, selon nous, une bonne manière de comprendre la prise en charge diététique sur le terrain et de la comparer à la littérature. De plus, au vu des résultats de notre recherche de littérature, nous avons constaté que la prise en charge diététique de l'ARFID était très peu représentée. De ce fait, il nous semblait encore plus important de la présenter par le biais d'entretiens avec des professionnels.

Le but d'une enquête qualitative est de diriger partiellement la personne interrogée et de l'inviter à développer ses propos. Les questions posées sont larges. Si la réponse prend une autre direction que celle attendue, des relances sont préparées pour aiguiller le discours.

Au vu de la situation sanitaire en lien avec la COVID-19, nous n'avons pas pu mener à bien nos entretiens semi-directifs en personne, c'est pourquoi nous les avons menés par téléphone.

6.2.2 Question

« Quel est le rôle du/de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ? »

C'est sur la base de cette question que nous avons mené nos entretiens semi-directifs.

6.2.3 Objectifs

Les objectifs de nos entretiens semi-directifs étaient d'obtenir le retour d'expériences de différentes diététiciennes afin de connaître leur prise en charge nutritionnelle. De plus, ces entretiens nous ont permis de définir le rôle du diététicien dans le traitement multidisciplinaire de l'ARFID.

6.2.4 Design

Le design de cette partie qualitative de notre travail est sous forme d'entretiens semi-directifs.

6.2.5 Procédure

Les deux entretiens téléphoniques ont été menés avec Sylvie Borloz et Marilyne Seydoux-Perroud, diététiciennes ayant travaillé avec des enfants souffrant d'ARFID. Pour ce faire, nous les avons contactées par mail leur demandant un entretien téléphonique. Notre grille d'entretien était constituée de 3 questions ouvertes et de quelques relances (Annexe IV).

Les entretiens ont duré entre 30 et 50 minutes. Au début de ceux-ci, nous leur avons demandé leur accord d'être citées nominativement dans notre travail, ce qu'elles ont accepté. Après la mise au propre par écrit de l'entretien et afin d'avoir un résultat clair, les professionnelles ont relu notre document contenant leurs propos. Nous précisons qu'aucun enregistrement n'a été fait.

Une fois les documents reçus en retour, nous les avons analysés. Nous exposerons les résultats des entretiens dans la partie "Résultats" et "Discussion".

6.2.6 Déontologie

Les entretiens n'ayant pas été enregistrés, nous n'avons pas fait signer de consentement. Nous avons eu un accord oral avec les diététiciennes pour citer leurs noms et traiter les données récoltées. Elles ont également relu notre transcription des entretiens, validant ainsi notre compréhension de leur propos.

7. Résultats

7.1 Caractéristiques des études sélectionnées

Voici un descriptif des études sélectionnées comprenant le-les traitement-s appliqués dans chaque étude. Parfois certains d'entre eux ont été spécifiques à un des 3 sous-types (manque d'intérêt pour la nourriture, évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture, préoccupations concernant les conséquences aversives liées à une prise de nourriture ou à un événement traumatique) et ont été présentés. Le temps de traitement et le type d'étude ont également été décrits dans ce descriptif.

La 1^{ère} étude analysée est celle de Dumont et al. (24), une série de 11 cas ayant suivi une TCC intensive durant un mois et ayant eu un suivi à trois mois. Dans cette étude, tous les sous-types de l'ARFID sont présents.

La 2^{ème} étude analysée est celle de Rienecke et al. (22), une série de trois cas ayant suivi une TCC et une FBT en hospitalisation partielle dont un cas a également eu un suivi ambulatoire. Le premier cas souffre d'une peur conséquente à une expérience traumatique face à l'alimentation et le temps de traitement a été de 22 jours. Le deuxième cas souffre d'une aversion sensorielle face à la nourriture et a reçu un traitement de 19 jours. Le troisième cas souffre d'un désintérêt face à la nourriture et a été traité pendant 19 jours en hospitalisation partielle et 12 jours en ambulatoire.

La 3^{ème} étude analysée est celle de Lock et al. (20), une série de trois cas ayant suivi une FBT en ambulatoire. Un des cas a également été suivi en hospitalisation. Le premier cas souffrait d'un désintérêt pour la nourriture, le deuxième cas souffrait d'une aversion sensorielle. La durée du traitement recommandée pour ces deux sous-types est de 4-5 mois de façon hebdomadaire.

Le troisième cas souffrait d'une peur de s'alimenter liée à une conséquence négative. La durée du traitement conseillée pour ce sous-type est premièrement de 2-3 mois pour les sessions hebdomadaires puis 1-2 mois pour la suite du traitement afin de consolider les comportements. Ce sous-type nécessite cette organisation de traitement car il se manifeste subitement.

La 4^{ème} étude analysée est celle de Zucker et al. (19), un cas unique ayant reçu durant un mois un traitement médicamenteux de mirtazapine. Celui-ci est connu pour diminuer les nausées, augmenter l'appétit, améliorer la vidange gastrique et diminuer l'anxiété (38,50). De plus, un traitement permettant d'explorer ses sensations corporelles « Feeling and Body Investigators (FBI) » a été mis en place. Celui-ci était composé d'une session par semaine durant 8 semaines puis une session tous les deux mois durant 8 mois. Le cas souffrait d'un désintérêt pour la nourriture.

La 5^{ème} étude analysée est celle de Taylor et al. (51), un cas unique ayant suivi une intervention comportementale à domicile comprenant une introduction à de nouveaux aliments d'une durée de 4 semaines et un suivi à 9 mois. L'intervention se composait de trois sessions par jour les 4 premiers jours, une session par jour les 5 jours suivants puis le nombre de sessions quotidiennes variait durant les deux dernières semaines. Aucun sous-type n'était précisé.

La 6^{ème} étude analysée est celle de Naviaux (21), un cas unique ayant suivi une FBT, une TCC puis un traitement de mirtazapine durant 14 mois, comprenant trois hospitalisations partielles. Le sous-type présenté se définissait par un dégoût sensoriel.

La 7^{ème} étude analysée était celle de Brewerton et al. (40), une série de 11 cas ayant suivi une TCC avec un traitement d'olanzapine en hospitalisation partielle, résidentielle et/ou ambulatoire. La dose d'olanzapine moyenne quotidienne administrée au début du traitement était de 0.9mg et de 2.8mg à la fin du traitement. La durée du traitement variait entre 53 et 68 jours. Aucun sous-type n'était précisé.

La 8^{ème} étude analysée est celle de Gray et al. (38), une série de 14 cas ayant suivi un programme de traitement de TCA sur une durée d'une moyenne de 3.4 semaines en hospitalisation partielle. Puis en deuxième temps une adjonction de mirtazapine d'une moyenne de 25.5mg a été ajoutée au programme pendant une moyenne de 9.8 semaines. Les 3 sous-types étaient représentés chez les cas inclus.

La 9^{ème} étude analysée est celle de Pitt et al. (52), une série de deux cas ayant suivi une TCC, une FBT et étant supplémentés par une nutrition entérale par sonde (NES) pendant plusieurs semaines durant une hospitalisation. Aucune précision n'a été donnée sur les sous-types.

La 10^{ème} étude analysée est celle de Sharp et al. (53), un essai contrôlé randomisé ayant été mené sur 20 cas. Le groupe traité était exposé à des repas pendant 5 jours consécutifs alors que le groupe témoin n'avait pas de traitement spécifique. Aucune précision n'a été donnée pour les sous-types.

La 11^{ème} étude analysée est celle de Sharp et al. (43), un essai contrôlé randomisé ayant été mené pendant 5 jours consécutifs et un suivi à un mois. Le groupe traité a été exposé à une TCC durant 5 jours consécutifs comprenant des repas et un traitement médicamenteux « d-cyclosérine ».

Le groupe témoin a également suivi une TCC comprenant des repas mais le traitement médicamenteux était un placebo. Aucune précision n'a été donnée pour les sous-types.

7.2 Récapitulatif des études incluses

Ce tableau récapitule les études incluses dans notre revue de littérature (tableau 2).

Tableau 2 : Récapitulatif des études incluses

Titre de l'article	Auteurs	Année	Type d'étude	Qualité
1. A new cognitive behavior therapy for adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting : A clinical case series	Dumont et al. (24)	2019	Série de cas	Positive
2. Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID : Three case reports	Rienecke et al. (22)	2020	Série de cas	Neutre
3. Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder : Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa	Lock et al. (20)	2019	Série de cas	Neutre
4. Feeling and body investigators (FBI) : ARFID division-An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID	Zucker et al. (19)	2019	Etude de cas	Neutre
5. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder for a teenager with typical development within the home setting	Taylor et al. (51)	2019	Etude de cas	Neutre
6. Management of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) in a 12-year-old on a Paediatric Ward in a General Hospital : Use of Mirtazapine, Partial Hospitalisation Model and Family Based Therapy	Naviaux (21)	2019	Etude de cas	Neutre
7. Adjunctive Use of Olanzapine in the Treatment of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents in an Eating Disorders Program	Brewerton et al. (40)	2017	Série de cas	Neutre
8. Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder	Gray et al. (38)	2018	Série de cas	Neutre
9. A Focus on Behavior Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) : A Case Series	Pitt et al. (52)	2018	Série de cas	Insuffisante
10. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders : Results From a Randomized Pilot Trial	Sharp et al. (53)	2016	Essai contrôlé randomisé	Positive
11. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling	Sharp et al. (43)	2017	Essai contrôlé randomisé	Positive

7.3 Synthèse des résultats des études

Afin de répondre à notre question de recherche « *Quelle est la prise en charge actuelle du traitement de l'ARFID chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ?* », nous avons regroupé les résultats des études sélectionnées dans le tableau 3. Il met en évidence les résultats obtenus en fonction des variables étudiées et des études sélectionnées. Les variables permettent de mesurer l'évolution et ainsi de démontrer l'impact d'un traitement. Puis, pour synthétiser ces résultats, nous avons classé les résultats des études sélectionnées en 5 catégories. Ces 5 catégories se sont inspirées du premier point du « *Processus de Soins en Nutrition (PSN)* » (54) qui est l'évaluation. Le premier point contient les variables concernant le comportement et l'administration alimentaire, le deuxième contient les mesures anthropométriques, le troisième les signes physiques et les symptômes, le quatrième les examens cliniques et le cinquième la santé psychologique. Le but de ces catégories était d'obtenir des résultats uniformes et structurés.

Tableau 3 : Résultats obtenus des 11 études sélectionnées

Références, auteurs, dates	Design	N. cas début/fin intervention Sexe Age et moyenne âge Pays	Hypothèse	Type intervention /exposition et durée des /traitements	Variables dépendantes	Résultats	Discussion
1. Dumont et al. (2019) (24)	Série de cas Etude longitudinale, prospective.	11/9 4 F, 7 H 10-18 ans (M =13.9) Pays-Bas	TCC : ↗acceptation nourriture et ↘restriction → Amélioration : Poids, état nutritionnel, état cognitif, anxiété et néophobie alimentaire	TCC 1 mois de ttt intensif + suivi à 3 mois	1. Sélectivité et acceptation de la nourriture 2. Critères ARFID (poids, taille, courbe de croissance) 3. Apports alimentaires 4. Fréquence alimentaire 5. Néophobie alimentaire 6. Anxiété	Début du ttt = t1 ; ttt intensif 1mois = t2 ; suivi de 3 mois post t2 = t3 1. ↘ sélectivité et ↗ acceptation alimentaire dans 91% des cas. 2. À t3, 91% ne correspondaient plus aux critères ARFID. 3. ↗des apports durant le traitement chez tous les cas. 81% des cas ont ↗ les apports à t2 et après t3. 4. Alimentation et acceptation plus variée chez tous les cas. Un cas, un SNO a été introduit à t3 car poids trop bas. 55% avaient une NES, stoppée à t3. 5. ↘ néophobie chez 91% des cas malgré un score restant élevé à la fin de t2. 6. ↘anxiété chez 65% des cas à t2. A t3 ↗anxiété chez 30% des cas alors qu'il avait ↘ à t2.	Actuellement, peu de données sur un ttt efficace pour l'ARFID. La TCC semble prometteuse et efficace pour traiter l'ARFID. Des études supplémentaires sont nécessaires pour étudier les mécanismes de causalités. Limites : peu d'études à ce sujet, participants à risque de rechuter car petit l'échantillon. Nécessité d'études plus longues.

<p>2. Rienecke et al. (2020) (22)</p>	<p>Série de cas. Etude longitudinale, prospective</p>	<p>3/3 1 F, 2 H 8-14 ans (M=10.6) USA</p>	<p>TCC + FBT : ↗ Acceptation nourriture, ↘ temps ingestion → Amélioration poids, état nutritionnel, cognitif, anxiogène</p>	<p>Hospitalisation partielle et ambulatoire : TCC, FBT Cas 1 : 22 jours de ttt Cas 2 : 19 jours de ttt Cas 3 : 19 jours de ttt en hospitalisation partielle et 12 jours en ambulatoire</p>	<p>1. Courbe de croissance (poids, taille, BMI) 2. Anxiété 3. Dépression 4. Temps d'ingestion des repas 5. Variété des aliments</p>	<p>1. ↗ poids chez les 3 cas. Un cas a pris plus de poids car après hospitalisation partielle, suivi d'un programme ambulatoire intensif. 2. ↘ anxiété chez 2/3 cas selon l'outil Multidimensional Anxiety Scale for Children. 3. ↘ dépression chez 1/3 cas selon l'outil Children's Depression Inventory. 4. ↘ temps d'ingestion chez tous les cas. 5. ↗ variété des aliments chez tous les cas.</p>	<p>Une TCC et FBT pour l'AN et la BN peut être adaptée pour l'ARFID. Equipe multidisciplinaire essentielle. FBT bénéfique. Limites : absence de mesures d'évaluations propres à l'ARFID comme EDY-Q, NIAS, pas de mesures pondérales.</p>
<p>3. Lock et al. (2019) (20)</p>	<p>Série de cas, longitudinale, prospective</p>	<p>3/3 3 F 8-11 ans (M=9.3) USA</p>	<p>Pas d'hypothèse claire. Mais il est sous-entendu que la FBT peut être un traitement pour l'ARFID.</p>	<p>FBT par session ambulatoire Cas 1 et 2 : 1 session par semaine durant 4-5 mois. Cas 3 : 1 session par semaine durant 2-3 mois puis 1-2 mois.</p>	<p>1. PARDI score : Sévérité, perception sensorielle, manque d'intérêt/faible appétit, peur des conséquences aversives 2. Poids 3. %EBW</p>	<p>1. PARDI score ↘ du score de la sévérité chez tous les cas. ↘ du score de la perception sensorielle chez 2/3 cas et ↗ chez 1 cas. ↘ du score du manque d'intérêt 2/3 cas et ↗ chez 1 cas ↘ du score de la peur chez 2/3 cas et un cas n'a jamais présenté de peur durant le ttt. 2. Le poids a augmenté chez tous les cas. 3. L'EBW a augmenté chez tous les cas.</p>	<p>Résultats favorables à la FBT mais aucun suivi à long terme mené. Tous les cas présentaient encore des caractéristiques de TCA. Limites : cas stables et sans NES. Cas non suivi après l'étude. Plus études nécessaires pour approfondir le sujet.</p>

<p>4. Zucker et al. (2019) (19)</p>	<p>Étude de cas, longitudinale, prospective</p>	<p>1/1 1 F 4 ans USA</p>	<p>L'outil FBI aiderait à découvrir et décrire ses sensations corporelles. Les comprendre, les tolérer pour agir de manière adaptée.</p>	<p>FBI (feeling and body investigators: investigation des sensations corporelles) 1 mois de ttt de mirtazapine avant ttt FBI. Puis 1 session FBI par semaine durant 8 semaines puis 1 session FBI tous les 2 mois durant 8 mois.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensations alimentaires/ corporelles 2. Consommation alimentaire 3. Relations sociales 4. Anxiété 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ↗des sensations alimentaires et corporelles. 2. ↗ consommation alimentaire et arrêt supplémentation alimentaire. 3. Amélioration des relations sociales à l'école. 4. ↘anxiété avec le ttt de mirtazapine en pré-ttt comportemental. 	<p>Le cas présentait un manque d'intérêt pour la nourriture. Le ttt FBI aide les enfants dans un cadre ludique à comprendre leur sensation corporelle. La mirtazapine aurait participé à la rémission du trouble. Biais : la mirtazapine aurait facilité l'amélioration du trouble.</p>
<p>5. Taylor et al. (2019) (51)</p>	<p>Étude de cas, longitudinale, prospective</p>	<p>1/1 1 F 13 ans Australie</p>	<p>Intervention comportementale afin de ↘ les habitudes alimentaires restrictives et sélectives.</p>	<p>Introduction de nouveaux aliments 4 semaines de ttt et suivi à 9 mois</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préférences alimentaires 2. Consommation alimentaire 3. Comportements alimentaires inappropriés 4. Propos négatifs durant les repas 5. L'exigence alimentaire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ↗ préférences alimentaires 2. ↗ consommation alimentaire : 7 aliments (sans légumes ni fruits) à 61 aliments (dont aliments protéiques, légumes, féculents, fruits et divers plats composés) en quelques semaines. 3. ↘comportements alimentaires inappropriés 4. ↘propos négatifs durant les repas. 5. ↘ exigence alimentaire. 	<p>Pas de TCC ni de FBT. Stratégies d'intervention différente selon l'âge, du fonctionnement intellectuel, de la motivation et de l'état de santé. Limites : pas d'analyse comportementale. Évaluation de la satisfaction et l'acceptation non réalisée à la fin du ttt. Inégalité du nombre d'expositions des nouveaux aliments. La motivation est essentielle au ttt.</p>

