

**Chez les adultes en surpoids ou obésité souffrant
d'alimentation émotionnelle, quelles interventions
peuvent diminuer ce comportement alimentaire ?**

**Parmi celles-ci, lesquelles peuvent être utilisées par
les diététicien-ne-s ?**

Travail de Bachelor

Solène DE GOL

N° matricule : 18831446

Evolena KAESER

N° matricule : 18309674

Sabrina NUNES GAMEIRO

N° matricule : 20870572

Directeur : Eliséo MONTANINI - Diététicien ASDD, Chargé de cours
Haute Ecole de Santé de Genève, filière Nutrition et diététique

Membre du jury : Laurence BRIDEL - Diététicienne ASDD, Responsable du
Cabinet Nutrition et Diététique (CND), Sion

Genève, 27 juillet 2023

Filière Nutrition et diététique

Haute école de santé de Genève

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en Nutrition et diététique. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du Travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques et sans plagier. Le plagiat a été vérifié grâce au logiciel <https://www.compilatio.net/> qui a relevé un taux de 7% de similitudes à d'autres textes.

Nous attestons également que l'intelligence artificielle (ChatGPT) et un traducteur (DeepL) ont été utilisés pour certaines reformulations et pour la traduction des références en langues étrangères.

Dans le présent document, le texte est écrit de manière inclusive, afin de représenter de manière équitable et respectueuse toutes les personnes, indépendamment de leur genre.

Fait à Genève, le 27 juillet 2023

Solène DE GOL

Evolena KAESER

Sabrina NUNES GAMEIRO

Remerciements

Nous tenions tout d'abord à remercier Eliséo Montanini, Diététicien ASDD et Chargé de cours HES, qui en tant que directeur de ce Travail de Bachelor, nous a apporté soutien, encouragements, et nous a aidé à avancer grâce à ses relectures et ses commentaires. Nous lui sommes reconnaissantes pour son investissement, sa bienveillance et ses précieux conseils.

Nous souhaitons également adresser nos remerciements à Jean-David Sandoz, Bibliothécaire du Centre de Documentation des Caroubiers, pour son aide et ses conseils lors de recherches d'articles et de documents.

Nous aimerions remercier Isabelle Carrard et Corinne Jotterand Chaparro, Professeures associées et Responsables du Module de Travail de Bachelor, pour leur disponibilité lorsque nous avons des questions au sujet de ce travail.

Nous remercions Mischa Piraud, Docteur en sociologie urbaine et Chercheur en sciences sociales, pour ses conseils et son expertise dans la conception des entretiens effectués dans le cadre de ce travail.

Nous tenions à remercier Hélène Macke, Diététicienne au Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie (CCNP), pour son aide dans ce travail.

Nous souhaitons également remercier les diététicien-ne-s qui ont accepté de contribuer à ce travail en participant à des entretiens.

De plus, nous adressons nos remerciements à Laurence Bridel, Diététicienne ASDD et Responsable du Cabinet Nutrition et Diététique (CND) à Sion pour avoir accepté de faire partie du jury.

Enfin, nous remercions nos proches pour la relecture de notre travail, ainsi que pour leur soutien et leur patience durant toute la période de rédaction.

Résumé

Introduction : L'alimentation émotionnelle (AE) désigne le fait de s'alimenter pour répondre à une émotion. Ce comportement, relativement fréquent, peut présenter différents degrés allant de grignotages occasionnels pour améliorer l'humeur à des épisodes de compulsions alimentaires. L'AE devient problématique lorsqu'elle engendre des conséquences négatives sur la santé psychique et/ou physique, tel un problème pondéral par exemple. En effet, ce comportement est plus souvent problématique chez les individus en surpoids ou obèses, étant donné que l'influence des émotions est plus prononcée dans cette population, et peut constituer un frein au maintien ou à la perte de poids.

Objectif : Ce travail a pour but de relever les méthodes concrètes et efficaces à la diminution de l'AE pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s.

Méthode : Ce travail a combiné une revue systématique à une analyse d'entretiens. Afin d'identifier les interventions pouvant diminuer l'AE dans une population en excès pondéral, nous avons mené une recherche de littérature sur trois bases de données : PubMed, Cinahl et PsycINFO. Nous avons ainsi identifié 151 essais contrôlés randomisés, datant de 2010 à 2023, et répondant à nos critères d'inclusion. En parallèle, afin de clarifier quelles interventions diminuant l'AE peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s, nous avons réalisé trois entretiens semi-structurés auprès de diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'AE. Nous avons pour cela préparé une grille de 12 questions ouvertes pouvant répondre à différentes thématiques.

Résultats : Nous avons retenu 10 articles pour l'élaboration de notre revue. Parmi ceux-ci, cinq interventions ont montré une diminution significative des scores d'AE : deux interventions de pleine conscience, une de gestion du stress, une de thérapie d'acceptation et d'engagement et une d'entraînement à la mémoire de travail. Une intervention basée sur la thérapie comportementale dialectique et la pleine conscience a montré une diminution significative de l'AE mais sans différence avec le groupe contrôle. De plus, grâce aux outils relevés lors des entretiens, les bases de trois interventions citées ci-dessus peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s sortant de la formation HES : la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement, ainsi que la thérapie comportementale dialectique.

Conclusion : Les diététicien·ne·s, ayant acquis des bases permettant d'utiliser de nombreux outils et méthodes, ont leur place dans la prise en charge de l'AE. Afin d'approfondir leurs connaissances et compétences, des formations complémentaires sont toutefois nécessaires, ainsi qu'un recours à l'interprofessionnalité lorsque leurs limites sont atteintes.

Mots-clés : alimentation émotionnelle ; surpoids ; obésité ; intervention ; méthode ; diététicien·ne·s

Abstract

Introduction : Emotional eating refers to the act of eating in response to an emotion. This behavior, which is relatively common, can range from occasional snacking intended for mood enhancement to episodes of binge eating. Emotional eating becomes problematic when it negatively impacts mental and/or physical health, such as weight issues. Indeed, this behavior is more often problematic in overweight or obese populations, whose eating behavior is strongly influenced by emotions and loss weight easily hindered.

Objective : This study aims to identify concrete and effective emotional eating-reducing methods to be used by dietitians.

Method : This study combined a systematic review together with an interview analysis. A literature search on three databases – PubMed, Cinahl, and PsycINFO – was conducted to identify the interventions that can reduce emotional eating in overweight populations. We identified 151 randomized controlled trials from 2010 to 2023 that met the inclusion criteria. In parallel, to determine which interventions can be used by dietitians, we conducted three semi-structured interviews with dietitians specialized in obesity and/or emotional eating. We prepared a set of 12 open-ended questions to address various themes.

Results : We selected 10 articles for our review. Five interventions were identified as efficient to significantly reduce emotional eating scores: two mindfulness interventions, one stress management intervention, one acceptance and commitment therapy, and one working memory training. Moreover, an intervention based on dialectical behavior therapy and mindfulness significantly reduced emotional eating in the treated group, without showing significantly different scores with the control group. Furthermore, based on the tools identified during the interviews, three of the identified interventions can be used by dietitians graduating from HES training : mindfulness, acceptance and commitment therapy, and dialectical behavior therapy.

Conclusion : Dietitians have a role in addressing emotional eating. However, additional training and interdisciplinary collaboration are necessary to deepen their knowledge and skills in using appropriate tools and methods.