<p>6. Naviaux (2019) (21)</p>	<p>Étude de cas, longitudinale, prospective</p>	<p>1/1 1 F 12 ans Irlande</p>	<p>Hospitalisation partielle +FBT et TCC. ↓anxiété, dépression et ↑poids. Mirtazapine : ↓anxiété et satiété précoce ↑appétit</p>	<p>TCC-FBT en hospitalisation partielle et traitement médicamenteux (mirtazapine) 3 hospitalisations en 14 mois</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Courbe de croissance (poids, taille, BMI) 2. L'anxiété 3. Nausées 4. Appétit 5. Constipation, vidange gastrique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Après 14 mois, ↑BMI de 15.7 kg/m² à 18.2 kg/m² 2. ↓anxiété 3. ↓nausées 4. ↑appétit 5. ↓constipation et amélioration de la vidange gastrique 	<p>Multidisciplinarité nécessaire. Ttt les comorbidités psychologiques. Actuellement pas de guidelines pour ttt ce trouble. Objectif : poids sain et ↓anxiété. Approche pharmacologique avec prudence. Actuellement, pas de guidelines pour ttt ARFID.</p>
<p>7. Brewerton et al. (2017) (40)</p>	<p>Série de cas, longitudinale, rétrospective</p>	<p>11/9 8 F, 3 H 9-19 ans (M=14.4) USA</p>	<p>Olanzapine ↓comorbidités de l'ARFID.</p>	<p>TCC + ttt médicamenteux (olanzapine) en hospitalisation partielle, résidentielle, ambulatoire. En moyenne, entre 53 et 68 jours de ttt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété 2. Troubles dépressifs 3. Fonction cognitive 4. Courbe de croissance (poids, taille, BMI) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ↓anxiété chez tous les cas 2. ↓troubles dépressifs chez tous les cas 3. Amélioration de la fonction cognitive chez tous les cas 4. Sur une moyenne de 68 jours de ttt, ↑moyenne de 0.45 kg par semaine. ↑pondérale chez tous les cas mais plus significative (p <0.04) lors du ttt d'olanzapine (0.3 vs 0.8 kg). En moyenne, à la fin du ttt ↑BMI de 3.1 kg/m². Dose quotidienne moyenne de 0.9mg d'olanzapine au début du ttt et 2.8 mg à la fin du ttt. 	<p>Olanzapine : ↑alimentation et le poids, ↓symptômes d'anxiété associés à des troubles dépressifs et cognitifs, a favorisé la stabilisation de l'humeur. Initier le ttt à faible dose afin d'éviter les effets secondaires. Limites : absence d'un groupe contrôle, implication d'autres ttt que médicamenteux. Nécessité de mener des études randomisées. Olanzapine peut être un ttt pour les cas ne répondant pas au ttt non-pharmacologiques.</p>

<p>8. Gray et al. (2018) (38)</p>	<p>Série de cas, longitudinale, rétrospective</p>	<p>14/13 6 F, 8 H 7-23 ans (M=15.2 ans) USA</p>	<p>La mirtazapine favorise l'appétit et la prise de poids, ↓ les nausées, vomissements et améliore la vidange gastrique.</p>	<p>Hospitalisation partielle dans un programme pour ttt TCA durant une M de 3.4 semaines. Puis ttt + mirtazapine durant une M de 9.8 semaines.</p>	<p>1. BMI</p>	<p>1. La dose moyenne de mirtazapine était de 25,5 mg. ↗moyenne du BMI par semaine avant le début du ttt de mirtazapine était de 0,10 point de BMI et l'évolution moyenne de BMI par semaine après le ttt de mirtazapine était de 0,23 point de BMI. P valeur statistiquement significatif <0.05.</p> <p>(Aucune indication n'est donnée sur le type de ttt avant la mirtazapine)</p>	<p>La mirtazapine était sans danger, bien tolérée et associée à un taux plus élevé de gain de poids comparativement au traitement habituel. Limites : petit échantillon, autres traitements non pris en compte. Nécessité d'approfondir les recherches.</p>
<p>9. Pitt et al. (2018) (52)</p>	<p>Série de cas, longitudinale, rétrospective</p>	<p>2/2 2 F 13-17 ans (M = 15 ans) USA</p>	<p>ARFID nécessiterait de se focaliser sur le comportement et la FBT.</p>	<p>NES: SNG+SNJ, SNO, TCC, FBT Plusieurs semaines de ttt, sans précision.</p>	<p>1. Vomissements 2. Différentes façons d'administrer l'alimentation (NES, SNO) 3. Mastication, déglutition</p>	<p>1. Diminution des vomissements de SNG à SNJ 2. NES : SNG puis SNJ car vomissements avec la SNG puis passage en per os + SNO. 3. Amélioration de la mastication et déglutition → permet une reprise complète de l'alimentation per os</p>	<p>Description des comorbidités de l'ARFID. Chez les cas ARFID, le trouble persiste plus longtemps et le pronostic est moins bon en comparaison à d'autres TCA.</p>
<p>10. Sharp et al. (2016) (53)</p>	<p>Essai contrôlé randomisé. Longitudinale, prospective</p>	<p>20/17 • Groupe ttt : N=9 • Groupe témoin : N= 8 8 F, 12 H 13 à 72 mois (Pas de moyenne car pas de donnée d'âge précis pour chaque participant) USA</p>	<p>Amélioration du trouble du groupe traité face aux groupe témoin.</p>	<p>Exposition pendant 5 jours à des repas.</p>	<p>1. Courbe de croissance (BMI) 2. Acceptation de la nourriture 3. Perturbations 4. Les grammes consommés</p>	<p>1. Légère ↗ de 6.7% du BMI dans le groupe ttt, stabilité du BMI dans le groupe témoin. P valeur non significatif de 0.112. 2. A la fin du ttt, amélioration de 88.9% de l'acceptation de la nourriture comparé à 5.6% dans le groupe témoin. P valeur significatif de 0.008. 3. A la fin du ttt, amélioration de 55.6% des perturbations dans le groupe ttt et de 9.2% dans le groupe témoin. P valeur significatif de 0.038. 4. A la fin du ttt, ↗ de la consommation de 31g dans le groupe ttt et ↓ de la consommation de 1g dans le groupe témoin. P valeur significatif de 0.022.</p>	<p>Résultats positifs en faveur de ce programme. La multidisciplinarité est importante car les TCA nécessitent plusieurs expertises. Limites : petit échantillon, le ttt de courte durée donc efficacité à long terme non prouvée.</p>

<p>11. Sharp et al. (2017) (43)</p>	<p>Essai contrôlé randomisé, longitudinal, rétrospectif</p>	<p>15/15 Groupe ttt : N= 8 Groupe témoin : N=7 5 F, 10 H 18 mois à 6 ans (M = 32,7 mois) USA</p>	<p>Utilisation d'un ttt médicamenteux (d-cyclosérine) diminuerait l'aversion chez les cas ARFID et ce qui impliquerait une \downarrow de la durée du ttt. Cette étude teste également la d-cyclosérine sur des souris.</p>	<p>Groupe ttt : TCC + d-cyclosérine Groupe témoin : TCC + placebo 5 jours et suivis à 1 mois</p>	<p>1. Ingestion des aliments 2. Refus alimentaires 3. Nombre de repas requis pour prouver une amélioration</p>	<p>1. \uparrow de l'ingestion quantifiée en bouchées chez tous les participants : 76% dans le groupe ttt et 37% dans le groupe témoin. 2. \downarrow des refus alimentaires chez tous les participants. \downarrow plus nette chez le groupe ttt à partir du repas 6/15 avec une significativité de $p < 0.005$, alors que dans le groupe témoin elle est de $p > 0.4$. 3. \downarrow du nombre de repas nécessaire pour prouver une amélioration des critères.</p>	<p>Comportements améliorés lors des repas. Le ttt de la d-cyclosérine à \uparrow l'acceptation des aliments, a \downarrow les comportements perturbateurs et le nombre de repas. Nécessité d'une étude à plus grande échelle pour investiguer le ttt des TCA chez l'enfant. Limite : l'approche de ttt serait différente pour des enfants plus âgés. Les résultats sont semblables chez les souris.</p>
--	---	--	---	--	--	---	--

Légende : F : femme ; H : homme ; M : moyenne ; Q : qualité ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; BMI : body mass index ; ttt : traitement/traiter ; FBT : family-based treatment (traitement familial) ; EBW : expected body weight (poids attendu) ; NES : nutrition entérale par sonde ; SNG : sonde naso-gastrique ; SNJ : sonde naso-jéjunale ; SNO : suppléments nutritifs oraux

7.3.1 Comportements et administration alimentaire

Sélectivité et acceptation de la nourriture

Selon Dumont et al. (24), la TCC a diminué la sélectivité et a augmenté l'acceptation alimentaire dans 91% des cas. Celles-ci ont été mesurées par le score « Food Acceptance Score » mesurant l'acceptation de la nourriture et le score « Food Selectivity Composite Score » mesurant la sélectivité de la nourriture. Ces outils ont été développés par le centre SeysCentra dans lequel l'intervention s'est déroulée.

Selon Taylor (51), le cas unique étudié a diminué son exigence alimentaire grâce à une intervention comportant l'introduction de nouveaux aliments.

Selon Sharp et al. (53), une exposition à des repas pendant 5 jours consécutifs dans le groupe traité a amélioré de 88,9% l'acceptation de la nourriture comparée à une amélioration de l'acceptation de la nourriture de 5.6% dans le groupe témoin.

Apports alimentaires

Selon Dumont et al. (24), durant la TCC, les apports ont augmenté chez tous les cas.

Zucker et al. (19) ont démontré, par l'utilisation de l'outil FBI et un traitement de mirtazapine, une augmentation de la consommation alimentaire chez le cas étudié.

Grâce à l'introduction de nouveaux aliments, Taylor et al. (51) ont démontré une augmentation de la consommation alimentaire chez le cas étudié. Celle-ci est passé de 7 à 61 aliments en quelques semaines.

Sharp et al. (53), ont exposé des cas à des repas durant 5 jours consécutifs. Cette exposition a démontré une augmentation de 31g d'aliments consommés dans le groupe traité et une diminution de 1 gramme d'aliments consommés dans le groupe témoin.

Sharp et al. (43), ont mené un essai contrôlé randomisé démontrant une augmentation de l'ingestion quantifiée en bouchées dans les deux groupes. Celle-ci était de 76% dans le groupe traité et 37% dans le groupe témoin.

Fréquence alimentaire

Dumont et al. (24) ont démontré au travers de la TCC une amélioration de la fréquence alimentaire chez tous les cas. C'est-à-dire une alimentation et une acceptation plus variées.

Néophobie alimentaire

Dumont et al. (24) ont démontré au travers de la TCC une diminution de la néophobie alimentaire chez 91% des cas. Cette diminution a été mesurée par une échelle appelée « Food Neophobia Scale » (55). Malgré ce pourcentage, le score de la néophobie restait élevé chez tous les participants.

Temps d'ingestion des repas

Au travers de la TCC et de la FBT, Rienecke et al. (22) ont démontré une diminution du temps d'ingestion chez tous les cas.

Préférences alimentaires

Selon Taylor et al. (51), l'introduction de nouveaux aliments a permis d'améliorer la préférence alimentaire chez le cas étudié. Ceci a été mesuré par l'outil « Multiple-Stimulus Without Replacement (MSWO) edible preference assessment » (60).

Comportements inappropriés durant le repas (refus, propos négatifs face aux aliments)

Grâce à l'introduction de nouveaux aliments, Taylor et al. (51), ont démontré une diminution des propos négatifs face aux aliments lors des repas.

A l'aide d'expositions à des repas, Sharp et al. (53) ont démontré que les perturbations lors du repas se sont améliorées de 55.6% dans le groupe traité et de 9.2% dans le groupe témoin.

Selon Sharp et al.(43), les refus alimentaires ont diminué plus significativement dans le groupe traité par une TCC et ayant un traitement de d-cyclosérine que dans le groupe témoin traité par une TCC et des placebos.

Supplémentation alimentaire (NES, SNO)

Selon Dumont et al. (4), durant le traitement de TCC, 55% des cas avaient une nutrition entérale par sonde (NES). Celle-ci a été stoppée trois mois après la fin du traitement intensif.

Dans l'étude de Pitt et al. (52), deux cas ont eu la pose d'une sonde naso-gastrique puis, celles-ci ont été déplacées en site jéjunale pour causes de vomissements. Ce changement a permis de stopper les vomissements. La sonde naso-jéjunale a été enlevée permettant une alimentation per os accompagnée de SNO.

Selon Zucker et al. (19), l'outil FBI et la mirtazapine ont permis au cas étudié d'arrêter la supplémentation alimentaire car sa consommation avait suffisamment augmenté.

Score PARDI

Pour rappel, le score PARDI aide à déterminer un score de sévérité du trouble de l'ARFID et ses trois sous-types : « sensibilité sensorielle, manque d'intérêt/faible appétit, peur des conséquences aversives »(33). La diminution du score est favorable pour la rémission du trouble.

Selon Lock et al. (20), une FBT a démontré une diminution du score de la sévérité chez tous les cas. Il y a également eu une diminution du score de l'aversion sensorielle chez deux cas sur trois et une augmentation du score chez un cas. De plus, le score du manque d'intérêt a diminué chez deux cas sur trois et a augmenté chez un cas. Le score démontre également une diminution de la peur chez deux cas sur trois. Le cas restant n'a jamais présenté de peur lors du traitement.

7.3.2 Mesures anthropométriques

Selon Dumont et al. (24), la TCC a permis à 91% des cas de ne plus correspondre aux critères ARFID en termes de poids et de courbe de croissance.

Selon Rienecke et al. (22), une TCC accompagnée d'une FBT a permis une augmentation du poids chez tous les cas. Un des cas a eu une prise de poids plus importante car il a poursuivi un programme ambulatoire intensif après le traitement.

Lock et al. (20) ont traité les sujets avec une FBT. L'EBW s'est améliorée chez tous les cas, ce qui démontre une prise de poids. Le pourcentage Expected Body Weight (EBW) est une mesure qui permet de calculer le poids attendu selon l'âge, le sexe et la taille. Cette mesure est souvent utilisée chez l'adolescent souffrant de TCA (56).

Naviaux (21) a démontré par une TCC, une FBT et un traitement de mirtazapine, une amélioration du BMI de 15.7 kg/m² à 18.2 kg/m².

Par un traitement de TCC et d'olanzapine, Brewerton et al. (40) ont démontré une prise pondérale moyenne de 0.45 kg par semaine. De plus, la prise pondérale a été plus significative lors de la TCC accompagnée d'olanzapine. Lors de la TCC seule, elle était de 0.7 livres par semaine (0.3kg) alors que lors de la TCC accompagnée d'olanzapine, elle était de 1.9 livres par semaine (0.8kg). En moyenne, à la fin du traitement, le BMI a augmenté de 3.1 kg/m² chez tous les patients.

Gray et al. (38) ont premièrement traité plusieurs cas par une hospitalisation partielle comprenant un programme de traitement des TCA. Deuxièmement, un traitement de mirtazapine a été ajouté au programme. L'augmentation moyenne du BMI par semaine avant l'ajout de mirtazapine était de 0.10 kg/m², alors qu'après l'adjonction de mirtazapine, l'évolution moyenne du BMI par semaine était de 0.23kg/m². L'ajout de mirtazapine au programme de traitement des TCA démontre une prise de poids plus significative.

Sharp et al. (53) ont exposé plusieurs cas pendant 5 jours consécutifs à des repas. Une légère augmentation de 6.7% du BMI a été démontré dans le groupe traité, alors qu'une stabilité du BMI a été démontrée dans le groupe témoin.

7.3.3 Signes physiques axés sur la nutrition

Nausées, vomissements

Naviaux (21) a démontré par une TCC, FBT accompagnée d'un traitement de mirtazapine, une diminution des nausées chez le cas étudié.

Pitt et al. (52) ont étudié des cas traités par TCC, FBT et supplémentés par une NES. Les deux cas présentaient des vomissements liés à la SNG, un passage en SNJ a permis de les diminuer.

Appétit

Naviaux (21) a démontré par une TCC, FBT accompagnée d'un traitement de mirtazapine une amélioration de l'appétit chez le cas étudié. L'appétit a pu augmenter grâce à une diminution des nausées, de l'anxiété et de la constipation.

Mastication, déglutition

Selon Pitt et al. (52), une TCC et une FBT ont démontré une amélioration de la mastication et de la déglutition. La TCC a permis de démontrer aux enfants que la prise alimentaire ne s'accompagnait pas automatiquement de vomissements. Une valorisation et l'explication des conséquences du trouble ont permis de renforcer des comportements positifs face à la mastication et à la déglutition.

7.3.4 Examens cliniques

Constipation, vidange gastrique

De par la TCC, la FBT et la mirtazapine, Naviaux (21) a prouvé une diminution de la constipation et une amélioration de la vidange gastrique.

7.3.5 Santé psychologique

Fonctions cognitives

Selon Brewerton et al. (40), la TCC accompagnée d'olanzapine a démontré une amélioration de la fonction cognitive chez tous les cas. Cette amélioration a été constatée par les parents, les enseignants et les thérapeutes lors des cours. Ainsi de meilleurs résultats scolaires ont été démontrés.

Anxiété

Par la TCC d'un mois et un suivi à trois mois, Dumont et al. (5) ont démontré une diminution de l'anxiété chez 65% des cas à la fin du traitement. Durant le suivi à trois mois, l'anxiété a réapparu chez 30% des cas. L'anxiété était mesurée par la « Visual Analogue Scale » (échelle visuelle analogique) : 0 indiquant « pas d'anxiété » et 100 indiquant « très anxieux ». Une mesure a été faite avant et après chaque repas.

L'étude de Rienecke et al. (22), a démontré par une TCC et une FBT, une diminution de l'anxiété chez deux cas sur trois. Ceci selon l'outil « Multidimensional Anxiety Scale for Children ». Cet outil se traduit en français par « Échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants » et permet d'obtenir 4 dimensions de l'anxiété : les symptômes physiques, l'anxiété sociale, l'anxiété de séparation et l'évitement du danger (57). Un score bas est égal à peu d'anxiété et plus le score augmente, plus l'anxiété est présente.

Grâce à la mirtazapine et l'outil FBI, Zucker et al. (19) ont démontré une diminution de l'anxiété chez le cas étudié.

Selon Naviaux (21), la TCC accompagnée d'une FBT et de mirtazapine a permis au cas étudié de diminuer son anxiété.

Brewerton et al. (40) ont démontré par une TCC et un traitement d'olanzapine une diminution de l'anxiété chez tous les cas.

Dépression

Rienecke et al. (22) ont démontré au travers d'une TCC et d'une FBT une amélioration de la dépression, chez un enfant sur trois, selon le score de l'inventaire de dépression de l'enfant (58). Chez un cas, le score est inconnu, car il n'a pas été évalué à la fin du traitement. Chez un cas, le score s'est empiré.

Dans l'étude de Brewerton et al. (40) une TCC et un traitement d'olanzapine a mené à une diminution des troubles dépressifs chez tous les cas.

Relations sociales

Grâce à la mirtazapine et l'outil FBI, Zucker et al. (19) ont démontré une amélioration des relations sociales à l'école chez le cas étudié.

7.4 Synthèse des résultats des entretiens semi-directifs

Ces résultats regroupent les entretiens semi-directifs par téléphone que nous avons menés avec deux diététiciennes ayant traité des enfants atteints d'ARFID (Annexe V). Pour rappel, la question de recherche était « *Quel est le rôle de la diététicienne chez les enfants atteints d'ARFID ?* ». Ci-dessous se trouve la synthèse des réponses concernant la thématique de l'expérience, de la prise en charge et de la collaboration interdisciplinaire.

7.4.1 Expériences

Sylvie Borloz, diététicienne au CHUV, a travaillé avec un enfant atteint d'obésité âgé de 12 ans qui présentait des caractéristiques de l'ARFID. Celles-ci correspondaient à une forte sélectivité alimentaire, un dégoût face aux odeurs et une sensibilité face aux textures. Initialement, l'enfant avait un suivi avec un psychologue et avec Mme Borloz en raison d'un surpoids.

Marilyne Seydoux-Perroud, diététicienne ASDD indépendante, travaillant dans un cabinet multisite depuis 14 ans, rencontre des patients atteints d'ARFID depuis trois ans. Les enfants rencontrés souffraient de dégoût, d'hypersensibilité sensorielle découlant souvent sur une impossibilité à couvrir les besoins nutritionnels. Ceux-ci souffraient parfois d'un TSA ou étaient à haut potentiel intellectuel³. Elle exprime que l'anxiété est toujours présente chez ceux-ci.

Selon elle, l'ARFID est parfois confondu avec le trouble de l'oralité (difficulté à la mastication, à la déglutition et de la mobilité de la langue). Celui-ci ne contient pas de composante psychologique mais uniquement physique. De ce fait, la prise en charge diffère de celle de l'ARFID.

7.4.2 Prise en charge

Afin de discuter de la prise en charge, nous avons posé la question « *Quelle est/a été la prise en charge ?* ».

La prise en charge de Sylvie Borloz comporte une approche comportementale et pratique face à la nourriture impliquant une dégustation de mets habituellement non consommés. Selon elle, la motivation du patient doit être prise en compte afin de ne pas provoquer un comportement réticent.

³ Personne ayant un rythme d'apprentissage supérieur à celui de son âge. Un des outils pour déterminer cette aptitude est le quotient intellectuel (QI) qui doit être égal ou supérieur à 130 (59).

De plus, une TCC était proposée par un psychologue. Certaines consultations comprenaient parents et patient, certaines seulement le parent et d'autres seulement le patient. Lorsque les parents étaient présents, le but était de trouver des solutions concrètes (limiter les odeurs, élargir les textures).

Marilyne Seydoux-Perroud décrit que, la plupart du temps, le pédiatre lui transmet des patients ayant une difficulté avec l'alimentation. La diététicienne évalue l'état émotionnel, la sensibilité sensorielle face à l'alimentation et les apports nutritionnels afin de déterminer si l'enfant présente une néophobie simple, un trouble de l'oralité ou un autre trouble comme l'ARFID. Pour ce faire, elle utilise une grille se basant sur les critères de l'ARFID du DSM-5. Dans le cas d'un ARFID, elle agit avec prudence en étant attentive aux émotions de l'enfant et établit des objectifs réalisables. Ses prises en charge varient selon les besoins de l'enfant et sont généralement composées d'éducation nutritionnelle, d'ateliers sensoriels (préparation de mets, dégustation), de méditation et de relaxation, cette dernière étant adaptée pour les enfants.

Lors d'une impossibilité à couvrir les besoins nutritionnels, l'enrichissement des repas à l'aide de mets riches en énergie et en protéines est proposé. Lorsque l'enrichissement n'est pas suffisant pour une couverture des besoins, des suppléments nutritifs oraux sont mis en place.

Selon Mme Seydoux-Perroud et comme Mme Borloz le décrit, l'implication des parents est importante dans la prise en charge de ce trouble.

7.4.3 Collaboration interdisciplinaire

Afin de mettre en avant cette thématique, nous avons posé la question « *Y-a-t-il une collaboration interdisciplinaire ?* ».

Les deux diététiciennes soulignent l'importance d'une collaboration interdisciplinaire. Celle-ci peut se composer de psychologues, de diététiciens, de médecins, d'ergothérapeutes, de logopédistes et de psychomotriciens.

Elles décrivent que le diététicien a une place essentielle dans cette prise en charge, car il représente la figure de l'alimentation. De plus, il assure la couverture des besoins, surveille la croissance et contribue à la mise en pratique de stratégies concernant l'alimentation.

8. Discussion

8.1 Synthèse des résultats de la revue de littérature

Pour réaliser cette synthèse nous avons décidé d'exposer les résultats selon les différents traitements et de décrire les variables étudiées et leur amélioration. Nous avons regroupé les études abordant les mêmes traitements.

- **La TCC** a démontré une diminution de la sélectivité alimentaire et une acceptation plus variée d'aliments permettant une augmentation des apports. De plus, l'anxiété et la néophobie ont également diminué (24).
- **La TCC accompagnée de FBT** a démontré une augmentation du poids, de la variété des aliments, une diminution de l'anxiété, de la dépression et du temps d'ingestion (22). De plus, il y a eu une amélioration de la mastication (52).
- **La TCC accompagnée de FBT et de mirtazapine** a démontré une augmentation de l'appétit et donc du poids, une diminution de l'anxiété, des nausées et de la constipation. De plus, il y a eu une amélioration de la vidange gastrique (21).
- **La TCC accompagnée d'olanzapine** a démontré une augmentation du poids, une amélioration de la fonction cognitive, une diminution de l'anxiété et de la dépression (40).
- **La TCC accompagnée de d-cyclosérine** a démontré une augmentation de l'ingestion, une diminution des refus alimentaires et du nombre de repas (43).
- **La FBT** a démontré selon le score PARDI une diminution de la sévérité du trouble, de la perception sensorielle et de la peur, une augmentation de l'intérêt pour la nourriture. Il y a également eu une augmentation du poids et selon l'EBW une augmentation du pourcentage de poids attendu selon l'âge, la taille et le sexe de l'enfant (20).
- **Le FBI accompagné de mirtazapine** a démontré une augmentation des sensations alimentaires/corporelles, de la consommation alimentaire et une amélioration des relations sociales à l'école. De plus, une diminution de l'anxiété a été démontrée (19).

- **L'introduction de nouveaux aliments** a démontré une amélioration des préférences alimentaires et une augmentation de la consommation alimentaire. Il y a également eu une diminution des comportements inappropriés, des propos négatifs durant les repas et de l'exigence alimentaire (51).
- **L'exposition pendant 5 jours à des repas** a démontré une augmentation de la consommation et donc du poids, une amélioration de l'acceptation des aliments et une diminution des perturbations (53).
- **La mirtazapine précédée d'un traitement pour les TCA** a démontré une augmentation du poids (38).

Dans son ouvrage, Bryant-Waugh (10) décrit différentes approches selon les trois différents sous-types.

- Pour traiter « *un désintérêt pour la nourriture* », elle conseille : une psychoéducation⁴, un travail sur la routine et l'apprentissage de nouvelles habitudes, un travail sur l'attention et la régulation de la stimulation et une intervention familiale.
- Pour traiter « *un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles* » elle conseille : une psychoéducation, un programme individualisé mis en place par un ergothérapeute pour gérer les informations sensorielles et ainsi pouvoir rester concentré et garder son calme, une désensibilisation, la mise en place de stratégies pour gérer le dégoût et une intervention familiale.
- Pour traiter « *une préoccupation concernant les conséquences aversives associées à une prise de nourriture ou un événement traumatique* », elle conseille : une psychoéducation, une thérapie par l'exposition dans le but de désensibiliser, une TCC, la mise en place de stratégies pour gérer l'anxiété et une intervention familiale.

8.2 Synthèse des résultats qualitatifs

Les entretiens avec les deux diététiciennes soulignent le besoin d'un diététicien pour traiter l'ARFID. Elles mettent en avant l'importance de la prise en charge diététique comprenant une approche comportementale, pratique et une intégration des parents. Ceci dans le but de trouver des stratégies permettant à l'enfant de s'alimenter. Si l'alimentation n'est toujours pas suffisante, des SNO sont mis en place.

⁴ La psychoéducation est une formation pratique et théorique sur la compréhension de son trouble (60)

Selon elles, la collaboration interdisciplinaire composée de psychologues, de diététiciens, de médecins, d'ergothérapeutes, de logopédistes et de psychomotriciens est essentielle.

8.3 Qualité des études incluses

Pour étayer ce sous-chapitre, nous avons décidé de décrire et d'expliquer la qualité de chaque étude incluse ce qui nous a permis d'émettre des recommandations de traitements pour l'ARFID et de discuter de certaines variables. Pour rappel, la qualité des études a été évaluée selon la grille de l'Academy of Nutrition and Dietetics.

8.3.1 Études de bonne qualité

Sur les 11 études incluses, nous en avons évalués trois étant de qualité *positive*.

1. Dumont et al. (24) recherchaient à démontrer l'utilité de la TCC pour traiter l'ARFID chez 11 cas sur une durée d'un mois avec un suivi à trois mois. Les cas étaient placés dans trois groupes qui n'étaient pas comparés.

Tous les cas ont été diagnostiqués ARFID selon les critères du DSM-5 (1), de ce fait l'échantillon était représentatif. De plus, ils ont été placés en aveugle dans les trois groupes.

L'intervention et les plans de traitements étaient clairement détaillés. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été clairement posés. Parmi les professionnels impliqués, le diététicien a eu comme rôle de mesurer la sélectivité alimentaire et les apports nutritionnels des cas.

Des statistiques ont également été réalisées afin de démontrer l'effet du traitement. Les résultats prenaient en compte les limites comme par exemple la petite taille de l'échantillon, la durée de seulement 4 semaines et l'intensité du traitement. Le recrutement serait un biais de sélection car il était effectué dans un centre pour TCA, de ce fait il y avait plus de chance que les patients soient atteints d'ARFID et qu'ils répondent et fassent preuve de compliance aux traitements.

2. Sharp et al. (53) ont démontré par un essai contrôlé randomisé la faisabilité et l'efficacité d'un traitement pour l'ARFID. Le groupe traité était exposé à des repas pendant 5 jours et le groupe témoin était sur liste d'attente.

Nous en avons conclu que l'étude était de bonne qualité car les critères d'inclusion et d'exclusion étaient clairs et bien définis. Les sujets étaient tous atteints d'ARFID selon le DSM-5 (1) et l'échantillon était représentatif de la population cible.

Le protocole de l'intervention mentionnait la fréquence, le temps et les professionnels inclus. Dans les différents professionnels inclus, le diététicien avait pour tâche de développer le menu et d'ajouter, si besoin, des SNO.

Les quatre variables étudiées étaient clairement décrites et mesurées avant et pendant l'intervention. L'effet du traitement était significatif pour trois des 4 variables.

Des analyses statistiques ont été effectuées pour tous les participants ayant reçu un traitement. Les auteurs ont analysé la faisabilité, l'efficacité et l'effet du traitement.

La conclusion reconnaît une fiabilité du traitement et met en avant les limites expliquées ci-dessus. Un biais de sélection est présent car les participants étaient déjà connus de l'institution, de ce fait ceux-ci démontraient un intérêt à être pris en charge.

3. Sharp et al. (43) ont réalisé un essai contrôlé randomisé dont l'hypothèse était que l'utilisation de d-cyclosérine diminuerait l'aversion chez les cas ARFID. Ceci impliquerait une diminution de la durée du traitement. Le groupe traité recevait une TCC et de la d-cyclosérine tandis que le groupe témoin recevait une TCC et un placebo. La durée du traitement était de 5 jours et un suivi à un mois dans les deux groupes.

L'étude était selon nous de bonne qualité, car l'intervention était identifiée, les variables étaient indiquées et la population était spécifiée.

La sélection des sujets et l'assignation aux différents groupes étaient faites en double aveugle. De plus, les critères d'inclusion et d'exclusion étaient définis et appliqués chez tous les participants. L'échantillon était représentatif de la population cible, car tous les enfants ont été diagnostiqués ARFID selon les critères du DSM-5 (1).

Le protocole de l'intervention mentionnait la fréquence, le temps et les professionnels inclus et indiquait la dose de d-cyclosérine et du placebo et le moment auquel ils étaient administrés. Parmi les professionnels inclus, le diététicien avait le rôle d'établir les menus. De plus, le suivi mesurait les variables de l'intervention. Les résultats du traitement démontraient un effet. Il était mentionné que des études supplémentaires sur du long terme devaient être menées.

Les analyses statistiques utilisées dans cette étude ont été le test de la normalité et de la significativité des variables étudiées.

La conclusion était claire et tenait compte des limites qui étaient que ce traitement ne pourrait pas s'appliquer à d'autres tranches d'âge car l'étiologie et les traitements seraient différents. De plus, l'échantillon est de petite taille (15 enfants) et la durée du traitement était courte (5 jours et un suivi à 1 mois).

8.3.2 Études de qualité neutre

Sur les 8 études restantes, 7 sont de qualité *neutre*.

1. Rienecke et al. (22), par une série de cas, ont émis l'hypothèse que grâce à une TCC accompagnée d'une FBT, l'acceptation de la nourriture s'améliorerait et que le temps d'ingestion diminuerait. Ceci afin d'améliorer l'état nutritionnel cognitif et anxiogène chez 3 cas étudiés durant une vingtaine de jours.

La sélection des sujets comprenait des biais car les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas définis clairement mais certains détails étaient donnés comme par exemple des informations sur les antécédents médicaux et des caractéristiques démographiques.

L'effet du traitement a démontré une amélioration mais aucune donnée statistique n'a été effectuée.

La conclusion était claire et mentionnait les limites de l'étude comme l'absence de mesure d'évaluation propre à l'ARFID comme le EDY-Q (29) ou le NIAS (30). De plus, la mesure du poids n'a pas été prise en compte comme variable.

Parmi les biais de l'étude, un biais de suivi était présent car un des trois cas a suivi un traitement de 12 jours en ambulatoire après son hospitalisation partielle alors que les autres pas. Un autre biais retrouvé était celui de l'évaluation, car un des trois cas n'a pas été évalué à la fin du traitement afin de démontrer l'effet de celui-ci. Il y avait également un biais de sélection car les participants ont été admis dans un hôpital et de ce fait ont pu être dépistés et sélectionnés plus facilement.

2. Lock et al. (20), par une série de cas, ont émis l'hypothèse que la FBT pouvait être un traitement pour l'ARFID. L'étude comprenait trois cas suivant une FBT adaptée aux trois sous-types d'ARFID.

Ce traitement était mis en place de manière hebdomadaire sur une durée allant jusqu'à 5 mois. L'intervention, les variables, la population et le cadre ont clairement été spécifiés.

Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été clairement définis. Cependant, ils correspondaient tous aux critères de l'ARFID selon le DSM-5 (1).

Le protocole de l'intervention mentionnait la fréquence, le temps et les professionnels inclus. L'effet du traitement a démontré une amélioration des variables mais aucune donnée statistique n'a été effectuée.

Les variables des résultats étaient clairement définies, valides et fiables. Par exemple, le PARDI score (33) était utilisé. Cependant, aucune période de suivi n'a été prévue.

La conclusion mentionnait que la FBT était une bonne approche pour traiter l'ARFID. Cependant, tous les cas souffraient toujours d'ARFID à la fin du traitement. Les limites étaient un temps de traitement trop court et une absence de suivi sur le long terme pour savoir si le trouble était en rémission. Le biais de l'étude était la sélection des sujets qui n'était pas précise.

3. Zucker et al. (19) démontraient l'utilité d'un outil appelé le FBI explorant les sensations corporelles sur un cas unique sur une durée globale de 10 mois.

Aucun critère d'inclusion ni d'exclusion n'a été décrit. Cependant, les caractéristiques de santé de l'enfant ont été décrites.

Les professionnels impliqués dans le traitement ne sont pas clairement définis. Par contre, les parents étaient impliqués de manière assidue lors des différentes sessions. Le traitement a permis d'améliorer les variables mesurées qui étaient clairement définies mais aucun outil validé pour, par exemple, mesurer l'anxiété, n'a été utilisé. De plus aucune analyse statistique n'a été faite. Les co-interventions étaient décrites, comme, par exemple, l'adjonction de mirtazapine avant le début du traitement.

La conclusion n'était pas clairement expliquée. Elle prenait en compte une limite qui était un manque d'évaluations objectives des aspects psychologiques. Le biais principal était que les parents ont observé l'évolution de l'enfant tout au long de l'étude. Un autre biais était que le cas a eu un traitement de mirtazapine avant l'utilisation du FBI.

4. Taylor et al. (51) ont démontré l'impact de l'introduction de nouveaux aliments. Ceci dans le but de diminuer les habitudes alimentaires restrictives et sélectives chez 1 cas unique sur une durée de 4 semaines et un suivi à 9 mois.