Keywords : emotional eating ; overweight ; obesity ; intervention ; method ; dietitians

Liste des abréviations

ACT	Thérapie d'acceptation et d'engagement
AE	Alimentation émotionnelle
ASDD	Association suisse des diététicien·ne·s
BITE	Bulimic Investigatory Test Edinburgh
CAS	Certificate of Advanced Studies
C.R.A.C	Cognitive Restriction Assessment Checklist
DEBQ	Dutch Eating Behaviour Questionnaire
DEBQ-EE	The 13-item Emotional Eating subscale of the Dutch Eating Behavior Questionnaire-Emotional Eating
DSM-5	Cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EES	Emotional Eating Scale
ESSCA	Évaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires
GROS	Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids
IES	Intuitive Eating Scale
IES-2	Intuitive Eating Scale-2
IMC	Indice de masse corporelle
JB	Joanna Briggs Institute
RCT	Essais contrôlés randomisés
TCA	Troubles du comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TFEQ	Three-Factor Eating Questionnaire
TFEQ-R18	Three-Factor Eating Questionnaire Revised 18-Item
TFEQ-21	Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Item

Table des matières

1. Introduction	1
2. Cadre de référence.....	2
2.1. Alimentation émotionnelle.....	2
2.1.1. Définition de l'alimentation émotionnelle	2
2.1.2. Formes d'expression de l'alimentation émotionnelle	2
2.1.3. Emotions et régulation émotionnelle	2
2.1.4. Influences des émotions sur l'alimentation	3
2.1.5. Etiologie de l'alimentation émotionnelle	4
2.1.6. Physiopathologie de l'alimentation émotionnelle	4
2.1.6.1. Théorie de la perte de contrôle	4
2.1.6.1.1. La sous-régulation	5
2.1.6.1.2. La mauvaise régulation.....	6
2.1.6.2. Exemple de l'alimentation émotionnelle	6
2.1.7. Restriction cognitive.....	7
2.1.8. Alimentation émotionnelle problématique.....	8
2.1.9. Alimentation intuitive	9
2.1.10. Mesures de l'alimentation émotionnelle	11
2.1.11. Addiction à l'alimentation	12
2.2. Surpoids et obésité.....	13
2.2.1. Définition du surpoids et de l'obésité.....	13
2.2.2. Etiologie du surpoids et de l'obésité	13
2.2.3. Complications de l'obésité	14
2.2.4. Prévention et traitement du surpoids et de l'obésité	15
2.3. Stigmatisation et insatisfaction corporelle.....	16
2.3.1. Stigmatisation	16
2.3.2. Insatisfaction corporelle et estime de soi.....	17
2.3.3. Impact de la stigmatisation et de l'insatisfaction corporelle sur la personne en surpoids ou obèse.....	17
2.3.4. Lien avec l'alimentation émotionnelle.....	18
2.4. Troubles du comportement alimentaire	19
2.4.1. Définition des troubles du comportement alimentaire.....	19
2.4.2. Diagnostic des troubles du comportement alimentaire	19

2.4.3.	Prévalence des troubles du comportement alimentaire	19
2.4.4.	Physiopathologie et étiologie des troubles du comportement alimentaire.....	20
2.4.5.	Conséquences des troubles du comportement alimentaire	20
2.4.6.	Dépistage	21
2.4.6.1.	Evaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires	21
2.4.6.2.	Cognitive Restriction Assessment Checklist	22
2.4.6.3.	Bulimic Investigatory Test Edinburgh	22
2.4.7.	Prise en charge des troubles du comportement alimentaire.....	23
2.5.	Diététicien-ne-s	23
2.5.1.	Définition.....	23
2.5.2.	Formation HES en Suisse.....	24
2.5.3.	Formation HES en Suisse romande	24
3.	Justification du thème et de la population	26
4.	Question de recherche.....	27
4.1.	Question principale.....	27
4.2.	Question secondaire.....	27
5.	But et objectifs	28
6.	Méthode	29
6.1.	Déroulement	29
6.2.	Méthodologie de la recherche littéraire	29
6.2.1.	Devis d'étude : revue systématique.....	29
6.2.2.	Critères d'inclusion et d'exclusion	30
6.2.3.	Stratégie de recherche : bases de données, filtres, équation	31
6.2.4.	Résultats de l'équation sur les bases de données.....	31
6.2.5.	Sélection des articles	31
6.2.6.	Évaluation de la qualité	32
6.2.7.	Extraction des données des articles.....	33
6.2.8.	Résultats des études	34
6.3.	Méthodologie des entretiens	34
6.3.1.	But et justification des entretiens.....	34
6.3.2.	Type d'entretien : entretien semi-structuré	34
6.3.3.	Grille de questions	34
6.3.4.	Déroulement des entretiens	35

6.3.5.	Transcription des entretiens	35
6.3.6.	Extraction des données des entretiens	35
6.3.7.	Résultats des entretiens.....	37
6.4.	Méthodologie de la discussion	37
6.5.	Considérations éthiques.....	37
6.5.1.	Pour la recherche littéraire	37
6.5.2.	Pour les entretiens	38
7.	Résultats.....	39
7.1.	Etudes sélectionnées.....	39
7.2.	Qualité des études	40
7.3.	Extraction des données des articles.....	41
7.4.	Résultats des études	41
7.4.1.	Population.....	43
7.4.2.	Questionnaires.....	45
7.4.3.	Interventions	45
7.4.4.	Synthèse des buts, méthodes et questionnaires	47
7.4.5.	Outcomes	51
7.4.5.1.	Alimentation émotionnelle.....	51
7.4.5.2.	Autres aspects du comportement alimentaire	52
7.4.5.3.	Poids	53
7.4.5.4.	Outcomes restants.....	54
7.4.5.5.	Synthèse des outcomes.....	55
7.5.	Extraction des données des entretiens	58
7.6.	Résultats des entretiens.....	58
7.6.1.	Formations effectuées	58
7.6.2.	Définition de l'alimentation émotionnelle	59
7.6.3.	Questionnaires évaluant l'alimentation émotionnelle	60
7.6.4.	Caractéristiques de la patientèle	60
7.6.5.	Méthodes, outils et protocoles utilisés dans la prise en charge de l'alimentation émotionnelle	62
7.6.6.	Sentiment de compétence, limites et ressources	64
7.6.7.	Avis sur la formation de diététicien-ne HES et compléments de formations	65
7.6.8.	Références sur l'alimentation émotionnelle	66

8. Discussion.....	67
8.1. Présentation des résultats.....	67
8.1.1. Réponses aux questions de recherche	67
8.1.2. Les thérapies utilisées dans les interventions	67
8.1.3. Les outils et méthodes discutés lors des entretiens	68
8.1.4. Points de convergence et de divergence des entretiens	70
8.2. Qualité des études	71
8.2.1. Pleine conscience	72
8.2.2. Thérapie d'acceptation et d'engagement.....	72
8.2.3. Thérapie comportementale dialectique et pleine conscience	74
8.2.4. Mémoire de travail	75
8.2.5. Gestion du stress	76
8.3. Discussion des résultats et mise en perspective	77
8.3.1. Comparaison entre théorie et pratique	77
8.3.2. Ajout de revues systématiques et méta-analyses.....	78
8.3.3. Méthodes retenues pour la diminution de l'alimentation émotionnelle	80
8.3.4. Contrôle versus acceptation.....	81
8.3.5. Lien bidirectionnel entre perte de poids et alimentation émotionnelle.....	83
8.3.6. Place des diététicien·ne·s	84
8.4. Forces et limites	85
8.4.1. Limites de notre travail	85
8.4.2. Pistes d'améliorations	86
8.4.3. Forces de notre travail	87
9. Implications pratiques et perspectives.....	88
9.1. Concept d'alimentation émotionnelle	88
9.1.1. Alimentation émotionnelle fonctionnelle	88
9.1.2. Alimentation émotionnelle problématique.....	89
9.1.3. Lien avec les troubles du comportement alimentaire.....	90
9.1.4. Alimentation émotionnelle perçue par le grand public	91
9.2. Perspectives pour la recherche	93
9.3. Perspectives pour la pratique professionnelle	94
10. Conclusion.....	97
11. Références.....	98

12. Annexes	110
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des scores de l'alimentation émotionnelle les plus retrouvés dans la littérature, issu de la thèse de Léna Bourdier.....	110
Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-V de trouble de l'usage d'une substance autre.....	111
Annexe 3 : Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires	112
Annexe 4 : Récapitulatif des différents TCA selon le DSM-5	113
Annexe 5 : Critères diagnostiques du DSM-V des accès hyperphagiques (« binge-eating disorder »).....	115
Annexe 6 : Complications des TCA	117
Complications somatiques et psychologiques de la dénutrition	117
Complications des TCA avec vomissement et abus de laxatifs et/ou diurétiques	118
Annexe 7 : Récapitulatif des rôles et des responsabilités des diététicien-ne-s dans la prise en charge de personnes souffrant d'un TCA	119
Annexe 8 : Grille d'analyse de « The Joanna Briggs Institute » pour les essais contrôlés randomisés.....	120
Annexe 9 : Déroulement de l'entretien et grille de question	121
Annexe 10 : Transcriptions des entretiens.....	125
Entretien du 9 mai 2023	125
Entretien du 11 mai 2023	132
Entretien du 17 mai 2023	142
Annexe 11 : Tableaux récapitulatifs de la première sélection.....	155
Articles gardés lors de la première sélection	155
Articles exclus lors de la première sélection	160
Annexe 12 : Tableaux récapitulatifs de la deuxième sélection	170
Articles gardés lors de la deuxième sélection	170
Articles exclus lors de la deuxième sélection.....	172
Annexe 13 : Extraction des données des articles.....	177
Annexe 14 : Extraction des données des entretiens	187
Annexe 15 : Critères qualitatifs des articles sélectionnés	193
Annexe 16 : Protocole.....	197
Annexe 17 : Poster	230

Liste des tableaux

Tableau 1 : Continuum de l'AE selon Tribole E et Resch E	2
Tableau 2 : Bénéfices de l'alimentation intuitive	10
Tableau 3 : Extrait de l'EES	12
Tableau 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
Tableau 5 : Récapitulatif pour les articles gardés lors de la première sélection.....	32
Tableau 6 : Récapitulatif pour les articles gardés lors de la deuxième sélection	32
Tableau 7 : Récapitulatif pour les articles exclus lors des deux sélections	32
Tableau 8 : Récapitulatif grille d'évaluation JBI	33
Tableau 9 : Récapitulatif des extractions des données des articles.....	33
Tableau 10 : Récapitulatif de l'extraction des données des entretiens.....	36
Tableau 11: Evaluation de la qualité selon la grille JBI.....	40
Tableau 12: Pays des articles inclus dans la revue	42
Tableau 13: Synthèse des buts, méthodes et questionnaires	47
Tableau 14: Synthèse des résultats de la recherche littéraire	55
Tableau 15: Description des interventions	68
Tableau 16: Description des outils et méthodes.....	68
Tableau 17: Comparaison des interventions entre la théorie et la pratique	78

Liste des figures

Figure 1	: Flowchart de la sélection des articles	39
Figure 2	: Qualité des études	41
Figure 3	: Dates de publication des articles inclus dans la revue	42
Figure 4	: Sexe de la population des articles inclus dans la revue	43
Figure 5	: Âge moyen des populations des articles inclus dans la revue	43
Figure 6	: IMC moyen des populations des articles inclus dans la revue	44
Figure 7	: Taille des échantillons des articles inclus dans la revue	44
Figure 8	: Interventions étudiées dans les articles	46
Figure 9	: Formations réalisées par les diététicien·ne·s interviewé·e·s et les motivations.	59
Figure 10	: Définitions de l'AE	60
Figure 11	: Caractéristiques de la patientèle, caractéristiques alimentaires et pathologies associées.....	62
Figure 12	: Méthodes et outils utilisés lors de la prise en charge de l'AE.....	63
Figure 13	: Limites et ressources lors de la prise en charge de l'AE.....	65
Figure 14	: Avis sur la formation HES et proposition d'amélioration	66
Figure 15	: Cercle vicieux de la restriction cognitive	89

1. Introduction

Ce travail a été effectué dans le cadre d'un Travail de Bachelor de la filière Nutrition et diététique à la Haute école de santé de Genève. Il a été réalisé par trois étudiantes et supervisé par un diététicien ASDD et chargé de cours HES, dans son rôle de directeur de Travail de Bachelor.

Ce travail porte sur le sujet de l'alimentation émotionnelle (AE), un comportement alimentaire relativement fréquent mais qui possède parfois différentes interprétations de la part des professionnel-le-s de santé et du grand public (1). Il mêle une revue systématique à une analyse d'entretiens, avec pour but d'éclaircir le concept d'AE, de relever les interventions efficaces pour la diminution de ce comportement dans une population en surpoids ou obèse et de clarifier le rôle joué par les diététicien-ne-s dans cette prise en charge.

En effet, les diététicien-ne-s sont souvent confronté-e-s au thème de l'AE dans leur travail, notamment dû au lien que ce comportement entretient avec le surpoids et l'obésité, ainsi qu'avec l'insatisfaction corporelle qui peut en découler (2–4). L'AE est effectivement plus souvent problématique dans une population en excès pondéral (5,6). Pouvant constituer un frein à la perte de poids (7), l'AE est un sujet actuel lorsqu'on regarde la prévalence du surpoids et de l'obésité. L'Organisation mondiale de la Santé a relevé que le nombre de personnes obèses a presque triplé de 1975 à 2016, et estimait en 2016 à 39% la prévalence de surpoids, dont 13% d'obésité (8). L'Office Fédérale de la Santé Publique a confirmé ce constat en estimant, en 2021, qu'environ 42% de la population suisse adulte était en surpoids, dont 11% en obésité (9).

Points clés :

- Comprendre le concept d'AE
- Explorer le lien entre l'AE et l'excès pondéral
- Relever les interventions efficaces pour diminuer l'AE chez des personnes en surpoids ou obèses
- Clarifier le rôle des diététicien-ne-s dans la prise en charge de l'AE

2. Cadre de référence

2.1. Alimentation émotionnelle


2.1.1. Définition de l'alimentation émotionnelle

L'AE (« emotional eating ») est un terme très utilisé dans la littérature, et pourtant très vague. Il désigne le fait de s'alimenter pour répondre à une émotion (1). A cela s'oppose l'alimentation en réponse à un stimulus physiologique de faim et de satiété (7).