La sélection du sujet n'a pas été documentée. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'étaient pas existants. Les caractéristiques de santé, les traitements essayés précédemment pour l'ARFID et les professionnels inclus ont été documentés.

L'intervention et la procédure étaient clairement décrites. De plus, la durée était suffisante pour produire un effet. Aucune analyse statistique n'a été conduite.

La conclusion indiquait clairement les limites et les biais de l'étude. Les limites étaient que le cas n'a pas eu d'évaluation sur la satisfaction et l'acceptation du traitement et il n'y a pas eu d'analyse fonctionnelle comportementale durant l'étude. Les biais étaient qu'avant le programme de traitement le cas n'avait jamais été autant exposé à des aliments et qu'il choisissait les aliments qu'il voulait consommer. De plus, le nombre d'exposition n'était pas égal pour chacun des aliments.

5. Naviaux (21) a étudié chez un cas unique une TCC, une FBT en hospitalisation partielle accompagnée d'un traitement de mirtazapine sur une durée totale de 14 mois.

Aucun critère d'inclusion et d'exclusion n'ont été décrits. Les caractéristiques du cas au niveau de son parcours de santé et sociodémographiques (école, amis) ont été décrites.

L'intervention du traitement, le cadre et les professionnels impliqués étaient clairs. Le diététicien était mentionné dans l'implication du traitement. Les variables étaient clairement définies mais aucun outil validé n'a été utilisé. Aucune analyse statistique n'a été effectuée.

La conclusion ne prenait pas en compte les limites et les biais de l'étude. Elle mettait en avant les aspects positifs de celle-ci comme par exemple l'inclusion des parents et un traitement initié de façon graduelle.

Nous avons constaté un biais de mesure car aucun outil n'était mis en place pour scorer les variables mesurées.

6. Brewerton et al. (40) ont étudié 11 cas traités par TCC et olanzapine en hospitalisation partielle, résidentielle ou ambulatoire sur une durée allant jusqu'à 68 jours.

Les caractéristiques de santé et sociodémographiques des cas n'ont pas été explicitées clairement. Les sujets étaient représentatifs de la population cible.

L'intervention était la même chez les 9 sujets mais ceux-ci n'ont pas tous reçu la même dose d'olanzapine. Deux des participants ont reçu une dose plus importante. Des statistiques ont démontré un effet significatif sur l'augmentation du BMI ($p < 0.04$) lors du traitement d'olanzapine. L'intensité et la durée du traitement ont suffi à démontrer des effets. Les professionnels étaient décrits. De plus, l'introduction mentionne la nécessité d'une approche diététique mais celle-ci n'a pas été utilisée dans cette étude.

La conclusion justifiait l'utilisation de ce traitement. Les biais retrouvés étaient que d'autres traitements supplémentaires étaient administrés lors de l'étude. De plus, l'amélioration de certaines variables ne pouvait pas être seulement corrélée à l'olanzapine. Nous avons mis en évidence le biais de sélection, car les participants ont choisi de prendre part à l'étude, de ce fait ils étaient motivés pour les traitements.

7. Gray et al. (38), ont mené une étude sur 14 cas traités dans un programme pour TCA lors d'une hospitalisation partielle qui ont par la suite reçu de la mirtazapine sur environ 12 semaines.

Les critères d'inclusion et d'exclusion et les caractères de santé ont été spécifiés (anxiété, TDAH). Les sujets pouvaient être considérés comme un échantillon représentatif de la population cible.

L'intervention et les plans de traitement (doses, fréquences) ont été décrits. De plus l'intensité et la durée d'intervention étaient suffisantes pour produire un effet significatif ($p < 0.05$). Celle-ci était la seule donnée statistique de l'étude.

La mesure des variables n'était pas basée sur des outils validés et fiables. L'influence d'autres traitements a été prise en compte (autres médicaments).

La conclusion était claire et prenait en compte les limites comme un petit échantillon et l'effet d'autres traitements au moment de l'étude.

Selon nous, un des biais était la sélection des cas car les patients ont été sélectionnés dans le centre de traitement et étaient de ce fait motivés. De plus, la polymédication était un autre biais car elle ne permettait pas de démontrer l'effet de de la mirtazapine.

8.3.3 Étude de qualité insuffisante

La dernière étude est de qualité *insuffisante*.

1. Pitt et al. (52) ont étudié deux cas recevant une TCC et une FBT accompagné d'une NES sur une période de plusieurs semaines.

La question de recherche n'était pas clairement posée. Cependant, les variables étaient indiquées.

Aucun critère d'inclusion ni d'exclusion n'a été posé. Les participants ont été admis car ils étaient initialement dans le centre de TCA. Les caractéristiques de santé étaient décrites (malnutrition, NES). Aucune méthode en aveugle n'a été faite pour cette étude.

L'intervention était claire mais les fréquences de thérapie n'étaient pas explicitées. Les professionnels impliqués dans le traitement n'étaient pas décrits. Il y a eu une amélioration des variables mesurées.

Aucun outil validé et fiable n'était utilisé, de plus aucune analyse statistique n'a été faite.

Selon nous, la conclusion est pauvre. De plus, aucun biais et aucune limite n'ont été mentionnés. Cependant, un biais de l'étude était que l'intervention n'était pas suffisamment précise.

8.3.4 Conclusion de la qualité des études incluses

Sur 11 études sélectionnées pour notre revue de littérature, 9 sont des études de cas et deux sont des essais contrôlés randomisés.

Selon la HAS (61), les études de cas sont de grade de recommandations C. Cela signifie un faible niveau de preuve scientifique. Elles décrivent un ou plusieurs cas avec une même pathologie pour déceler les variables importantes à analyser dans le but d'établir des facteurs de risque associés à cette pathologie. Ces étapes permettent de démontrer l'utilité de mener une recherche plus approfondie.

Les essais contrôlés randomisés sont de grade de recommandations A. Cela signifie une preuve scientifique établie (61). Ils démontrent l'effet d'un traitement au travers d'une comparaison entre un groupe traité et un groupe témoin. Les groupes sont établis aléatoirement. Le but final est de généraliser les résultats à la population cible.

Étant donné que les échantillons des études de cas sont toujours très petits et que la qualité de la plupart des études de notre revue est moindre, cela démontre que les traitements de l'ARFID sont encore au stade exploratoire.

8.4 Récapitulatif des traitements

En conclusion, nous avons établi un tableau récapitulatif des traitements (tableau 4) selon notre revue de littérature, les entretiens et l'ouvrage de Bryant-Waugh. De plus, si les traitements étaient spécifiques à un des trois sous-type d'ARFID, nous l'avons mentionné. Finalement, afin de rappeler visuellement la qualité des traitements étudiés dans notre revue de littérature, des couleurs ont été attribuées. Ceux de couleur verte sont de bonne qualité, ceux de couleur orange sont de qualité neutre et ceux de couleur rouge sont de qualité insuffisante.

Tableau 4 : Récapitulatif des traitements

Types de traitements	Revue de littérature	Entretiens qualitatifs	Bryant-Waugh	Sous-types ARFID			
				DN	AS	CA	NS
TCC (24)	X			X	X	X	
TCC + FBT (22)	X			X	X	X	
TCC + FBT + mirtazapine (21)	X				X	X	
TCC + olanzapine (40)	X						X
TCC + d-cyclosérine (43)	X						X
TCC + FBT (52)	X						X
FBT (20)	X			X	X	X	
Mirtazapine + traitement TCA (38)	X			X	X	X	
FBI + mirtazapine(19)	X			X			
Introduction de nouveaux aliments (51)	X						X
Exposition de 5 jours à des aliments (53)	X						X
TCC, FBT, ergothérapie, psychomotricité, logopédie, diétothérapie, prise en charge médicale (Borloz S, Seydoux-Perroud M)		X					X
Psychoéducation, travail sur les habitudes, travail sur l'attention et la régulation de la stimulation, FBT (10)			X	X			
Psychoéducation, approche sensorielle corporelle, désensibilisation, travail sur le dégoût, FBT (10)			X		X		
Psychoéducation, exposition graduelle, TCC, travail sur l'anxiété, FBT (10)			X			X	

DN : désintérêt pour la nourriture ; AS : aversions sensorielles ; CA : conséquences aversives ; NS : non spécifié

Nous tenons à souligner que certains traitements ont été évoqués à la fois dans la revue de littérature, lors des entretiens ou dans l'ouvrage de Bryant-Waugh mais ne faisaient pas partie du traitement principal. Par exemple, la prise en charge diététique a été mentionnée dans l'étude de Naviaux (21) alors qu'elle ne faisait pas partie du traitement étudié. Ainsi, ce tableau est représentatif de nos recherches mais n'est pas exhaustif.

8.5 Recommandations de la prise en charge de l'ARFID

Dans ce chapitre, nous avons pris position afin d'émettre des recommandations de traitements pour l'ARFID. Celles-ci ont été réalisées selon notre revue de littérature, les entretiens semi-directifs et l'ouvrage de Bryant-Waugh (10). Nous avons émis ces recommandations car à ce jour aucun guide de traitement n'a été réalisé.

8.5.1 Multidisciplinarité

Tout au long de notre travail, nous avons mis en évidence la nécessité d'une prise en charge pluriprofessionnelle pour traiter l'ARFID. Voici une liste non-exhaustive des professionnels pouvant participer à la prise en charge selon les besoins du patient et le sous-type du trouble :

- Le médecin
- Le psychologue
- L'ergothérapeute
- Le psychomotricien
- Le logopédiste
- Le diététicien

8.5.2 Spécificité de la prise en charge selon le sous-type ARFID

Nous avons décidé de mettre en lumière les traitements spécifiques selon les sous-types, car ceux-ci ont des besoins de prise en charge différents.

1. Désintérêt pour la nourriture

- a. TCC accompagnée d'une FBT
- b. Psychoéducation
- c. Travail sur les habitudes
- d. Travail sur l'attention et la régulation de la stimulation (faim, satiété)

2. Aversions sensorielles

- a. TCC accompagnée d'une FBT
- b. Psychoéducation
- c. Approche sensorielle corporelle
- d. Désensibilisation
- e. Travail sur le dégoût

3. Conséquences aversives

- a. TCC accompagnée d'une FBT
- b. Psychoéducation
- c. Exposition graduelle
- d. Travail sur l'anxiété

8.5.3 TCC - FBT

Selon nous, une TCC accompagnée d'une FBT est indispensable pour traiter l'ARFID. Nous avons émis cette recommandation car 6 études (21,22,24,40,43,52) sur 11 démontrent l'efficacité de la TCC. De plus, sur ces 6 études, deux sont de bonne qualité (24,43).

Concernant la FBT, trois études la recommandent en plus de la TCC (21,22,52). Celles-ci démontrent une amélioration de l'ARFID malgré leur qualité moindre. Ensuite, il est important de souligner qu'une (21) de ces trois études propose un traitement de mirtazapine en plus de la TCC et de la FBT.

Rachel Bryant-Waugh (10), Sylvie Borloz, Marilyn Seydoux-Perroud recommandent également la TCC et la FBT dans la prise en charge de l'ARFID. Finalement, l'Academy for Eating Disorders (62) les recommande dans la prise en charge des TCA en général.

8.5.4 Traitements médicamenteux

Concernant les traitements médicamenteux (mirtazapine, olanzapine, d-cyclosérine), nous ne pouvons émettre de recommandations. Premièrement, selon le Compendium suisse des médicaments (37,39), la mirtazapine et l'olanzapine « ne doivent pas être utilisées chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans ». Deuxièmement, peu d'études de niveau de preuve établie démontrent une fiabilité de ces traitements. Ceci malgré le fait que notre revue de littérature inclut un essai contrôlé randomisé de qualité démontrant l'efficacité de la d-cyclosérine accompagnée d'une TCC. De plus, ces traitements médicamenteux n'ont jamais été évalués seuls.

Troisièmement, Bryant-Waugh (10) ne conseille également pas l'utilisation de traitements médicamenteux, car à ce jour peu de preuves solides n'existent.

8.5.5 Rôle du-de la diététicien-ne

Comme décrit dans la synthèse des entretiens semi-directifs, le diététicien a un rôle majeur dans la prise en charge de l'ARFID. De par ses compétences, il est le référent en matière d'alimentation en assurant la couverture des besoins, la surveillance de la croissance et en proposant des stratégies. Cette prise en charge est adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient.

C'est sur la base du PSN (54) que le diététicien construit sa prise en charge. Le PSN est formé de 4 parties. Nous avons décidé de nommer les points importants à analyser avec un patient atteint d'ARFID.

1. L'évaluation

- a. L'histoire alimentaire regroupe les apports qui peuvent être analysés, par exemple au travers d'un carnet alimentaire. Les croyances et le comportement sont évalués, comme par exemple, la sensibilité sensorielle et la néophobie.
- b. Les mesures anthropométriques regroupent le poids, la taille, le BMI, la courbe de croissance et l'histoire pondérale.
- c. Les données biochimiques peuvent être utiles à connaître en cas de carences.
- d. Les signes physiques axés sur la nutrition regroupent l'apparence physique, la fonte musculaire pouvant être analysée par bio-impédance⁵, la fonction de déglutition, l'appétit et l'humeur.
- e. Les antécédents médicaux et sociaux.

2. Le diagnostic

Un diagnostic est composé d'un problème, de son étiologie et des symptômes. Nous avons décidé de donner un exemple de diagnostics nutritionnels pour chacun des trois sous-types d'ARFID. Ils ont été pensés pour des enfants de 7 à 10 ans ayant des besoins entre 1500 kcal⁶/j à 1700 kcal/j selon le DACH (64).

- *Apports oraux insuffisants (AP-2.1)* en lien avec un désintérêt pour la nourriture démontré par une anamnèse alimentaire estimant des apports énergétiques de 1000 kcal/j pour des besoins estimés à 1500 kcal/j et une cassure de la courbe de croissance.
- *Acceptation limitée des aliments (AP-2.9)* en lien avec un dégoût sensoriel face à des textures dures et la plupart des légumes, démontré par une consommation essentiellement composée de purée de pommes de terre et de viande uniquement à domicile.
- *Trouble de conduite alimentaire (CE-1.5)* en lien avec une importante sélectivité alimentaire d'aliments ayant une consistance dure démontré par une peur de les consommer dû à un étouffement survenu il y a un mois et à une anxiété.

⁵ La bio-impédance permet d'évaluer la masse grasse, non-grasse et non-grasse sèche (63).

⁶ Kcal est l'abréviation de kilocalories

3. *L'intervention*

- a. Le mode d'administration des aliments et/ou des nutriments regroupe le fractionnement et l'enrichissement de l'alimentation, le besoin de SNO et/ou NES, l'environnement alimentaire.
- b. L'éducation nutritionnelle comprend l'explication de l'alimentation, des aliments et de leurs effets sur le corps. Elle comprend également les choix judicieux à faire selon les besoins.
- c. Le counseling nutritionnel comprend les stratégies mises en place et l'alliance thérapeutique. Par exemple, des ateliers sensoriels (dégustation, préparation de mets, méditation, relaxation).
- d. La coordination des soins nutritionnels.

4. *Le suivi*

Il permet de réévaluer les données importantes du point 1 et de les ajuster.

8.5.6 Outils à utiliser en clinique

Les outils servant à diagnostiquer l'ARFID que nous recommandons sont :

- L'EDY-Q (29)
- Le NIAS (30)
- Le PARDI (33)

Les outils d'évaluation utiles à l'ARFID que nous recommandons sont :

- Le carnet alimentaire, la méthode par pesée des aliments mesurent les apports alimentaires.
- Le Food Neophobia Scale (55) mesure la néophobie alimentaire.
- Le Multidimensional Anxiety Scale for Children (57) mesure l'anxiété chez les enfants.
- Le Children's Depression Inventory mesure la dépression chez les enfants.
- Le BMI (9) et la courbe de croissance (65).

8.6 Perspectives pour la recherche

Des essais contrôlés randomisés doivent être menés afin d'étudier des traitements de l'ARFID dans le but d'avoir des recommandations claires et fiables. Une fois ces études réalisées, la rédaction d'un guide de prise en charge spécifique à l'ARFID serait un outil essentiel à la thématique des TCA.

Au vu des connaissances actuelles de l'ARFID, l'information et la sensibilisation devraient être faites auprès des professionnels de santé lors de leur formation, de séminaires ou au travers de revues médicales.

Cette sensibilisation est également importante auprès des familles ayant un membre représentant des caractéristiques de l'ARFID.

En juin 2020, Bryant-Waugh rappelle dans un éditorial (66), qu'il est important de créer un lien bienveillant tant avec le patient atteint d'ARFID qu'avec sa famille. C'est pour ces raisons que les professionnels doivent connaître le trouble et le patient de manière optimale. L'auteure souligne que ce lien est tout autant important que le contenu et le contexte de la prise en charge. Pour y parvenir, elle recommande une alliance plus étroite entre les cliniciens et les chercheurs développant les traitements.

8.6.1 Facteurs confondants

Selon nous, l'amélioration de l'ARFID dépend de plusieurs facteurs. Les études incluses de notre travail démontrent qu'il y a, la plupart du temps, plusieurs traitements concomitants. Chaque traitement touche différents axes du trouble. Par exemple, dans l'étude de Sharp et al. (43), plusieurs traitements ont été mis en place comme la TCC et la d-cyclosérine. Cette dernière diminuerait l'aversion chez les cas ARFID. Cependant, au vu du faible niveau de preuve des études à propos de l'ARFID, il est pour l'instant difficile de corréler un traitement spécifique à l'amélioration du trouble. Ceci signifie qu'il est important de travailler de façon multidisciplinaire, dans le but d'agir sur les différents symptômes et les différentes comorbidités.

8.6.2 Variables pertinentes

Dans ce chapitre, nous avons mis en avant les critères permettant d'évaluer l'évolution du trouble. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les variables des trois études de bonne qualité de notre revue quasi systématique. La qualité des études nous a permis de cibler les variables qui selon nous étaient les plus importantes et celles qui étaient souvent utilisées. Nous avons proposé des outils permettant de mesurer les différentes variables lorsque ceux-ci sont validés et fiables.