2.1.2. Formes d'expression de l'alimentation émotionnelle

L'AE est relativement fréquente et peut toucher toute la population. De plus, elle peut présenter différents degrés, allant de grignotages occasionnels pour améliorer l'humeur à des épisodes de compulsions alimentaires (1). Dans leur ouvrage sur l'alimentation intuitive (10), Tribole E et Resch E classent les différents types d'AE sur un continuum d'intensité, allant d'une consommation émotionnelle légère et commune (gratification sensorielle), à une consommation extrême (punition) (tableau 1).

Tableau 1 : Continuum de l'AE selon Tribole E et Resch E (10)

				
Gratification sensorielle	Réconfort	Distraction	Sédation	Punition
Se procurer du plaisir à travers l'alimentation	Consommer des aliments réconfortants	Consommer des aliments pour se distraire d'émotions auxquelles on veut échapper	Manger dans le but de s'anesthésier, de ne plus ressentir d'émotions et de se sentir déconnecté.e	Se servir des aliments pour se punir

2.1.3. Emotions et régulation émotionnelle

Afin de mieux comprendre le terme d'AE, nous trouvons important de nous pencher sur les termes d'émotion et de régulation émotionnelle.

Il existe de nombreuses définitions de l'émotion, et la majorité semble s'accorder sur trois points clés (11) :

- Les émotions impliquent des changements dans différents domaines. Elles induisent une expérience subjective, et impliquent des changements comportementaux et posturaux, tels que des changements au niveau du faciès, de la posture, ou le fait de

prendre la fuite. Elles impliquent également des changements autonomes et neuroendocriniens qui ont pour but d'anticiper le comportement.

- b. Les émotions se déroulent dans un temps limité allant de quelques secondes à quelques minutes.
- c. Selon le contexte, les émotions peuvent être utiles ou néfastes. Une émotion sera utile si elle guide de manière appropriée la réaction et le comportement, dans le but d'améliorer la prise de décision face à une situation. Au contraire, elle sera néfaste si son intensité, sa durée et/ou sa fréquence n'est pas appropriée à la situation, et qu'elle induit une mauvaise réaction cognitive ou comportementale.

La régulation émotionnelle peut se définir comme les efforts fournis pour influencer une émotion, afin d'augmenter les chances que cette émotion soit utile plutôt que néfaste (11,12). Elle comprend des processus automatiques et volontaires, qui peuvent agir sur l'apparition d'émotions, leur maintien, leur intensité, leur durée et leur disparition (1).

Il existe de nombreuses stratégies de régulation des émotions, et une consommation plus ou moins importante de nourriture en fait partie (1).

2.1.4. Influences des émotions sur l'alimentation

Les émotions peuvent entraîner diverses répercussions sur l'alimentation. Ces dernières peuvent varier d'un individu à un autre, par exemple une même émotion peut augmenter la consommation alimentaire chez une personne, la diminuer chez une autre, ou ne pas la modifier chez une tierce (13). De plus, chez une même personne, une émotion, comme l'ennui, peut augmenter la consommation et une autre, telle que la tristesse, peut la diminuer (13). De ce fait, il est difficile de prévoir comment une émotion influencera la consommation alimentaire. D'une manière générale, il semblerait que les émotions intenses, positives ou négatives, ont tendance à inhiber la prise alimentaire et que les émotions négatives moins intenses peuvent soit augmenter soit diminuer la prise alimentaire. L'influence des émotions positives n'a pas encore été suffisamment démontrée dans les études (13).

Michael Macht a proposé un « five-way model » expliquant les influences des émotions sur l'alimentation : (13)

- a. Les émotions suscitées par les caractéristiques gustatives des aliments, par exemple le gras, le sucré ou l'amer, affectent le choix des aliments.
- b. Les émotions très intenses diminuent la prise alimentaire en raison de réponses comportementales, telles que la fuite, et physiologiques, telles que la digestion perturbée par le stress, en interférant avec l'alimentation.
- c. Les émotions d'intensité modérée affectent l'alimentation selon le type de comportement alimentaire :

- i. Dans le cas d'une alimentation avec une restriction cognitive, les émotions négatives et positives augmentent la prise alimentaire en raison de l'altération du contrôle cognitif.
- ii. Dans le cas d'une alimentation en réponse aux émotions, les émotions négatives suscitent la tendance à se réguler en mangeant et, par conséquent, augmentent la consommation d'aliments généralement sucrés et riches en graisses. Ceci est principalement dû, lors d'une exposition à un aliment de ce type-là, au déclenchement du circuit de la récompense et à la libération de dopamine engendrant une sensation de plaisir (14,15).
- iii. Dans le cas d'un comportement alimentaire dit normo-régulé, les émotions affectent l'alimentation en fonction de leurs caractéristiques cognitives et motivationnelles, par exemple la tristesse diminue le plaisir et la motivation à manger, alors que la joie les augmente.

Les émotions exercent donc une influence sur le choix des aliments et les quantités ingérées, mais également sur la motivation à manger, la réponse affective aux aliments, la mastication et la vitesse des prises alimentaires (13).

L'AE comprend donc différents aspects, mais souvent, dans les études, seul l'aspect d'une augmentation de consommation en réponse à une émotion négative est pris en compte. C'est le cas dans les parties suivantes de ce travail.

2.1.5. Etiologie de l'alimentation émotionnelle

L'AE pourrait trouver ses origines dès l'enfance. Les nourrissons, dont les parents auraient tendance à répondre à leurs pleurs par des aliments, seraient plus à risque de développer ce comportement alimentaire (1). Une autre hypothèse serait que l'AE est la conséquence d'une influence culturelle, en particulier de la combinaison entre une société toujours plus stressante et la profusion d'aliments très palatables, à haute densité énergétique et facilement disponibles (1). L'AE pourrait également dépendre de notre constitution génétique, car les gènes peuvent influencer la sensibilité au goût, ce qui aurait un impact sur le comportement alimentaire (1). Enfin, l'anhédonie, soit « l'incapacité à éprouver du plaisir », semble aussi pouvoir provoquer la survenue de l'AE, dans le but de rechercher du confort (5). Mais cela reste des hypothèses qui manquent de preuves scientifiques pour pouvoir les confirmer.

2.1.6. Physiopathologie de l'alimentation émotionnelle

2.1.6.1. Théorie de la perte de contrôle

Heatherton T, Professeur des sciences psychologiques et cérébrales, et Baumeister R, Psychologue social, ont étudié et développé une théorie expliquant la perte de contrôle et l'échec de l'autorégulation, théorie qui peut être appliquée à l'AE (cf. 2.1.6.2) (16,17). Ils décrivent l'autorégulation comme la régulation autonome de différents processus, tels que la

respiration, la digestion ou la gestion de ses émotions (18). Afin d'être accomplie, l'autorégulation nécessite trois ingrédients (19) :

- Les normes correspondent aux objectifs ou idéaux de la personne et doivent être claires, cohérentes et accessibles ;
- Le contrôle représente le fait de se surveiller, en suivant ses états et ses actions ;
- La phase d'exploitation équivaut, à la suite du contrôle, à l'adaptation de l'état si la situation ne convient pas aux normes.

Ainsi, si l'un de ces trois aspects n'est pas rempli ou effectué de manière inadéquate, l'autorégulation échoue (19). De plus, il est possible de réunir les différentes causes de l'échec de l'autorégulation en deux catégories principales : la sous-régulation et la mauvaise régulation (18).

2.1.6.1.1. La sous-régulation

La sous-régulation englobe les efforts insuffisants pour contrôler ses émotions, et résulte de la fixation d'objectifs excessifs et donc inatteignables, d'une surveillance inadaptée ou encore d'une capacité d'autorégulation insuffisante (18,19). En effet, il a été observé que lorsque les individus ne se surveillent plus, après avoir adopté une manière extrême de le faire, ils ont tendance à perdre le contrôle. De plus, la capacité d'autorégulation a été décrite comme une ressource limitée et renouvelable dans le temps. Si celle-ci est épuisée en raison de la fatigue ou des émotions négatives, elle devient affaiblie et le comportement ne peut être régulé. Cela expliquerait pourquoi la majorité des personnes grignotent ou ressentent des compulsions alimentaires en fin de journée (19).

La sous-régulation est accentuée par l'inertie, un effet « boule de neige » qui rend l'autorégulation de plus en plus complexe et la neutralisation de l'affect négatif de plus en plus difficile, si cet état persiste longtemps (19). Prenons l'exemple du grignotage : plus on grignote, plus il devient difficile de s'arrêter (18).

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'autorégulation nécessite une bonne gestion de l'autocontrôle, c'est-à-dire de l'attention. Une fois celle-ci perdue, des réponses comportementales indésirables peuvent se déclencher, entraînant ainsi de l'inertie. Il est donc essentiel de gérer l'attention de manière optimale et précoce. La transcendance, une forme spécifique du contrôle de l'attention, consiste à « focaliser sa conscience au-delà des stimuli immédiats » et à être capable de différer la gratification en ayant des objectifs à long terme (19). Le régime en est un excellent exemple : il implique de se restreindre à court terme pour obtenir une satisfaction physique plusieurs mois plus tard. La sous-régulation, qui découle d'un échec de la transcendance, se manifeste lorsque l'attention de la personne se détourne des objectifs et idéaux qu'elle souhaite atteindre dans le futur, pour se concentrer uniquement sur les récompenses immédiates, plus facilement accessibles mais moins importantes. Ces récompenses du maintenant sont souvent une tentative d'élimination des émotions négatives (19).

2.1.6.1.2. La mauvaise régulation

La mauvaise régulation est provoquée par des efforts mal orientés, tels que la régulation d'un aspect secondaire de la problématique, ou par la présence de fausses hypothèses. Par exemple, cela peut inclure la croyance que les émotions sont comme un flux hydraulique et qu'il est nécessaire de les évacuer ou de satisfaire ses désirs pour les gérer. Finalement, la mauvaise régulation peut être résumée comme le fait d'accorder une importance démesurée et injustifiée sur les émotions tout en négligeant la réelle source du problème (18,19).

2.1.6.2. Exemple de l'alimentation émotionnelle

Nous pouvons prendre, comme exemple d'échec d'autorégulation, l'alimentation « comme échappatoire à la prise de conscience » et comme réponse à une émotion. Ainsi plusieurs phénomènes expliquent la survenue de l'AE.

Le premier est le fait que la personne ayant un comportement alimentaire problématique, par exemple à travers une AE, se fixe généralement des normes et idéaux extrêmement élevés et donc difficilement atteignables, tels que la minceur corporelle. Elle a également une tendance naturelle aux croyances irrationnelles, comme le fait que la popularité viendra en maigrissant. Ainsi, avec une probabilité d'échec élevée, cette personne a une mauvaise image et une mauvaise estime d'elle-même. Ceci crée donc un affect négatif, tel que de l'anxiété, et il paraît tout à fait adéquat de vouloir s'éloigner de ce sentiment désagréable. Ce phénomène, correspondant à la théorie de l'évasion, est donc la réduction de l'attention au stimulus immédiat, soit l'échec de la transcendance, afin d'échapper à la conscience de soi qui est désagréable et difficile à supporter. « Le soi est ainsi réduit au corps, l'expérience est réduite à la sensation et l'action est réduite au mouvement musculaire, ainsi les consommateur·rice·s ne sont plus concentré·e·s sur elles·eux·mêmes, mais sur la simple mécanique de la morsure ou de la mastication. » (20) Avec la théorie de l'évasion, l'attention est reportée sur l'immédiat, et ceci créerait un état de désinhibition, amenant un risque plus élevé de basculer dans des compulsions alimentaires (12,20). Un second pourrait également apparaître, celui de la détresse émotionnelle qui altère le contrôle cognitif de la consommation (20). En effet, les recherches en neuro-imagerie ont mis en évidence l'interaction entre la régulation des émotions et le contrôle cognitif : les processus cognitifs peuvent être l'attention, la prise de décision, la perception ou encore la mémoire de travail qui interviennent tous dans le comportement alimentaire (21). Cela explique, à nouveau, « la libération d'un comportement de frénésie alimentaire » et donc la grande quantité d'aliments ingérée lors d'un grignotage ou lors d'une compulsion, lorsque la personne est dans un état de détresse émotionnelle (20,22).

Un autre phénomène est que le fait de manger certains types d'aliments réduit l'intensité des émotions négatives, telles que l'anxiété ou le stress, et augmente l'expérience d'émotions positives. En effet, le plaisir ressenti, soit lié à la palatabilité des aliments, soit lié au fait de manger des aliments que les consommateur·rice·s s'interdisent, apporte un soulagement temporaire de la détresse émotionnelle (12,20). Ceci s'expliquerait par deux axes agissant conjointement. Le premier est que durant l'ingestion, des réponses hédoniques améliorent l'état émotionnel. Le second est qu'après l'ingestion, les nutriments agissent sur les systèmes neurochimiques et endocriniens, liés au stress et à l'humeur (1). Il a également été prouvé que

l'humeur négative est moins prononcée directement après un épisode de frénésie alimentaire (22), bien qu'elle revienne plus forte après, par exemple avec la culpabilité (10,23).

Ainsi, il existe différents déclencheurs de l'AE, il peut s'agir de toutes sortes d'états ou d'émotions, comme l'ennui, le stress, l'excitation, la frustration, la colère, la déprime ou l'anxiété. Il peut également s'agir d'une recherche de récompense, d'apaisement, de liens sociaux ou une manière de relâcher le contrôle et la pression (10). Un exemple de déclencheur de l'AE serait les régimes, qui provoqueraient des émotions et pousseraient à consommer des aliments pour faire face à ces émotions. Dans ce cas, l'AE serait une conséquence psychologique et biologique de la restriction alimentaire, représentant un cercle vicieux, de sorte que « la culture du régime diabolise la consommation émotionnelle qui provoque à son tour un nouveau cycle de restriction alimentaire afin de compenser » (10).

Finalement, les différentes théories se rejoignent pour affirmer que l'AE est une stratégie utilisée pour la gestion des émotions. Le problème n'est donc pas l'émotion négative en tant que telle, mais le manque de stratégies adaptées pour réguler cette émotion (12).

2.1.7. Restriction cognitive

La notion de restriction cognitive est importante à aborder en lien avec les notions d'AE, de surpoids et d'obésité. Dans son ouvrage *Maigrir sans régime* (23), Zermati JP reprend la définition de la restriction cognitive des psychologues Herman P et Polivy J, la qualifiant d'une « intention de contrôler mentalement ses apports alimentaires dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre » (23). Cette restriction viendrait alors perturber le système de régulation énergétique physiologique, situé dans l'hypothalamus, et brouiller les signaux physiologiques de faim et de satiété, entraînant des conséquences néfastes (24,25).