Les variables nécessaires à mesurer sont :

- *La sélectivité et l'acceptation de la nourriture*
- *Le poids, la taille, la courbe de croissance, le BMI*
- *Les apports alimentaires. Ils peuvent par exemple être mesurés par :*
 - Le « carnet alimentaire » mais il est important de souligner que cette méthode contient des biais de précision et risque de simplification.
 - Le « Food Frequency Questionnaire » (67). Cependant, le biais de cette méthode peut être des erreurs systématiques sur les quantités par exemple.
 - La « Méthode par pesée des aliments ». Celle-ci est extrêmement précise mais fastidieuse.

- *La fréquence alimentaire*
- *La néophobie alimentaire.* Elle peut par exemple être mesurée par :
 - Le « Food Neophobia Scale » (55)
- *L'anxiété.* Elle peut, par exemple, être mesurée par :
 - Le « Multidimensional Anxiety Scale for Children » (57)
- *L'acceptation de la nourriture*
- *Les perturbations et les refus durant les repas*

A notre avis, ces variables soulignent les aspects importants de la rémission du trouble de l'ARFID du critère diagnostique A selon le DSM-5 (1).

En surveillant le poids, la taille, le BMI et la courbe de croissance il est possible de mesurer le critère diagnostique A1 qui est : *une perte de poids significative ou une incapacité d'atteindre un poids attendu ou un fléchissement de la courbe de croissance du cas.*

En évaluant la sélectivité, la fréquence, les apports alimentaires et l'acceptation de la nourriture, il est possible de mesurer les critères diagnostiques A2 et A3 qui sont *un déficit nutritionnel significatif et une nécessité d'une NES et/ou de SNO.*

En évaluant la néophobie alimentaire, l'anxiété et les perturbations et refus durant les repas, il est possible de mesurer le critère A4 qui est *une altération nette du fonctionnement psychosocial.*

8.6.3 Variables particulières

Il nous semblait important d'analyser plus en détail certaines variables citées ci-dessus qui nous ont interpellées.

Poids, taille, courbe de croissance et BMI

Selon le diagnostic d'ARFID du DSM-5 (1), il est précisé qu'un enfant peut par exemple seulement souffrir du point A.4 qui est « une altération nette du fonctionnement psychosocial » sans être atteint des points A.1,2,3 qui sont « une perte de poids significative, un déficit nutritionnel ou une nécessité d'une NES ou de SNO. »

En résumé, il est possible qu'un enfant atteint d'ARFID n'ait pas de problèmes de poids. Cependant, selon notre revue de littérature, les variables (poids, taille) de ces études (20–22,24,38,40,53) permettaient de démontrer chez les cas une perte de poids significative, une incapacité à atteindre les besoins attendus ou un fléchissement de la courbe de croissance.

Selon nous, c'est pour ces raisons qu'une évaluation du poids et de la taille durant un suivi comme dans une étude est primordiale.

Certaines études (19,43,51,52) n'utilisent ni le poids ni la taille comme des variables à mesurer. Selon nous, celles-ci sont nécessaires, car elles permettent d'obtenir un BMI et/ou une courbe de croissance. Sans celles-ci, il n'est pas possible d'évaluer une reprise pondérale.

Les perturbations et les refus durant les repas

Ces variables sont essentielles à mesurer et à prendre en compte pour évaluer l'amélioration du trouble. Elles sont mesurées dans certaines études mais aucun outil valide et fiable n'est utilisé. Nous pensons qu'il est difficile de développer un tel outil mesurant un comportement inapproprié. Nous pouvons imaginer que chaque comportement devrait être référencé puis standardisé. Toutefois, un comportement est propre à chacun ce qui rendrait la réalisation d'un tel outil complexe.

Par exemple, dans l'étude de Taylor et al. (51), des exemples de comportements inappropriés sont donnés comme des propos négatifs face aux aliments présentés et des refus de les consommer.

En comparaison, dans les études de Sharp et al. (43,53), les perturbations lors du repas étaient définies et plus précises que dans l'étude précédente. Celles-ci étaient démontrées par « tourner la tête (de 45°) lors d'une proposition de bouchée » et/ou « pousser la cuillère ou la main de la personne proposant la bouchée ».

L'anxiété

Les troubles anxieux sont considérés comme un facteur de risque et une comorbidité de l'ARFID (1). Ceci explique que dans plusieurs études (19,21,22,24,40), l'anxiété est définie comme une variable explorée. Selon nos recherches, l'anxiété est très présente chez les cas souffrant d'ARFID, ainsi il est important que celle-ci soit prise en compte. Certains outils validés comme le « Multidimensional Anxiety Scale for Children » (57) permettent de la chiffrer pour mesurer son évolution. De plus, il existe d'autres façons de mesurer l'anxiété. Par exemple, dans l'étude de Dumont et al. (24), une échelle visuelle analogique (Visual Analogue Scale) allant de 0 à 100 est utilisée pour déterminer le degré d'anxiété lors des repas. L'outil permet d'éviter une évaluation de l'anxiété subjective de la part de l'observateur. Ainsi l'outil donne une traçabilité et une uniformité des résultats.

Cependant, dans certaines études (19,21,40) l'anxiété est une variable mais aucun outil de mesure n'est utilisé afin de l'évaluer.

9. Biais, limites et points forts

9.1 Revue de littérature

Notre revue de littérature représente un biais, car c'est une revue quasi systématique. Ainsi, celle-ci n'inclut pas toutes les bases de données. De plus, les critères d'inclusion et d'exclusion limitent les résultats et créent un potentiel manque de données intéressantes. De ce fait, il est possible que la réponse à notre première question de recherche ne couvre pas l'étendue des connaissances actuelles.

Au vu de l'état des connaissances actuelles de l'ARFID, notre travail se limite à beaucoup d'études de cas ce qui rend la fiabilité de notre réponse à la question de recherche plus faible.

L'atout majeur de notre travail est l'explication en détail de l'ARFID et de ses caractéristiques. Ce qui, nous pensons, permet au lecteur de mieux comprendre la revue de littérature. L'ensemble du travail donne des réponses à la question de recherche posée.

9.2 Entretiens semi-directifs

La COVID-19 nous a imposé une limite dans la méthodologie des entretiens semi-directifs. Ceux-ci étaient initialement prévus en face à face et ont finalement été menés par téléphone. Le recrutement des diététicien-ne-s susceptibles de nous répondre a été perturbé. L'absence de contact visuel et physique lors des entretiens a pu provoquer une interprétation des réponses différentes. De plus, au vu de cette situation, nous n'avons ni enregistré ni retranscrits les entretiens. Ce qui ne correspond donc pas aux meilleurs standards pour conduire des entretiens semi-directifs.

Chaque personne questionnée a eu la gentillesse de relire le compte-rendu des réponses données ce qui leur a permis de compléter et vérifier leurs propos. Ainsi, nous avons pu recevoir des compléments d'informations et valider notre compréhension de leurs propos. De plus, ces entretiens nous ont aidés à formuler des recommandations de prise en charge diététique pour les enfants atteints d'ARFID.

10. Conclusion

En conclusion, nous rappelons que l'ARFID est encore peu connu des professionnels de santé. Ainsi, notre travail relève qu'actuellement, aucun guide fondé sur des preuves scientifiques et aucun consensus de traitement spécifique à ce trouble n'ont été réalisés. Cependant, des pistes de traitements de l'ARFID ont des similarités avec d'autres traitements de TCA, comme par exemple, la TCC, la FBT et l'approche multidisciplinaire.

Dans cette approche multidisciplinaire, le diététicien a un rôle primordial à jouer. Ses compétences en matière d'alimentation et son approche thérapeutique lui permettent d'élaborer, en collaboration avec le patient et sa famille, des stratégies concrètes. Ceci dans le but, par exemple, d'assurer chez le patient la couverture des besoins nutritionnels, le suivi de la courbe de croissance et l'amélioration du comportement alimentaire.

Finalement, au vu des connaissances actuelles, nous soulignons l'importance de réaliser des essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité d'un traitement sur de plus grands échantillons. Ceci dans le but d'augmenter la durée de l'intervention, du suivi et d'obtenir un échantillon représentatif de la population cible. Ainsi des résultats de traitements significatifs pourraient être démontrés.

11. Remerciements

Nous tenons ici à remercier très chaleureusement les personnes ayant contribué à la réalisation de ce Travail de Bachelor.

Tout d'abord, Isabelle Carrard, notre directrice de travail de Bachelor, qui a été d'une grande aide pour le suivi de qualité. Son soutien, sa disponibilité et ses remarques constructives durant la supervision de notre travail nous ont stimulés.

Nous remercions sincèrement Sylvie Borloz et Marilyne Seydoux-Perroud pour le temps accordé lors des entretiens et leur relecture attentive.

Nous souhaitons également remercier le bibliothécaire de la HEdS, Jean-David Sandoz pour son aide précieuse.

Finalement, nous remercions Stéphane Mercier, Corine Bolay Mercier et Alex Prada pour leur relecture.

12. Références

1. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson; 2016.
2. Academy for Eating Disorders. Resources. [En ligne]. 2019 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.aedweb.org/resources/about-eating-disorders/fast-facts>
3. Schnyder U, Milos G, Mohler-Kuo M. Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. [En ligne]. 2012 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-e-und-b/praevalenz-essstoerungen-in-der-schweiz.pdf.download.pdf/Prävalenz%20von%20Essstörungen%20in%20der%20Schweiz.pdf>
4. Schmidt U, Brown A, McClelland J, Glennon D, Mountford VA. Will a comprehensive, person-centered, team-based early intervention approach to first episode illness improve outcomes in eating disorders?. *Int J Eat Disord*. 2016;49(4):374-7. doi:10.1002/eat.22519
5. David Massal. Troubles alimentaires : quand consulter un psy ? [En ligne]. [cité 20 juillet 2020]. Disponible sur: <http://www.psy-lyon.com/troubles-alimentaires/4587870034>
6. Montaut Alexis. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. [En ligne]. 2010 [cité 20 juillet 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>
7. Pica L, Berthelot M, Institut de la statistique du Québec. L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. [En ligne]. 2018 [cité 20 juillet 2020]. Disponible sur: <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire1.pdf>
8. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2005;187(6):573-8. doi:10.1192/bjp.187.6.573
9. World Health Organization. Body mass index - BMI. [En ligne]. 2020 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
10. Bryant-Waugh R. ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder): a guide for parents and carers. New York: Routledge; 2019.
11. Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2002.

12. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant-Waugh R, Hilbert A, et al. Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *Int J Eat Disord.* 2019;52(4):361-6. doi:10.1002/eat.23042
13. Société suisse de nutrition. Informations générales du disque de l'alimentation pour enfants. [En ligne]. 2016 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: http://www.sge-ssn.ch/media/Propositions_didactiques_informations_generales.pdf
14. Micali N, Tombeur E. ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques. *Rev Médicale Suisse.* [En ligne]. 2019 [cité 25 juin 2020]; 15(638):394-7. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-638/ARFID-Trouble-de-restriction-evitement-de-l-ingestion-d-aliments-caracteristiques-cliniques>
15. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord.* 2017;5:21. doi:10.1186/s40337-017-0149-z
16. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):45-57. doi:10.1016/j.psc.2018.10.003
17. Goldberg HR, Katzman DK, Allen L, Martin S, Sheehan C, Kaiserman J, et al. The Prevalence of Children and Adolescents At-Risk for Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in a Pediatric and Adolescent Gynecology Clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;S1083318820302412. doi:10.1016/j.jpag.2020.06.004
18. Luc J-N. « A trois ans, l'enfant devient intéressant... » : La découverte médicale de la seconde enfance (1750-1900). *Rev D'Histoire Mod Contemp* [En ligne]. 1989 [cité 25 juin 2020];1989;36(1):83-112. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rhmc_0048-8003_1989_num_36_1_1482
19. Datta N, Zucker NL, Harris AA, Foukal M, Savereide E, Maslow GR, et al. Feeling and body investigators (FBI): ARFID division—An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *Int J Eat Disord.* 2019;52(4):466-72. doi:10.1002/eat.22996
20. Lock J, Robinson A, Sadeh-Sharvit S, Rosania K, Osipov L, Kirz N, et al. Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from FBT for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2019;52(4):439-46. doi:10.1002/eat.22994

21. Naviaux A-F. Management of ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) in a 12-year-old on a Paediatric Ward in a General Hospital: Use of Mirtazapine, Partial Hospitalisation Model and Family Based Therapy. *Psychiatr Danub*. [En ligne]. 2019 [cité 25 juin 2020];31(Suppl 3):421-6. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488765/>
22. Rienecke RD, Drayton A, Richmond RL, Mammel KA. Adapting treatment in an eating disorder program to meet the needs of patients with ARFID: Three case reports. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020;25(2):293-303. doi:10.1177/1359104519864129
23. Makhzoumi SH, Schreyer CC, Hansen JL, Laddaran LA, Redgrave GW, Guarda AS. Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol in an inpatient-partial hospitalization program for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):428-34. doi:10.1002/eat.23049
24. Jansen A, Dumont E, Mulkens S, Kroes D, Haan E. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):447-58. doi:10.1002/eat.23053
25. Fischer AJ, Luiselli JK, Dove MB. Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2015;3(2):154-66. doi: 10.1037/cpp0000090
26. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*. [En ligne]. 2010 [cité 31 mai 2020]; 6. 1511-1513. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
27. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(5):495-9. doi:10.1002/eat.22217
28. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):49-52. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.11.013
29. Hilbert A, van Dyck Z. Eating Disorders in Youth- Questionnaire. [En ligne]. 2016 [cité 31 mai 2020]. Disponible sur: https://pdfs.semanticscholar.org/b361/8045ce89f71d02d5a75a51abbf84a0b3592d.pdf?_ga=2.244993157.1601113226.1595424819-298273941.1561036262
30. Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*. 2018;123:32-42. doi:10.1016/j.appet.2017.11.111

31. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, Klimek P, Mitchell JE, Berg KC, et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):452-63. doi:10.1002/eat.22388
32. Schmidt R, Kirsten T, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):388-97. doi:10.1002/eat.23063
33. Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, Lawson EA, Eddy KT, Thomas JJ. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):378-387. doi:10.1002/eat.22958
34. Cottraux J. Les psychothérapies cognitives et comportementales. [En ligne]. 2017 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294750090>
35. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):310-20. doi:10.1002/eat.20367
36. Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. New York: The Guilford Press; 2015.
37. Compendium. Mirtazapin Mepha Lactab 15 mg. [En ligne]. 2018 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://compendium.ch/fr/product/1368618-mirtazapin-mepha-lactab-15-mg>
38. Gray E, Chen T, Menzel J, Schwartz T, Kaye WH. Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(4):288-9. doi:10.1016/j.jaac.2018.01.011
39. Compendium. Olanzapine Mepha cpr 20 mg. [En ligne]. 2012 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://compendium.ch/product/1141722-olanzapine-mepha-cpr-20-mg/mpub>
40. Brewerton TD, D'Agostino M. Adjunctive Use of Olanzapine in the Treatment of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents in an Eating Disorders Program. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017;27(10):920-2. doi:10.1089/cap.2017.0133
41. Walker DL, Ressler KJ, Lu K-T, Davis M. Facilitation of Conditioned Fear Extinction by Systemic Administration or Intra-Amygdala Infusions of d-Cycloserine as Assessed with Fear-Potentiated Startle in Rats. *J Neurosci*. 2002;22(6):2343-51. doi:10.1523/JNEUROSCI.22-06-02343.2002

42. Hofmann SG, Meuret AE, Smits JAJ, Simon NM, Pollack MH, Eisenmenger K, et al. Augmentation of Exposure Therapy With D-Cycloserine for Social Anxiety Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):298. doi:10.1001/archpsyc.63.3.298
43. Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH, Criado KK, Sanders R, McCracken CE, et al. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Transl Psychiatry*. 2017;7(6):e1157-e1157. doi:10.1038/tp.2017.126
44. Hofmann SG. D-cycloserine for Treating Anxiety Disorders: Making Good Exposures Better and Bad Exposures Worse. *Depress Anxiety*. 2014;31(3):175-7. doi:10.1002/da.22257
45. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management: Nutrition intervention and eating disorders. *J Hum Nutr Diet*. 2011;24(2):144-53. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01140.x
46. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. [En ligne]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf
47. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Boulimie et hyperphagie boulimique. [En ligne]. 2019 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf
48. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2019;52(6):746-51. doi:10.1002/eat.23077
49. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):464-70. doi:10.1002/eat.22350
50. Chiu H-W, Li T-C. Rapid weight gain during mirtazapine treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011;23(1):E7. doi:10.1176/jnp.23.1.jnpe7
51. Taylor T, Haberlin A, Haberlin J. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder for a teenager with typical development within the home setting. *J Adolesc*. 2019;77:11-20. doi:10.1016/j.adolescence.2019.09.007
52. Pitt PD, Middleman AB. A Focus on Behavior Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Case Series. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018;57(4):478-80. doi:10.1177/0009922817721158

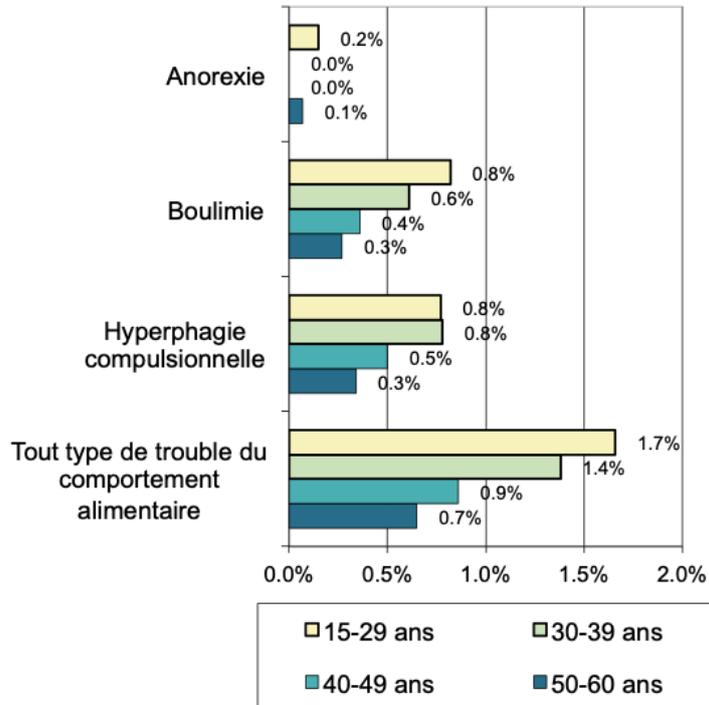
53. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, et al. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders: Results From a Randomized Pilot Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(4):658-63. doi:10.1097/MPG.0000000000001043
54. Academy of Nutrition and Dietetics. Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. Bruxelles: De Boeck; 2013.
55. Pliner P, Hobden K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite.* 1992;19(2):105-20. doi:10.1016/0195-6663(92)90014-W
56. Le Grange D, Doyle PM, Swanson SA, Ludwig K, Glunz C, Kreipe RE. Calculation of Expected Body Weight in Adolescents With Eating Disorders. *PEDIATRICS.* 2012;129(2):e438-46. doi:10.1542/peds.2011-1676
57. March JS, Parker JDA, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(4):554-65. doi:10.1097/00004583-199704000-00019
58. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.* [En ligne]. 1985 [cité 25 juin 2020];1985;21(4):995-8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4089116/>
59. Terrassier J-C, Gouillou P. Guide pratique de l'enfant surdoué: repérer et aider les enfants précoces. Paris: ESF éditeur; 2016.
60. Cochet B. La psychoéducation: Une approche psychothérapeutique primordiale. *J Psychol.* 2009;273(10):36. doi:10.3917/jdp.273.0036
61. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. [En ligne]. 2013 [cité 12 juillet 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
62. Academy for Eating Disorders - Resources. [En ligne]. 2019 [cité 13 juillet 2020]. Disponible sur: <https://www.aedweb.org/resources/about-eating-disorders/treatment-options>
63. Kyle U. Bioelectrical impedance analysis--part I: review of principles and methods. *Clin Nutr.* 2004;23(5):1226-43. doi:10.1016/j.clnu.2004.06.004
64. Société Suisse de Nutrition. Valeurs de référence DACH. [En ligne]. 2015 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sge-ssn.ch/fr/science-et-recherche/denrees-alimentaires-et-nutriments/recommandations-nutritionnelles/valeurs-de-reference-dach/>

65. World Health Organization. Poids-pour-l'âge. [En ligne]. 2020 [cité 13 juillet 2020]. Disponible sur:
https://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/fr/
66. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: In need of a dose of kindness? Clin Child Psychol Psychiatry. 2020;135910452092905.
doi:10.1177/1359104520929054
67. National Cancer Institute. Dietary Assessment Primer. [En ligne]. 2018 [cité 9 juillet 2020]. Disponible sur:
<https://dietassessmentprimer.cancer.gov/profiles/questionnaire/validation.html>

13. Annexes

13.1 Annexe I : Rapport entre TCA et âge

B) Rapport entre troubles du comportement alimentaire et âge, 2010 (prévalence sur 12 mois)



13.2 Annexe II : Grille de lecture descriptive

Module « Méthodologie de recherche 2 et Epidémiologie nutritionnelle »

Lecture Critique : Grille de lecture descriptive

<p>Quelle est la question posée par les auteurs ?</p>	<p>1. Quelle est la question de recherche ?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Population b. Intervention / Exposition c. Comparaison d. Outcome <p>Est-ce que la question est suffisamment argumentée et justifiée dans l'introduction ? (Expliquez brièvement)</p> <p>2. Une hypothèse est-elle formulée de manière explicite ? Si oui, quelle est-elle ?</p>
<p>Quel type d'étude a été effectué ?</p>	<p>3. La récolte de données était-elle longitudinale ou transversale ?</p> <p>4. La récolte de données était-elle rétrospective ou prospective ?</p> <p>5. Y a-t-il eu une comparaison entre groupes ? Si oui, quels étaient les groupes ?</p> <p>6. Y a-t-il eu une (ou des) intervention(s) ou une exposition ?</p> <p>7. Quel était le devis d'étude ? (cohorte, cas-témoins, enquête, étude de cas, essai contrôlé randomisé ?)</p>
<p>Quelles sont les méthodes utilisées ?</p>	<p>8. De quelle population les sujets étaient-ils issus ?</p> <p>9. Quels étaient les principaux critères d'inclusion et d'exclusion ?</p> <p>10. Comment les sujets ont-ils été sélectionnés ?</p> <p>Y a-t-il un risque de biais de sélection ?</p> <p>11. Quelles étaient les variables étudiées ?</p> <p>Les outils de mesure étaient-ils valides et fiables ?</p> <p>12. Quelles étaient les principales analyses statistiques effectuées ?</p>

Quels sont les résultats de l'étude ?	<p>13. Quels sont les principaux résultats ?</p> <p>Que signifient-ils concrètement ?</p> <p>Permettent-ils de répondre à la question de recherche ?</p> <p>Les tableaux et graphiques sont-ils pertinents, clairement légendés ?</p> <p>Selon vous, manque-t-il des résultats pertinents ?</p>
Puis-je appliquer ces résultats à ma pratique ? Analyse personnelle	<p>14. Quels sont les éléments principaux de la discussion ?</p> <p>15. Les auteurs présentent-ils les limites et les biais ? Si oui, quels sont-ils ?</p> <p>16. Les auteurs citent-ils leurs sources (références) ?</p> <p>Les références citées sont-elles récentes ?</p> <p>Les auteurs citent-ils plusieurs de leurs propres travaux ?</p> <p>Certains aspects importants manquent-ils de références ?</p> <p>17. Quelle est la conclusion de l'étude ?</p> <p>Est-elle logique et découle-t-elle des résultats de l'étude ?</p> <p>Selon vous, les résultats sont-ils plausibles ? En lien avec ce que vous connaissez ?</p> <p>Que pensez-vous de cette étude ? Appliqueriez-vous les résultats ?</p>

13.3 Annexe III : Grille d'analyse de qualité d'articles de recherche

Analyse qualité d'articles de RECHERCHE¹

Résumé descriptif

Référence	
Devis d'étude	
Niveau de qualité	<input type="checkbox"/> + (Positif) <input type="checkbox"/> - (Négatif) <input type="checkbox"/> ⊙ (Neutre)
But de la recherche	
Critères d'inclusion	
Critères d'exclusion	
Description du protocole de l'étude	Recrutement : Design : Aveuglement (si applicable) : Intervention (si applicable) : Analyses statistiques :
Recueil de données	Moments de mesure : Variables dépendantes : Variables indépendantes : Autres variables en lien :
Description de l'échantillon étudié	N initial sujets: (.....Hommes ;Femmes) N final analysé : (Taux de retrait :) Age (moyenne ; groupes ; etc.): Origine : Autres caractéristiques démographiques : Données anthropométriques : Lieu de recrutement :

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

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

Analyse qualité

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

Checklist

Questions de pertinence	
1. En cas de résultat positif de l'intervention étudiée, est-ce que sa mise en application résulterait en une amélioration pour le groupe cible ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA
2. Est-ce que l'outcome ou le thème étudié (variable dépendante) est important du point de vue du groupe cible ?	O N PP NA
3. Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) ou le thème de l'étude est une préoccupation fréquente en pratique diététique ?	O N PP NA
4. Est-ce que l'intervention ou la procédure est réalisable/faisable ? (Non applicable pour certaines études épidémiologiques).	O N PP NA

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

Questions de validité	
1. Est-ce que la <u>question de recherche</u> a été clairement posée ?	O-N-PP-NA
1.1 Est-ce que l'intervention ou la procédure (variable indépendante) a été identifiée ?	O-N-PP-NA
1.2 Est-ce que les variables de résultat (outcome, variables dépendantes) ont été clairement indiquées ?	O-N-PP-NA
1.3 Est-ce que la population cible et le cadre de l'étude ont été spécifiés ?	O-N-PP-NA
2. Est-ce que la <u>sélection</u> des sujets de l'étude était exempte de biais ?	O-N-PP-NA
2.1 Est-ce que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient spécifiés (facteurs de risque, stade de la maladie, critères de diagnostic, comorbidités, etc.) et avec suffisamment de détails, sans omettre ceux essentiels pour l'étude ?	O-N-PP-NA
2.2 Est-ce que les critères ont été appliqués de manière identique dans tous les groupes étudiés ?	O-N-PP-NA
2.3 Est-ce que les caractéristiques de santé, les caractéristiques sociodémographiques et les autres caractéristiques des sujets sont décrites ?	O-N-PP-NA O-N-PP-NA
2.4 Est-ce que les sujets peuvent être considérés comme un échantillon représentatif de la population cible ?	O-N-PP-NA
3. Est-ce que les groupes étudiés étaient <u>comparables</u> ?	O-N-PP-NA
3.1 Est-ce que la méthode de répartition des sujets dans les groupes était décrite et non biaisée ? En cas d'essai contrôlé randomisé, est-ce que la méthode de randomisation était explicitée ?	O-N-PP-NA
3.2 Est-ce qu'au début de l'étude la distribution des caractéristiques (stade de la maladie, facteurs pronostiques ou sociodémographiques) était similaire dans les groupes de l'étude ?	O-N-PP-NA
3.3 Est-ce que les sujets du groupe contrôle étaient inclus en même temps que les autres sujet d'étude ? (Suivi en parallèle préféré au suivi rétrospectif)	O-N-PP-NA
3.4 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou transversale, est-ce que les groupes étaient comparables en termes de facteurs de confusion et est-ce que les différences préexistantes étaient prises en compte lors des analyses statistiques ? (ajustement, p.ex.).	O-N-PP-NA
3.5 S'il s'agit d'une étude cas-témoin, est-ce que les facteurs de confusion potentiels étaient similaires chez les cas et les témoins ? (s'il s'agit d'une étude de cas ou si les sujets étaient leur propre contrôle [cross-over] ce critère n'est pas applicable ; idem dans certaines études transversales).	O-N-PP-NA
3.6 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce qu'il y avait une comparaison indépendante faite en aveugle avec un <i>Gold standard</i> ?	O-N-PP-NA

<p>4. Est-ce que la gestion des <u>retraits</u> (sujets ayant arrêté l'étude volontairement ou non) a été décrite ?</p> <p>4.1 Est-ce que les méthodes de suivi des sujets ont été décrites et étaient-elles identiques pour tous les groupes ?</p> <p>4.2 Est-ce que le nombre de retraits et les motifs (abandons, perdus de vue, etc.) ou le taux de réponse (études transversales) étaient décrits pour chaque groupe ? (Le taux de suivi pour une étude robuste est de 80%).</p> <p>4.3 Est-ce que tous les sujets inclus dans l'échantillon de départ ont été pris en compte dans l'analyse?</p> <p>4.4 Est-ce que les raisons de retrait étaient similaires dans tous les groupes ?</p> <p>4.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique: est-ce que la décision d'effectuer le test de référence (gold standard) n'était pas influencée par les résultats du test étudié (nouveau test) ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>5. Est-ce que des <u>méthodes en aveugle</u> ont-été utilisées pour empêcher les biais ?</p> <p>5.1 S'il s'agit d'une étude d'intervention, est-ce que les cliniciens et les investigateurs étaient aveugles concernant l'attribution des groupes ?</p> <p>5.2 Est-ce que les personnes chargées de recueillir les données étaient aveugles concernant l'évaluation des résultats? <i>(Si le résultat était évalué par un test objectif, p.ex. une valeur biologique, ce critère est d'emblée acquis).</i></p> <p>5.3 S'il s'agit d'une étude de cohorte ou d'une étude transversale, est-ce que les mesures de résultat et de facteurs de risque des sujets ont été effectuées à l'aveugle ?</p> <p>5.4 S'il s'agit d'une étude cas-témoins, est-ce que la définition d'un cas était explicite et son attribution au groupe « cas » non-influencée par le fait qu'il ait été exposé ou non au facteur étudié ?</p> <p>5.5 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que les résultats du test étaient traités en aveugle, relativement à l'histoire du patient et aux résultats d'autres tests ?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>
<p>6. Est-ce que l'<u>intervention</u>, les plans de traitement, les facteurs d'exposition ou la procédure, ainsi que les comparaisons ont été décrites en détail?</p> <p>6.1 S'il s'agit d'un essai randomisé contrôlé ou d'une autre étude d'intervention, est-ce que les protocoles étaient décrits pour chacun des plans de traitement étudiés ?</p> <p>6.2 S'il s'agit d'une étude d'observation, est-ce que les interventions, le cadre de l'étude et les professionnels impliqués étaient décrits?</p> <p>6.3 Est-ce que l'intensité et la durée de l'intervention ou du facteur d'exposition étaient suffisantes pour produire un effet significatif?</p> <p>6.4 Est-ce que l'ampleur de l'exposition et, le cas échéant, la compliance du sujet, était mesurée?</p>	<p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p> <p>O-N-PP-NA</p>

6.5 Est-ce que les co-interventions (traitements auxiliaires, autres thérapies, etc.) étaient décrites?	O-N-PP-NA
6.6 Est-ce que les traitements supplémentaires ou non planifiés étaient décrits?	O-N-PP-NA
6.7 Est-ce que les données relatives aux questions, 6.4, 6.5, et 6.6 étaient évaluées de la même manière pour tous les groupes ?	O-N-PP-NA
6.8 S'il s'agit d'une étude visant à évaluer un test diagnostique, est-ce que la manière d'effectuer les tests et leur reproduction étaient suffisamment décrits ?	O-N-PP-NA
7. Est-ce que les <u>variables de résultat</u> étaient clairement définies et les <u>mesures valides et fiables</u>?	O-N-PP-NA
7.1 Est-ce que les critères de résultats (endpoints) primaires et secondaires étaient décrits et pertinents pour répondre à la question ?	O-N-PP-NA
7.2 Est-ce que les mesures nutritionnelles étaient appropriées pour étudier la question et les résultats d'intérêt ?	O-N-PP-NA
7.3 Est-ce que la période de suivi était suffisamment longue pour que les résultats puissent se produire ?	O-N-PP-NA
7.4 Est-ce que les observations et les mesures étaient basées sur des instruments, tests ou procédures de recueil de données standardisés, valides et fiables?	O-N-PP-NA
7.5 Est-ce que la mesure de l'effet était d'un niveau de précision approprié ?	O-N-PP-NA
7.6 Est-ce que d'autres facteurs pouvant influencer les résultats étaient pris en compte?	O-N-PP-NA
7.7 Est-ce que les mesures étaient conduites de façon systématique dans chacun des groupes?	O-N-PP-NA
8. Est-ce que les <u>analyses statistiques</u> étaient appropriées pour le design d'étude et pour le type de variables de résultat?	O-N-PP-NA
8.1 Est-ce que les analyses statistiques étaient suffisamment décrites et les résultats rapportés de manière adéquate ?	O-N-PP-NA
8.2 Est-ce que les tests statistiques utilisés étaient corrects et est-ce que les hypothèses des tests étaient respectées ?	O-N-PP-NA
8.3 Est-ce que les résultats statistiques étaient rapportés avec les niveaux de signification ou les intervalles de confiance ?	O-N-PP-NA
8.4 Est-ce que l'analyse des résultats était effectuée pour l'ensemble des sujets en «intention de traiter» ? (le cas échéant, y avait-il une analyse des résultats pour les personnes les plus exposées ou une analyse dose-effet) ?	O-N-PP-NA
8.5 Est-ce que des ajustements pour les facteurs de confusion potentiels étaient faits de manière adéquate ? (analyses multivariées p.ex.)	O-N-PP-NA
8.6 Est-ce que la signification clinique ainsi que la signification statistique étaient mentionnées ?	O-N-PP-NA

8.7 Si les résultats étaient négatifs, est-ce qu'un calcul de puissance permettait d'identifier une éventuelle erreur de type II ?	
9. Est-ce que <u>les conclusions étaient étayées par les résultats</u> et tenaient compte des biais et des limites ?	O-N-PP-NA
9.1 Est-ce qu'il y a une discussion des résultats ?	O-N-PP-NA
9.2 Est-ce que les biais et les limites de l'étude sont identifiés et discutés ?	O-N-PP-NA
10. Est-ce qu'un biais dû au <u>financement ou au sponsoring</u> de l'étude est peu probable ?	O-N-PP-NA
10.1 Est-ce que les sources de financement et les affiliations des investigateurs sont mentionnées ?	O-N-PP-NA
10.2 Est-ce qu'il n'y avait pas de conflit d'intérêt apparent ?	O-N-PP-NA

Cotation

<p>POSITIF (+)</p> <p><i>Si la majorité des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Oui », y compris les critères 2, 3, 6 et 7 ainsi qu'au moins une réponse « Oui » à une autre question, l'article devrait être désigné par le symbole plus (+).</i></p>
<p>NEGATIF (-)</p> <p><i>Si la plupart ($\geq 6/10$) des réponses aux questions de validité ci-dessus sont « Non », l'article devrait être désigné par le symbole moins (-).</i></p>
<p>NEUTRE (⊙)</p> <p><i>Si les réponses aux questions de validité 2, 3, 6 et 7 n'indiquent pas que l'étude est particulièrement robuste, l'article devrait être désigné par le symbole neutre (⊙).</i></p>

13.4 Annexe IV : Grille d'entretien

h e d s

Haute école de santé
Genève

Ugo Prada et Maeva Mercier

« Quel est le rôle du-de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ? »

1. *Quelle est votre expérience avec les enfants atteints d'ARFID ?*
 - a. *Quelles étaient les caractéristiques du trouble chez le ou les cas ?*

2. *Quelle est/a été la prise en charge ? (diététique et non diététique)*
 - a. *Y-a-t-il eu une prescription de SNO ou une pose de NES ?*

3. *Y-a-t-il eu une collaboration interdisciplinaire ?*
 - a. *Avec un médecin, un psychologue ou autres ?*

13.5 Annexe V : Synthèse des entretiens

h e d s

Haute école de santé
Genève

Ugo Prada et Maeva Mercier

« Quel est le rôle du-de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ? »

Quelle est votre expérience avec les enfants atteints d'ARFID ?