Une conséquence majeure de la restriction cognitive est la fluctuation pondérale, causée par une alternance de périodes de restriction et de perte de contrôle, qui entraîne des perturbations hormonales (26). D'autres conséquences peuvent être une aggravation du surpoids, une perturbation du comportement alimentaire, ou encore des conséquences psychologiques telles que la dépression et une diminution de l'estime de soi à la suite d'échecs de régimes (25). Une étude réalisée en 2014 par Tan M et al. a démontré une augmentation des calories consommées chez un groupe souffrant de restriction cognitive, par rapport à des individus non-restreints (27). Cette étude précise que la restriction cognitive, pouvant être parfois bénéfique pour maintenir un poids corporel satisfaisant, peut mener à des désordres psychologiques, nutritionnels, d'ordre pondéral ou social (27).

La notion de restriction cognitive est donc associée à des problématiques de comportement alimentaire, et un lien peut être fait entre une restriction cognitive importante et la tendance à augmenter sa consommation en réponse à une émotion forte, positive ou négative (26). De plus, l'insatisfaction corporelle est également liée à la restriction cognitive, comme l'a démontré l'étude de Tan M et al., en relevant que certaines campagnes anti-obésité pouvaient augmenter le niveau de restriction cognitive en créant de l'insatisfaction corporelle (27).

Compte tenu des conséquences citées ci-dessus, la restriction cognitive est donc un élément à prendre en compte dans la gestion du poids chez les personnes en surpoids ou obèses. Le

Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) propose une prise en charge basée sur trois axes (24) :

- La levée de la restriction cognitive,
- L'acceptation des envies de manger émotionnelles et l'augmentation de la tolérance émotionnelle,
- L'acceptation de soi.

2.1.8. Alimentation émotionnelle problématique

Dans la littérature, l'AE est souvent pointée du doigt comme étant un comportement néfaste et dont il serait nécessaire de se débarrasser (6,7,28,29). On parle ainsi d'AE problématique en raison des conséquences négatives qu'elle entraîne. Ces dernières peuvent être d'ordre psychologique, avec une augmentation de la détresse psychologique, de l'anxiété ou des symptômes dépressifs, ou d'ordre comportemental, avec une augmentation de la fréquence des grignotages (6). De plus, l'AE problématique est associée à une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC), et serait un facteur expliquant la récente émergence du surpoids et de l'obésité (6,29). Enfin, en mettant l'accent sur la réponse aux signaux émotionnels, l'AE problématique tendrait à court-circuiter l'homéostasie énergétique basée sur les signaux physiologiques (29,30).

Une cause qui expliquerait l'aspect négatif et problématique de l'AE serait la restriction cognitive, vue dans le chapitre précédent. En effet, étant associée à une augmentation de l'IMC, des apports alimentaires, ainsi que des pensées négatives sur les aliments, la restriction cognitive engendrerait d'autres émotions négatives. Dans leur étude, Julien Sweerts S et al. expliquent que la tentative de contrôle résultant de la restriction cognitive déclencherait une émotion secondaire, qui s'ajouterait aux émotions négatives ayant déclenché la prise alimentaire (6,29). Zermati JP désigne ces émotions secondaires sous le nom d'émotions induites (23). La problématique principale de ces émotions induites serait qu'elles augmenteraient à leur tour la prise alimentaire, comme l'explique le GROS :

Si l'aliment n'est pas satisfaisant d'un point de vue gustatif, ou s'il provoque des émotions négatives (culpabilité de manger un aliment «interdit», peur de grossir, colère de ne pas manger autre chose, tristesse du temps passé...), on a tendance à en manger davantage, ou à manger ensuite un aliment plus agréable en bouche même si on n'a plus faim (30).

Il convient toutefois de différencier l'AE problématique à celle fonctionnelle, comme l'explique l'organisme Anorexie et boulimie Québec : « Le comportement de manger ses émotions est donc un comportement à risque selon le contexte qui l'entoure et les effets qu'il déclenche mais n'est pas nécessairement problématique » (31). En effet, Mas M et al. indiquent dans leur article que l'AE se retrouve chez tous les individus, mais qu'elle devient problématique et favorable au développement de l'obésité uniquement lorsque ce comportement est habituel et compulsif (4). D'autres sources, en plus de ne pas le considérer comme forcément néfaste, l'envisagent comme naturel et généralisé à toute la population (10,30,31). Les émotions seraient un déterminant « normal » du comportement alimentaire. Selon Etiévant P et al. :

Les cognitions et les émotions présentes au moment de l'ingestion et/ou la mémoire de l'acte alimentaire déterminent la taille et la fréquence des consommations. Ces influences s'exercent chez tout le monde, et pas seulement dans les situations de troubles des comportements alimentaires ou de pathologies comme l'obésité (26).

Zermati JP tient un discours similaire, en expliquant que tout le monde mange parfois en réponse à une émotion, et qu'à l'inverse, les aliments nous procurent également des émotions (23). Il ajoute que « ce comportement traduit l'une des fonctions les plus naturelles et les plus heureuses de la nourriture : la production d'un réconfort » (23). La problématique ne serait donc pas de manger pour se réconforter, cela étant un comportement naturel, mais de ne pas y parvenir à cause d'émotions négatives engendrées par la restriction cognitive (23).

Enfin, selon Zermati JP, la différence entre une AE fonctionnelle et une AE problématique se situerait donc dans la restriction cognitive : « Alors que le mangeur régulé s'arrête de manger dès le réconfort atteint, le mangeur restreint paraît incapable de réconfort et ne peut s'arrêter de manger » (23).

2.1.9. Alimentation intuitive

L'alimentation intuitive est un concept récent, qui a gagné en popularité suite à la publication en 1995 d'un livre intitulé *L'Alimentation intuitive*, écrit par deux diététiciennes américaines, Tribole E et Resch E (10).

Elle se définit comme « une philosophie alimentaire bienveillante, qui prend soin de la personne et traite tous les corps avec dignité et respect » (10). L'objectif principal est d'entretenir une relation saine avec la nourriture, l'esprit et le corps, sans prendre en compte le poids (10). L'alimentation intuitive se focalise sur les sensations internes et vise à être à l'écoute de son corps, en privilégiant le fait de s'alimenter en réponse aux signaux de faim et de satiété, plutôt qu'aux aspects émotionnels, tout en n'ayant aucun interdit alimentaire (10,32). L'alimentation intuitive repose sur les 10 principes suivants :

1. Rejeter la mentalité des régimes
2. Tenir compte de sa faim
3. Faire la paix avec la nourriture
4. S'opposer à la police alimentaire
5. Découvrir le facteur satisfaction
6. Sentir la satiété
7. Accueillir ses émotions avec bienveillance
8. Respecter son corps
9. Bouger et sentir la différence
10. Prendre soin de sa santé

L'alimentation intuitive est une approche qui présente de nombreux bénéfices pour la santé.