Sylvie Borloz, diététicienne au CHUV, a travaillé avec un enfant présentant une obésité et ayant des caractéristiques d'ARFID. Le patient âgé de 12 ans était initialement pris en charge par un psychologue et une diététicienne en raison d'un surpoids. Le diagnostic d'ARFID n'a pas été posé mais certains comportements concordaient :

- Une forte sélectivité alimentaire avec une consommation essentiellement composée de 5-6 aliments denses en énergie ainsi qu'une faible consommation de légumes
- Un dégoût face aux odeurs et particulièrement face aux légumes
- Une sensibilité aux textures et un désintérêt pour la nourriture.

Quelle est/a été la prise en charge ? (diététique et non diététique)

La prise en charge du patient a été pluridisciplinaire. Elle se composait d'un psychologue, d'un médecin et d'une diététicienne. Le psychologue travaillait avec une approche de thérapie cognitivo-comportementale et la diététicienne travaillait avec une approche comportementale et pratique face à la nourriture. Une technique utilisée par la diététicienne était la dégustation de mets habituellement non consommés. Par exemple, des yaourts avec des morceaux de fruits ayant une légère odeur et sans mélange de saveurs. Au départ, le patient avait une attitude figée face aux nouveaux aliments. La diététicienne soulève l'importance de prendre en compte la motivation du patient afin de ne pas brusquer et d'éviter de provoquer un comportement réticent.

Certaines consultations comprenaient parent et patient, certaines seulement le parent et d'autre seulement le patient. La diététicienne relève que le parent souffrait de cette situation difficile à gérer et souhaitait trouver des solutions. Pour ce faire, elle conviait le parent seul pour établir des stratégies pratiques lors des repas, dans le but de limiter le dégoût des odeurs et d'élargir les textures.

D'après la diététicienne, un changement dans son environnement social a participé à l'amélioration de ce trouble et à une perte de poids. Ainsi, beaucoup de facteurs ont joué un rôle dans cette progression.

Y-a-t-il eu une collaboration interdisciplinaire ?

Oui, selon Sylvie Borloz une collaboration entre psychologues, diététiciens et médecins est importante. Elle exprime également qu'une prise en charge par un ergothérapeute et un psychomotricien pourrait être bénéfique pour traiter l'ARFID. La diététicienne soulève que l'implication des parents est essentielle dans la prise en charge de l'ARFID comme pour les autres TCA. Elle affirme que les diététiciens ont une place importante dans cette prise en charge car ils contribuent à la mise en pratique de stratégies concernant l'alimentation autant pour le patient que pour les parents.

h e d s

Haute école de santé
Genève

Ugo Prada et Maeva Mercier

« Quel est le rôle du/de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ? »

Quelle est votre expérience avec un/des enfants atteints d'ARFID ?

Marilyne Seydoux-Perroud diététicienne ASDD indépendante, travaille dans un cabinet multisite depuis 14 ans. Depuis 3 ans, les cas de patients ARFID se multiplient et sont encore confondus par les prescripteurs avec ceux ayant une néophobie importante. Afin de discuter de ces cas et de leur prise en charge, un groupe de travail multiprofessionnel a été mis en place à Vaulruz dans le canton de Fribourg. Ceci dans le but de comprendre le rôle de chaque professionnel, de créer une collaboration et d'échanger sur diverses expériences. Ce groupe formé en 2018, est composé d'un psychologue, d'ergothérapeutes, de logopédistes, d'un médecin pédiatre spécialisé dans l'oralité et de diététiciennes. De plus, les professionnels se rencontrent tous les 3-4 mois afin de présenter des cas et de trouver des stratégies de prises en charges.

Selon la diététicienne, les enfants rencontrés souffrent de dégoût, d'hypersensibilités sensorielles qui découle souvent sur une impossibilité à couvrir les besoins nutritionnels. L'anxiété est toujours présente chez les patients rencontrés. Parfois l'ARFID est confondu avec le trouble de l'oralité. Celui-ci implique une difficulté motrice de mastication, de mobilité de la langue et des difficultés à la déglutition. La prise en charge de ce trouble n'est pas similaire à celui de l'ARFID car il ne contient pas de composante psychologique mais uniquement physique. Mme Seydoux-Perroud souligne également qu'elle rencontre parfois des enfants ayant un trouble du spectre autistique et des enfants à haut potentiel intellectuel souffrant d'ARFID.

Quelle est/a été la prise en charge ? (diététique et non diététique)

La plupart du temps, le pédiatre transmet au cabinet les patients ayant une difficulté avec l'alimentation. Lors de l'évaluation, la diététicienne évalue l'état émotionnel, la sensibilité sensorielle face à l'alimentation et les apports nutritionnels. Ceci lui permet de savoir si l'enfant présente une néophobie simple, un trouble de l'oralité ou un autre trouble comme l'ARFID par exemple. Pour ce faire elle utilise une grille se basant sur les critères de l'ARFID du DSM-5. S'il s'avère que l'enfant souffre d'ARFID, elle agit comme avec des enfants ayant une néophobie mais avec plus de prudence, c'est-à-dire qu'elle est plus attentive aux émotions et les objectifs sont moins ambitieux.

Lors de la consultation, la diététicienne évalue les difficultés de l'enfant, ce qui lui permet d'adapter la suite de son suivi. Les prises en charges varient selon les besoins de l'enfant. Elles sont composées d'éducation nutritionnelle, d'ateliers sensoriels (préparation de mets, dégustation), de méditation et relaxation adaptée pour les enfants. La vulgarisation et l'utilisation de métaphore sont utilisées pour la compréhension de la thérapie. Les outils utilisés sont, par exemple : des cartes représentant les émotions, des livres expliquant le tube digestif, des jeux sensoriels et une échelle pour évaluer le stress.

Lors d'une impossibilité à couvrir les besoins nutritionnels, l'enrichissement des repas à l'aide de mets riches en énergie et en protéines est une stratégie proposée. Elle est parfois difficile à mettre en place car le goût et/ou la texture peut être un obstacle. Lorsque l'enrichissement n'est pas suffisant pour une couverture des besoins, des suppléments nutritifs oraux sont mis en place.

Selon Mme Seydoux-Perroud, les parents sont un pilier important dans la prise en charge de l'ARFID. Ceux-ci viennent lors de la première consultation afin de poser un cadre sécurisant pour eux et l'enfant ce qui les aide à exposer leurs craintes et leurs attentes.

h e d s

Haute école de santé
Genève

Ugo Prada et Maeva Mercier

Le diététicien peut ensuite les écouter, définir la place de chaque membre de la famille (frères et sœurs), ainsi que les priorités et le rythme du traitement. Selon l'âge de l'enfant, il est possible qu'il vienne en consultation seul par la suite.

Y-a-t-il une collaboration interdisciplinaire ?

Selon Marilyne Seydoux-Perroud, une collaboration interdisciplinaire est mise en place dans le "Réseau ARFID multiprofessionnel" et est essentielle à la prise en charge de ce trouble.

Le pédiatre et la diététicienne sont souvent en première ligne dans la prise en charge de l'ARFID et d'après elle, le diététicien est essentiel à cette prise en charge. C'est souvent le premier professionnel à être sollicité car il représente la figure de l'alimentation. Le rôle de celui-ci est d'assurer la couverture des besoins et surveiller la croissance.

De plus, selon Mme Perroud, il est important de travailler en collaboration avec un ergothérapeute s'occupant de la proprioception du corps, un psychologue travaillant sur les émotions, les traumatismes, les liens d'attachements familiaux, les schémas familiaux et la partie psychologique de l'alimentation. Finalement, un logopédiste menant une prise en charge de la motricité orale.

13.6 Annexe VI : Protocole de travail de Bachelor

h e d s

Haute école de santé
Genève

Rue des Caroubiers 25
CH-1227 Carouge

T +41 22 388 34 60
F +41 22 388 34 50

diet.heds@hesge.ch
www.hesge.ch/heds

ARFID

« Quelle est la prise en charge actuelle du traitement de l'ARFID chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ? »

« Quel est le rôle du/de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ? »

Protocole de Travail de Bachelor

Ugo Prada et Maeva Mercier
15859812
17593393

Directrice de TBSc: Isabelle Carrard

Genève, 20 décembre 2019



Maeva Mercier et Ugo Prada

Table des matières

Résumé	2
Introduction	2
Méthodologie	2
Conclusion	2
Introduction	3
Définition du trouble ARFID	3
Critères diagnostiques.....	3
Prévalence du trouble.....	4
Symptômes et comorbidités	4
Facteurs de risques.....	5
Screening	5
Justification.....	6
But	7
Méthode	7
Questions de recherche	7
Concepts.....	8
Bases de données.....	8
Equations de recherche.....	8
Critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des articles	8
Population	8
Intervention	8
Procédure de sélection des articles	9
Extraction des données	9
Bénéfices et risques	10
Budget et ressources	10
Considération éthique	10
Calendrier	11
Références	12

Maeva Mercier et Ugo Prada

Résumé

Introduction

ARFID est un terme anglais signifiant « Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder ». En français, ce trouble se traduit par : trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion de certains aliments. Ce trouble du comportement alimentaire (TCA) est apparu sous cette dénomination dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) publié en 2013.

Ci-dessous un résumé des 4 points principaux du diagnostic :

- a) Une incapacité à atteindre les besoins nutritionnels en lien avec un manque d'intérêt pour l'alimentation et une sensibilité à certaines caractéristiques d'aliments provoquant un dégoût.
- b) Le trouble n'est pas expliqué par un manque de nourriture disponible ou des pratiques culturelles.
- c) Contrairement à l'anorexie mentale et la boulimie, il n'y a pas de perturbation de l'image corporelle.
- d) Le trouble n'est pas lié à une condition médicale et ne découle pas d'un autre trouble mental.

L'ARFID est un trouble et encore peu étudié. De ce fait, l'épidémiologie est encore vague, la prévalence de l'ARFID serait entre 0.3% et 22%.

Les comorbidités les plus fréquentes de ce trouble sont les troubles anxieux, le trouble obsessionnel compulsif et les troubles neuro-développementaux. Selon le DSM-5 le comportement alimentaire de l'enfant est influencé par l'interaction qu'il a avec ses parents et inversement.

Il existe plusieurs outils d'évaluation du dépistage de l'ARFID qui sont des questionnaires semi-structurés et auto-administrés. Au vu de la potentielle forte prévalence de ce trouble et des répercussions sur la vie de l'enfant, il est primordial de s'intéresser à sa prise en charge. Notre but sera de mener une revue des interventions existantes, et d'explorer la place du-de la diététicien-ne dans le traitement de cette pathologie.

Méthodologie

Pour ce travail, la population ciblée comprend les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans car celle-ci a été la plus étudiée. Nous avons deux questions de recherche. Une première pour comprendre la prise en charge actuelle et une deuxième pour comprendre quel serait le rôle du-de la diététicien-ne pour la prise en charge de ce trouble. Afin de répondre à notre première question nous allons effectuer une revue de la littérature quasi-systématique

1. « *Quelle est la prise en charge actuelle du traitement de l'ARFID pour les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ?* »

Pour répondre à notre deuxième question de recherche nous allons effectuer des entretiens semi-directifs avec des professionnels afin de connaître le rôle du-de la diététicien-ne chez les enfants et les adolescents souffrant d'ARFID.

2. « *Quel est le rôle du-de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ?* »

Conclusion

Le but de ce travail de Bachelor (TB) sera d'étudier l'ARFID afin de faire une revue des prises en charge évaluées et dans ainsi de pouvoir définir le rôle du diététicien dans la prise en charge de celui-ci. Dans l'idéal, nous aimerions aboutir à des propositions concrètes et démontrées l'intérêt d'une intervention du diététicien.

Maeva Mercier et Ugo Prada

Introduction

Définition du trouble ARFID

ARFID est un terme anglais signifiant « Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder ». En français, ce trouble se traduit par : trouble de restriction ou d'évitement de l'ingestion de certains aliments. Ce trouble du comportement alimentaire (TCA) est apparu sous cette dénomination dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) publié en 2013. Selon le DSM-5 (1), l'ARFID remplace ou complète le diagnostic de trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance du DSM-IV. Selon Nakai et al. (2), ce trouble concernait seulement les enfants jusqu'à six ans.

A présent, l'ARFID ne présente plus de limite d'âge et est perçu comme étant un nouveau TCA encore peu connu, difficile à diagnostiquer et se distinguant clairement des autres TCA. Norris et al. (3) ont mené une étude comparant l'anorexie mentale à l'ARFID. Celle-ci démontrait que les personnes atteintes d'ARFID n'ont pas de perception de l'image corporelle faussée ou un poids volontairement bas comme dans le diagnostic de l'anorexie. Ce trouble se traduit par un dégoût de la nourriture au niveau sensoriel, face à la texture, aux odeurs et aux goûts de certains aliments. Les experts décrivent ce trouble comme étant un désintérêt pour la nourriture (1). Comme les autres TCA, l'ARFID est accompagné de comorbidités physiques et psychiques.

Critères diagnostiques

Ci-dessous, les items correspondant au diagnostic du DSM-5 (1).

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

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

Maeva Mercier et Ugo Prada

Spécifier si :

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

En novembre 2018, un groupe de travail regroupant des experts d'horizons différents (médecins, diététiciens, infirmiers etc.) a décidé de clarifier et de préciser le point A du diagnostic dans le but d'aider les recherches futures (4).

- Le point A.1 a été précisé au niveau du BMI. Il doit être en dessous de 18.5 kg/m² pour les adultes et pour les enfants, en dessous du 5^{ème} percentile et une perte de poids significative évaluée à plus de 10 lbs (4.5 kg).
- Le point A.2 a été précisé au niveau des carences nutritionnelles. Celles-ci peuvent être mises en avant par une anamnèse ou par des laboratoires sanguins, ceci selon l'institution.
- Le point A.3 a été précisé au niveau des besoins énergétiques qui doivent être couverts à plus de 50% par une nutrition artificielle.
- Le point A.4 est remis en question par le groupe d'experts car ce sous-point ne permet pas selon eux de poser un diagnostic de l'ARFID.

Ces précisions démontrent que le trouble n'est pas encore bien connu et étudié par le corps médical et qu'il demande encore des ajustements et des recherches.

Prévalence du trouble

Selon Micali et Tombeur (5), la prévalence de l'ARFID est encore approximative car, peu d'études ont été menées sur l'épidémiologie de ce TCA. La prévalence de ce trouble se situerait entre 0.3% et 22%. L'une de ces études utilisées pour créer cette prévalence a été menée chez des enfants de 8 à 13 ans scolarisés en école primaire en Suisse.

L'ARFID débute la plupart du temps chez les jeunes enfants d'environ 9 et 10 ans (5). Fischer et al. (6) ont mené une étude cas-témoin portant sur les caractéristiques de l'ARFID en comparaison à d'autres TCA chez des enfants de 8 à 18 ans. Le groupe contrôle était celui d'enfants atteints d'ARFID et les groupes témoins étaient deux échantillons randomisés de patients atteints d'anorexie mentale et de boulimie. Cette étude a démontré que le groupe contrôle de patients atteints d'ARFID étaient plus jeunes et plus susceptibles d'être des enfants de sexe masculin que les groupes témoins atteints d'anorexie mentale et de boulimie.

Symptômes et comorbidités

Symptômes

Certains exemples de symptômes sont décrits dans le DSM-5 (1), tels que :

1. Un manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture.
2. Un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture, caractérisé par une alimentation sélective ; des aversions sensorielles à la nourriture ; qualification de « mangeur très difficile » et/ou une néophobie de nourriture.
3. Une préoccupation concernant les conséquences aversives associée à une prise de nourriture, caractérisée par une réponse anxieuse/phobique qui affecte l'ingestion d'aliments.

Comorbidités physiques et psychologiques

Les comorbidités les plus fréquentes citées dans le DSM-5 (1) sont : les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles neuro-développementaux (le spectre de l'autisme, le déficit de l'attention avec hyperactivité et le handicap intellectuel).

Maeva Mercier et Ugo Prada

Fisher et al. (6), décrivent que certains troubles concomitants sont retenus ; les troubles gastro-intestinaux tels que le reflux gastro-œsophagien, la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique, la maladie cœliaque, les intolérances alimentaires et les allergies.

Selon le DSM-5 (1), l'ARFID induit des complications développementales et fonctionnelles altérant le développement physique et provoquant des difficultés sociales nuisant à la dynamique familiale.

Les difficultés sociales référant au critère A4 du diagnostic sont exprimées par « l'incapacité, consécutive au trouble, à participer à des activités sociales habituelles, comme par exemple des repas en groupe, ou à maintenir des relations, peut indiquer une influence notable sur le fonctionnement psychosocial. »

Facteurs de risques

Le DSM-5 ne décrit pas d'étiologie mais des facteurs de risques (1). Ceux-ci sont catégorisés en trois types : ceux de type psychologique, ceux de type familial et ceux de type gastro-intestinal.

- Les facteurs de risque de troubles psychologiques sont : les troubles anxieux, les troubles autistiques, les troubles obsessionnels-compulsifs, les déficits de l'attention et les troubles de l'hyperactivité.
- Le facteur de risque environnemental serait lié à l'anxiété familiale.
- Les facteurs de risques gastro-intestinaux sont : les reflux gastro-œsophagiens, les vomissements et les incidents d'étouffements.