Plusieurs études ont démontré que l'adoption de cette méthode est inversement associée au surpoids et à l'obésité (33–35). De plus, elle serait efficace dans la prévention et le traitement des troubles du comportement alimentaire (TCA) (cf. 2.4) (10,35). D'autres bénéfices de l'alimentation intuitive sont résumés dans le tableau ci-dessous (tableau 2) :

Tableau 2 : Bénéfices de l'alimentation intuitive (10)

Les mangeur·euse·s intuitif·ve·s affichent un niveau plus bas de :	Les mangeur·euse·s intuitif·ve·s affichent un niveau plus haut de :
TCA Accès hyperphagiques AE Alimentation incontrôlée Insatisfaction vis-à-vis du corps Intégration d'une pensée axée sur le poids Autocensure (refoulement de ses pensées, de ses sentiments et de ses besoins) Pression sanguine Triglycérides	Estime de soi Bien-être et optimisme Appréciation et acceptation du corps Conscience intéroceptive Plaisir en mangeant Attitude proactive Résistance psychologique Amour-propre inconditionnel Satisfaction à l'égard de la vie Diversité d'aliments consommés Cholestérol HDL

Concernant l'AE, l'alimentation intuitive n'interdit pas ce comportement, mais encourage à le reconnaître (28). Cette approche reconnaît le lien naturel et universel entre l'alimentation et les émotions et voit l'AE problématique comme le symptôme d'une autre problématique plus profonde (10). De ce fait, une manière de se réapproprier son alimentation serait de remplacer la culpabilité provoquée par l'AE par de l'acceptation et de la bienveillance envers soi-même. Ceci permettrait d'être plus ouvert à l'expérience présente et de rechercher avec curiosité quels sont les problèmes plus profonds, afin de pouvoir y remédier. Ainsi, « consommer des aliments réconfortants est compatible avec un rapport sain avec la nourriture, si vous le faites en demeurant présent et sans culpabilité » (10). Finalement, dans le but d'entretenir une meilleure relation avec son AE et que celle-ci soit fonctionnelle, l'alimentation intuitive conseille d'accueillir ses émotions, de trouver d'autres moyens de distraction pour faire face à la problématique sous-jacente au comportement d'AE, et de considérer en quoi ce comportement peut nous être utile. En effet, selon Triboule E et Resch E :

Si vous culpabilisez d'utiliser la nourriture pour accueillir vos émotions, vous peinez à identifier ses bienfaits. Si vous admettez qu'il existe malgré tout des côtés positifs à utiliser la nourriture de cette manière, vous commencerez à vous approprier votre expérience alimentaire, qui ne vous paraîtra plus hors de contrôle (10).

2.1.10. Mesures de l'alimentation émotionnelle

Il existe plusieurs auto-questionnaires pour évaluer l'AE. La nature, la variété et la fréquence des émotions varient selon les questionnaires. Les plus anciens abordent uniquement le lien entre une augmentation de la consommation en réponse à une émotion négative, alors que les plus récents parlent également des émotions positives et de la diminution de la consommation en lien avec certaines émotions (36).

Ces auto-questionnaires mènent à l'obtention d'un score qui reflète l'intensité et/ou la fréquence de l'AE. Toutefois, aucun score-seuil n'est proposé, ce qui complique l'interprétation (36).

L'avantage de ces mesures est qu'elles permettent d'avoir des méthodes communes aux études pour évaluer l'AE. Cependant une limite à relever est le fait que ces questionnaires sont auto-rapportés, et donc comportent une part de subjectivité, ce qui peut mener à des résultats parfois éloignés de la consommation réelle (36).

Les questionnaires les plus utilisés dans la littérature pour évaluer l'AE ainsi que leurs caractéristiques principales sont résumés dans le tableau en annexe 1. Il semble tout de même indispensable de s'attarder sur certains d'entre eux :

1. Le *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ) permet d'identifier la restriction cognitive, la susceptibilité à la faim et la désinhibition alimentaire, reprenant les susceptibilités habituelle, émotionnelle et situationnelle. Plusieurs questions visent l'identification de l'AE, voici trois exemples (37) :
 - « Quand je suis anxieuse·x, je me retrouve en train de manger. »
 - « Quand j'ai le cafard, souvent je mange trop. »
 - « Quand je me sens seul·e, je me console en mangeant. »
2. Le *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ) cible la restriction, l'émotivité et l'externalité. Plusieurs questions visent l'identification de l'AE, voici trois exemples (38) :
 - « Quand vous êtes irrité·e, avez-vous envie de manger ? »
 - « Quand vous vous sentez abandonné·e, avez-vous envie de manger ? »
 - « Quand quelque chose vous contrarie ou ne se déroule pas comme vous le souhaitiez, avez-vous envie de manger ? »
3. L'*Emotional Eating Scale* (EES) permet d'identifier l'AE en ciblant la colère, la frustration, l'anxiété, ainsi que la dépression. Quelques émotions sont reprises dans le tableau suivant afin d'illustrer cette explication (tableau 3) (39).

Tableau 3 : Extrait de l'EES

	Aucune envie de manger	Une petite envie de manger	Une envie modérée de manger	Une forte envie de manger	Une envie irrésistible de manger
Rancunier·ère					
Découragé·e					
Secoué·e					
Enthousiaste					
...					

4. L'*Intuitive Eating Scale* (IES) évalue les raisons qui motivent les gens à manger selon quatre facteurs : « l'autorisation inconditionnelle de manger », le fait de « manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles », « la dépendance à l'égard des signaux de faim et de satiété », ainsi que « la congruence entre le corps et les choix alimentaires ». Plusieurs questions visent l'identification de l'AE, voici trois exemples (40) :

- « Je me surprends à manger quand je suis sous le coup de l'émotion (ex : anxieuse·x, déprimé·e, triste), même quand je n'ai pas vraiment faim. »
- « Je me sers de la nourriture pour m'aider à apaiser mes émotions négatives (ex : anxiété, tristesse). »
- « Quand je me sens seul·e, je NE me tourne PAS vers la nourriture pour me reconforter. »

2.1.11. Addiction à l'alimentation

L'AE peut parfois être confondue avec l'addiction à l'alimentation, mais ces deux termes n'ont pas la même signification et leurs liens ne sont pas encore clairs.

L'addiction à l'alimentation est un concept controversé, défini comme une relation de dépendance d'un individu vis-à-vis de certains aliments riches en graisses ou en sucres (36,41). Les critères de trouble de l'usage d'une substance autre (annexe 2), issus de la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), peuvent être appliqués à ce comportement alimentaire (41,42). De ce fait, le concept d'addiction à l'alimentation regroupe les difficultés chroniques et cliniques de certaines personnes dans leur rapport à l'alimentation, par exemple une perte de contrôle, une incapacité à diminuer la consommation, ou le fait de continuer à manger tout en sachant qu'il y a des effets néfastes pour sa santé (41).

Dans la littérature, certains liens entre l'AE et l'addiction à l'alimentation ont été démontrés, mais aucun lien de causalité n'a été établi. Certaines études ont montré que l'AE avait un lien

avec la sévérité des symptômes d'addiction à l'alimentation. D'autres études ont démontré que des personnes avec un diagnostic d'addiction à l'alimentation avaient un niveau d'AE plus élevé. Certaines théories suggèrent que l'AE pourrait être un facteur du développement de l'addiction à l'alimentation, et qu'il existerait un continuum entre l'AE et l'apparition de symptômes d'addiction à l'alimentation, mais ceci n'a pas encore pu être démontré (36,41).

Les liens entre ces deux concepts restant encore flous, nous avons choisi de ne pas aborder l'addiction à l'alimentation dans ce travail, autre que pour la différencier de l'AE.

2.2. Surpoids et obésité

2.2.1. Définition du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité peuvent se définir comme une accumulation anormale ou excessive de masse grasseuse, accompagnée d'une modification du tissu adipeux. Cela peut nuire à la santé, notamment en réduisant l'espérance de vie de la personne. Selon l'Organisation mondiale de la Santé et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le surpoids se caractérise lorsque l'IMC d'une personne est supérieur ou égal à 25 kg/m² et l'obésité lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 30 kg/m² (43,44).