Screening

Outils d'évaluation

Quelques outils permettent d'évaluer ou de diagnostiquer l'ARFID, mais aucun n'a encore été adapté ou développé en français, d'après nos connaissances. Selon Micali et Tombeur (5), il n'existe que deux questionnaires qui ont été validés, le "NIAS" et l'"EDY-Q", décrits ci-dessous. Les outils décrits permettent d'évaluer un ARFID :

- Le "Eating Disorder Assessment" provenant du DSM-5 (EDA-5) (7) est un entretien semi-structuré permettant d'évaluer et de diagnostiquer l'ARFID. Selon Micali et Tombeur (5) celui-ci n'a pas encore été validé.
- Le "Eating Disorders Examination" (EDE) (8) est un entretien semi-structuré contenant une partie spécifique à l'ARFID (EDE-ARFID). Par ailleurs, selon les auteurs, il nécessite encore une évaluation avec un échantillon plus large.
- Le "Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview" (PARDI) (9) est un entretien structuré développé par Micali et Tombeur permettant de diagnostiquer l'ARFID. Selon elles, « Il aide également à déterminer un score de sévérité et trois sous-échelles dimensionnelles supplémentaires explorant les trois présentations fréquentes du trouble : sensibilité sensorielle, manque d'intérêt/faible appétit, peur des conséquences aversives ». Des validations à plus large échelle sont en cours.
- Le "Eating Disturbances in Youth Questionnaire" (EDY-Q) (10) est un questionnaire auto-administré permettant d'évaluer le diagnostic de l'ARFID et étant validé.
- Le "Nine-item ARFID screen" (NIAS) (11) est un questionnaire auto-administré et permet d'évaluer les 3 paliers des symptômes décrits dans le point 3.a. Celui-ci a également été validé.

Maeva Mercier et Ugo Prada

Selon Bryant-Waugh et al. (9), le questionnaire "PARDI" permet d'indiquer la sévérité et la fréquence des troubles PICA¹, de l'ARFID et du mérycisme².

- Une introduction comprend des questions concernant la croissance, le développement puis la santé mentale et physique, ceci dans le but de déterminer si un trouble du comportement alimentaire est présent ou non.
- La suite du questionnaire aide à diagnostiquer un des trois troubles. Pour l'ARFID, il permet d'établir un score de sévérité sur les trois présentations fréquentes du trouble :
 1. La sensibilité sensorielle
 2. Le manque d'intérêt/faible appétit
 3. La peur des conséquences aversives.

Le questionnaire existe en 4 versions :

- 1) Une pour les parents accompagnant un enfant de 2 à 3 ans
- 2) Une pour les parents accompagnant un enfant de 4 ans et plus
- 3) Une pour l'enfant non-accompagné de 8 à 13 ans
- 4) Une pour les 14 ans et plus.

Aujourd'hui, aucun traitement n'a été évalué par une étude randomisée. Il existe par ailleurs des pistes, comme la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie familiale basée sur l'exposition (12) (13).

Selon Micali et Tombeur (5), il est important que la prise en charge de l'ARFID chez les enfants ou adolescents comprenne une approche multidisciplinaire (psychiatrique, psychologique, pédiatrique et diététique). Cette prise en charge doit également englober les parents ainsi que des formes de principes comportementaux (techniques d'exposition ou renforcement positif).

Justification

Après nous être imprégné du thème, il nous semble important de comprendre l'étendue de ce trouble, de l'étudier dans le but de pouvoir développer une expertise diététique. Ceci car la prise en charge d'un TCA s'accompagne pour la plupart du temps d'une approche diététique. Depuis le début de notre cursus, nous n'avons pas étudié la prise en charge de l'ARFID. Le trouble étant encore peu connu dans le domaine de la recherche (5), ceci pourrait expliquer que nous n'ayons pas eu de cours à ce sujet. De plus, l'ARFID est un trouble récent apparu en 2013 dans le DSM-5. Il est possible que ce soit pour ces raisons que l'aspect diététique soit encore peu mis en avant.

L'ARFID touche potentiellement un grand nombre d'enfants. De ce fait, un dépistage précoce chez ceux-ci mènerait à une prise en charge rapide afin d'éviter le renforcement du trouble. Le but étant d'améliorer au plus vite l'état psychique et nutritionnel pour éviter des comorbidités. Il serait intéressant pour nous de comprendre les outils de dépistages utilisés à ce jour et ainsi de pouvoir les mettre en lien ou les inclure dans la pratique diététique.

Nous imaginons qu'un manque de connaissance de ce trouble pourrait engendrer un manque de dépistage qui se répercuterait sur une non prise en charge de l'ARFID. Nous voulons mettre l'accent sur le fait que l'ARFID est un diagnostic différent des autres troubles, de ce fait, la prise en charge est différente.

Par exemple, la prise en charge psychologique de l'ARFID est une thérapie cognitivo-comportementale alors que celle de l'anorexie est une approche familiale (5).

¹ PICA est un TCA se caractérisant par l'ingestion répétée d'une ou plusieurs substances non nutritives ou non comestibles pendant une période d'au moins un mois (1).

² Mérycisme est un TCA se caractérisant par des régurgitations répétées de nourriture qui survient après un repas pendant une période d'au moins un mois (1).

Maeva Mercier et Ugo Prada

Pour ces raisons nous semble primordial d'étudier ce trouble et de pouvoir mettre en avant les études expliquant la prise en charge actuelle. Par la suite, nous aimerions compléter et argumenter notre recherche avec des entretiens semi-directifs. L'idéal serait de pouvoir démontrer l'intérêt d'une prise en charge diététique car à jour il n'existe pas encore de guidelines pouvant recommander une meilleure pratique pour la prise en charge de l'ARFID. Plusieurs types de traitement ont été évalués. Une approche multidisciplinaire semble s'imposer.

En conclusion, il nous semble important d'avoir une vue globale des traitements évalués jusqu'à présent pour l'ARFID, puis par la suite déterminer le rôle du/de la diététicien-ne dans la prise en charge de ce trouble.

But

Nous avons décidé de poser deux questions de recherche afin de couvrir l'étendue de notre questionnement.

- La première question nous aidera à comprendre l'avancée des recherches actuelles sur la prise en charge globale du trouble. Nous répondrons à celle-ci sous forme de revue quasi-systématique.
- La deuxième question nous aidera à investiguer sur la pratique nutritionnelle actuelle sur le terrain et mettre en avant la plus-value de celle-ci. Nous répondrons à la question à l'aide d'entretiens semi-directifs avec des professionnels prenant en charge l'ARFID.

Méthode

Questions de recherche

Afin de couvrir l'étendue de nos questionnements, nous avons deux questions de recherches :

1. « *Quelle est la prise en charge actuelle du traitement de l'ARFID chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ?* »

PICO

- **Population** : enfants et adolescents jusqu'à 18 ans
- **Intervention** : prise en charge du trouble de l'ARFID
- **Comparaison** : pas de prise en charge de l'ARFID
- **Outcome** : bénéfiques d'une prise en charge comprenant une diminution ou une rémission de l'éviction et/ou de la restriction depuis une période prolongée. Ceci menant à une amélioration de l'état de santé qui comprend : une reprise pondérale, une amélioration de l'état nutritionnel, une diminution voire un arrêt des supports nutritionnel et une amélioration du fonctionnement psychosocial. (Basé sur les critères du point A du diagnostic de l'ARFID du DSM-5.)

Pour répondre à cette question nous allons effectuer une revue de la littérature quasi-systématique.

2. « *Quel est le rôle du/de la diététicien-ne chez les enfants ou les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID ?* »

Pour cette question de recherche nous n'avons pas créé de question sous la forme PICO car nous n'avons pas d'outcome précis.

Maeva Mercier et Ugo Prada

Pour répondre à cette question, nous allons effectuer des entretiens semi-directifs.

Concepts

Pour notre première question de recherche, nous avons mis en avant quatre concepts :

- ARFID (All fields)
- Avoidant/restrictive food intake disorder (All fields)
- Child (Mesh Terms)
- Adolescent (Mesh Terms)

Bases de données

Nous effectuerons nos recherches dans les bases de données suivantes : Pubmed, CINHALL et PsycINFO.

Equations de recherche

Sur la base de données « Pubmed », l'équation est la suivante :

- (((ARFID) OR avoidant restrictive food intake disorder)) AND ((child[MeSH Terms] OR adolescent[MeSH Terms]).

Cette recherche donne 83 résultats.

Sur la base de données « CINHALL », l'équation de recherche est la suivante :

- ARFID or avoidant/restrictive food intake disorder and children and adolescents.

Cette recherche donne 87 résultats.

Sur la base de données « psycINFO », l'équation de recherche est la suivante :

- ARFID or avoidant restrictive food intake disorder and children and adolescents

Cette recherche donne 2 résultats.

Nous avons décidé de ne pas limiter la recherche au concept de prise en charge ou de celui de traitement car ils restreignent l'étendue de la recherche. Nous nous sommes également intéressés à utiliser un filtre spécifique à la prise en charge nutritionnelle. Celui-ci donne 3 résultats d'articles qui sont également dans les 83 résultats de notre équation.

Critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des articles

Devis d'études

La revue de littérature quasi-systématique inclura des études de cas témoins, des études transversales et des séries de cas. A notre connaissance, il n'existe pas d'essais contrôlés randomisés (RCT). Si toutefois il y a une parution de RCT entre temps, nous la prendrons en compte dans notre discussion.

Population

Les études concernant les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans atteints d'ARFID seront inclus dans notre travail. Nous avons choisi d'inclure cette population car le trouble a pour l'instant, d'après nos recherches, été plus étudié dans cette population (3), (6), (12), (14), (15). Les études concernant des adultes atteints d'ARFID seront donc exclues.

Intervention

Pour notre première question de recherche nous avons défini comme intervention « une prise en charge du trouble de l'ARFID ». Nous voulons nous intéresser aux études dans lesquelles une prise en charge est évaluée pour ce trouble. De ce fait nous excluons les études sans interventions. Il est important de souligner que, selon le diagnostic du DSM-5 (1), la prise en charge doit se focaliser sur les aspects psychologiques, médicaux et nutritionnels. C'est pourquoi, nous allons premièrement nous intéresser à ceux-ci.

Maeva Mercier et Ugo Prada

Procédure de sélection des articles

Pour sélectionner les articles, nous les trierons ensemble selon le titre et l'abstract. En cas de doute sur la pertinence d'un article, nous en parlerons avec notre directrice de TB.

Par la suite, nous nous répartirons les articles à lire et les évaluerons à l'aide de la grille d'analyse de l'HEdS ou de la grille d'analyse qualité de l'Academy of Nutrition and Dietetics. Nous extrairons les éléments caractérisant les études afin de faire un compte rendu synthétique à l'autre. Une fois les synthèses effectuées et les grilles d'analyse remplies, nous utiliserons les informations données pour rédiger notre revue quasi-systématique.

Extraction des données

Revue systématique

L'extraction des données se basera sur les trois concepts principaux : « ARFID », « prise en charge du trouble » et « enfants/adolescents ».

Pour chaque article, nous définirons la manière dont l'ARFID a été diagnostiqué et quelle prise en charge a été effectuée. Concrètement, les variables extraites seront les outils de dépistages utilisés et la description de la prise en charge.

Les données extraites seront exposées sous forme de deux tableaux. Un premier comprenant les caractéristiques des études (outils de dépistage, type de traitements, population, nombre de participants, âge, et qualité de l'étude). Puis, un deuxième comprenant les résultats des différentes variables observées.

Méthode qualitative

Pour notre deuxième question de recherche, nous voulons clarifier la prise en charge actuelle sur le terrain ce qui nous donnerait des pistes sur le rôle du de la diététicien-ne dans l'ARFID. Pour ce faire nous mènerons des entretiens semi-structurés de type qualitatif. Le questionnaire utilisé sera préalablement validé par notre directrice de TB. Les entretiens semi-directifs seront retranscrits puis nous exposerons une synthèse des éléments importants.

Pour ce faire, nous prévoyons de mener des entretiens semi-directifs avec les principales auteurs de la Revue Médicale Suisse sur l'ARFID : Nadia Micali, médecin cheffe du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Hôpitaux Universitaires de Genève et Eline Tombeure, auxiliaire de recherche et d'enseignement à l'université de Genève. De plus, nous aimerions interroger Mathilde Chappuis, diététicienne et psychologue au centre de consultations enfants adolescents familles. Elle pourra, à notre avis, nous donner des pistes de prise en charge sur l'aspect purement diététique.

Pour la grille d'entretien, nous envisageons d'explorer les outils utilisés pour le dépistage actuel de l'ARFID, la prise en charge globale et déterminer le rôle actuel du de la diététicien-ne. Ci-dessous des exemples de questions :

- Quels outils utilisez-vous pour dépister l'ARFID ?
- Quelle est votre approche avec des patients souffrant d'ARFID ? (professionnels, quels traitements)
- Quel est la prise en charge de la part du-de la diététicien-ne pour traiter l'ARFID ? (clinique, éducation nutritionnelle et sensorielle)

Nous irons à deux pour mener les entretiens dont nous pouvons estimer le temps à maximum 30 minutes. Nous les enregistrerons et répartirons équitablement la retranscription de ceux-ci. Après retranscriptions, nous synthétiserons les informations et ainsi répondrons à notre question.

Maeva Mercier et Ugo Prada

Pour la partie éthique, nous ferons signer un formulaire de consentement aux participants qui stipulera que selon leur souhait, les données seront anonymisées.

Pour l'analyse des données, nous envisageons de regroupant les thèmes principaux dans le but de les synthétiser de les analyser et de les comparer.

Bénéfices et risques

Pour la revue quasi-systématique, la discussion des bénéfices et risques ne s'applique pas. Pour la partie qualitative des entretiens semi-directifs, nous respecterons le code de déontologie de l'ASDD. Les personnes interviewées n'ont pas de bénéfices, ni de risques à participer à nos entretiens. Le seul inconvénient pour eux, pourrait être l'aspect chronophage de l'entretien.

Budget et ressources

L'accès aux informations nécessaires à notre TB comprend des coûts. Ceux-ci impliquent des photocopies d'articles d'environ 10 centimes par copie. Par contre, nous ne savons pas encore combien d'articles nous seront utiles. La HEdS prend en charge l'achat de 10 articles payants par personne. Nous devons également prévoir un coût pour l'impression de notre travail final.

Si nous avons besoin de nous déplacer pour des entretiens avec des professionnels, aucun coût ne sera pris en compte car nous bénéficions chacun d'un abonnement général CFF.

Les ressources humaines impliquent Isabelle Carrard, notre directrice de TB, les différents professeurs de la HEdS, le documentaliste du centre de documentation ainsi que les professionnels avec qui nous nous entretiendrons. Les ressources informatiques seront : Word, Google Drive, Zotero, Pubmed, CINHALL et PsycINFO.

Considération éthique

Pour les entretiens semi-directifs, nous prévoyons d'expliquer le but de ceux-ci afin que notre procédure soit transparente. Les participants signeront un formulaire de consentement et pourront choisir, s'ils désirent, que leurs propos soient traités de manière anonyme, auquel cas les données extraites des entretiens seront soigneusement anonymisées. Les enregistrements seront détruits après extraction des données.

Maeva Mercier et Ugo Prada

Calendrier

Mois	Dates	Tâches
Décembre	20 décembre	Retour protocole
Janvier 2020	8 janvier 10 janvier 12 janvier 27 janvier - 09 fév.	Envoi du résumé Séminaire Révision du protocole Examens
Février 2020	01 au 09 février 17 février	Examens Début de stage
Mars 2020	Stage	Sélection des articles et répartition des lectures
Avril 2020	13 avril fin stage	Extraction des données Rédaction du travail Préparation grille d'entretien et contacts pour entretien
Mai 2020		Extraction des données Entretiens semi-directifs – analyse des données qualitatives Rédaction du travail
Juin 2020	Mi-juin	Rédaction du travail Relecture par notre dir. TBsc
Juillet 2020	31 juillet	Finalisation Relecture par des personnes externes Impression Rendu
Août- Sept. 2020		Soutenance TBsc

Maeva Mercier et Ugo Prada

Références

1. Crocq M.A, Guelfi J.D. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Elsevier Masson, 2013
2. Nakai Y, Nin K, Noma S, Teramukai S, Wonderlich SA. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2016;24(6):528-30. doi: 10.1002/erv.2476.
3. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* juill 2014;47(5):495-9. 10.1002/eat.22217.
4. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant Waugh R, Hilbert A, et al. Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *International Journal of Eating Disorders.* 2019;52(4):361-6. <https://doi.org/10.1002/eat.23042>
5. Micali N, Tombeur E. ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques. Genève: UNIGE; 2019
6. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a « new disorder » in DSM-5. *J Adolesc Health.* juill 2014;55(1):49-52. doi: 10.1016/j.
7. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, Klimek P, Mitchell JE, Berg KC, et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. 2015
8. Schmidt R, Kirsten T, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). 2019
9. Bryant-Waugh. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders.* Wiley Online Library. 2018. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
10. Hilbert A, van Dyck Z. Eating Disorders in Youth- Questionnaire. [En ligne]. 2016 [cité 12 décembre 2019]. Disponible sur : https://ul.qucosa.de/landing-page/?tx_dffid=https%3A%2F%2Ful.qucosa.de%2Fapi%2Fqucosa%253A14486%2Fmets
11. Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite.* 2018;123:32-42. doi :10.1016/j.appet.2017.11.111
12. Zucker NL. Feeling and body investigators (FBI): ARFID division - An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *International Journal of Eating Disorders.* Wiley Online Library. 2018. <https://doi.org/10.1002/eat.22996>
13. Thomas JJ, Wons O, Eddy K. Cognitive-Behavioral Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(6):425–430. doi: 10.1097/YCO.0000000000000454

Maeva Mercier et Ugo Prada

14. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):464-70. doi : 10.1002/eat.22350
15. Keery H, LeMay-Russell S, Barnes TL, et al. Attributes of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Eat Disord* 7, 2019. doi: 10.1186/s40337-019-0261-3