2.2.2. Etiologie du surpoids et de l'obésité

Les causes de ces problématiques sont multifactorielles. Certains facteurs sont expliqués ci-dessous mais cette liste n'est pas exhaustive (43,44).

La cause principale est le déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Une alimentation riche en calories ainsi qu'une sédentarité accrue augmentent le risque de surpoids et d'obésité. De plus, nous avons connu, ces dernières années, une hausse de la consommation d'aliments à densité énergétique élevée, riches en graisses et en sucres libres, tels que les aliments ultra-transformés, ainsi qu'une diminution de l'activité physique, suite à l'amélioration de l'accès aux transports et de la mécanisation. En effet, l'évolution de cette dernière joue un rôle dans l'augmentation de la sédentarité dans certains modes de travail, tels que dans l'agriculture et dans l'industrie, où le travail fait autrefois manuellement est aujourd'hui mécanisé. Le télétravail diminue aussi les mouvements quotidiens et conduit à une diminution de la dépense énergétique (43,44). Ces facteurs, influençant le statut nutritionnel, ne suffisent cependant pas à expliquer une prise pondérale. Certaines personnes peuvent prendre plus de poids que d'autres tout en ayant les mêmes modes de vie (43,44).

La prédisposition génétique explique également la survenue de ces problématiques. En effet, un individu a plus de risque d'être obèse si des membres de sa famille le sont. Selon plusieurs recherches scientifiques françaises, de nombreux gènes sont impliqués dans la prise de poids et interagissent avec des facteurs externes tels que le déséquilibre nutritionnel aboutissant à une prise pondérale. De plus, il existe des obésités dites monogéniques dues à une anomalie d'un gène unique (43,44).

Le mode de vie et l'environnement entrent également en jeu dans les causes du surpoids et de l'obésité. Il a été prouvé que l'insuffisance de sommeil, l'irrégularité des repas ou le travail nocturne perturbent l'horloge biologique du corps et augmentent donc le risque de prendre du poids. Il y a d'autres aspects tels que le stress, certains médicaments, la composition du microbiote intestinal ou encore l'exposition à des polluants à prendre en compte dans les facteurs de risque. De plus, plusieurs facteurs de risque prénatal ont pu être identifiés : tabagisme maternel, diabète ou surpoids maternel, prise de poids excessive maternelle pendant la grossesse, ou déficit ou excès de croissance du fœtus (43,44).

Il a également été démontré que les personnes atteintes de surpoids ou d'obésité se trouvent généralement dans les catégories de statut socio-économique les plus faibles. Un statut bas prédit souvent un faible niveau d'activité physique et une sédentarité élevée. De plus, les habitudes alimentaires des personnes en excès pondéral sont souvent caractérisées par une forte densité énergétique ainsi qu'une faible densité nutritionnelle. Il a également été montré que des aspects comportementaux, tels que la prise des repas devant la télévision, des sauts de repas ou encore des grignotages, sont plus fréquents chez les personnes au statut socio-économique faible (4,8).

Enfin, un autre facteur du surpoids et de l'obésité, pouvant être à la fois une cause et une conséquence, est la présence de certains TCA en particulier les accès hyperphagiques, dont les causes sont également multifactorielles (43,44).

2.2.3. Complications de l'obésité

L'obésité entraîne diverses complications pouvant s'aggraver au fur et à mesure que l'IMC augmente. Cette pathologie est un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques telles que les pathologies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux ou le diabète de type II. Les risques tels que l'hypertension artérielle, l'athérosclérose ou encore les dyslipidémies sont également augmentés (43,44).

Dû à la surcharge pondérale sur l'ossature et les articulations, des troubles musculo-squelettiques, dont l'arthrose, peuvent survenir. De plus, un excès de poids pathologique est associé à certains cancers tels que ceux du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, des reins ou encore du côlon (43,44).

Diverses maladies respiratoires peuvent également se manifester. Parmi celles-ci nous pouvons citer le syndrome d'apnée du sommeil ou encore l'hypoventilation (43,44).

Pour finir, nous oublions souvent les complications psychologiques et sociales de cette maladie qui sont fortement présentes chez les personnes en surpoids ou obèses, d'autant plus que la société actuelle est très axée sur le culte de la minceur (43,44). Les personnes en surpoids ou obèses sont souvent atteintes d'une baisse de l'estime de soi et d'une insatisfaction corporelle. La stigmatisation et l'auto-stigmatisation jouent également un rôle dans cette perception corporelle pouvant conduire à des troubles psychiques comme la dépression et l'anxiété (cf. 2.3) (45).

2.2.4. Prévention et traitement du surpoids et de l'obésité

Différents axes de prévention sont proposés afin de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité. Le principal consiste à rééquilibrer son alimentation, en diminuant le nombre de calories provenant essentiellement de graisses et de sucres. D'autres recommandations nutritionnelles sont conseillées, telles que l'augmentation de la consommation de fruits, de légumes, de légumineuses, de céréales complètes ainsi que d'oléagineux. De plus, une pratique sportive régulière, soit au moins 150 minutes par semaine pour un adulte, montre des effets positifs sur la prévention du surpoids et de l'obésité (43,44). Un autre axe de prévention serait l'amélioration de l'aspect psychologique, de l'acceptation et de l'estime de soi, par exemple au travers de certains mouvements, tels que « body positive ». Ce mouvement promeut une image corporelle positive et non-stigmatisante dans les médias, en valorisant la diversité des corps et en s'éloignant des idéaux et des stéréotypes. Il serait ainsi un facteur protecteur de l'apparition de l'obésité (46,47). Dans notre société actuelle, un défi dans la prévention du surpoids et de l'obésité est de modifier cet environnement obésogène afin de faciliter l'accès à un mode de vie sain (4). Pour cela, une prévention primaire par les politiques de santé publique est également nécessaire, bien que son impact soit difficile à mesurer et que ce type d'actions prenne souvent du temps à être mis en place. Ces stratégies peuvent être de l'ordre de la diffusion de messages de santé, d'étiquetage de produits, de taxes pour l'industrie, etc. (4). L'obésité étant une maladie multifactorielle, il serait nécessaire de mieux comprendre l'interaction entre ses différents facteurs afin de pouvoir agir dessus dans sa prévention. Cela permettrait de développer des nouveaux programmes de prévention en mêlant les aspects génétiques, sociaux, environnementaux et psychologiques (4).

Concernant le traitement de l'obésité, un grand nombre de publications scientifiques proposent différents régimes permettant une perte de poids. Or, ces études sont souvent effectuées sur une période de temps limité, et ne sont donc pas applicables à la pratique médicale (48). De plus, ces études renforcent le stéréotype de la perte de poids possible grâce à une restriction alimentaire et/ou une augmentation de l'activité physique. Cela renforce ensuite la stigmatisation dont les personnes en surpoids ou obèses souffrent, en insistant sur le fait qu'une difficulté à perdre du poids résulte d'un manque de volonté et d'assiduité à tenir ces régimes (48). Pourtant, la littérature scientifique a démontré que les régimes restrictifs ne fonctionnent pas, notamment à cause de la défense physiologique de l'organisme lorsqu'il est soumis à une perte de poids et à cause des conséquences de la restriction cognitive (23–27,48). Un traitement efficace de l'obésité repose sur une approche multiple, mêlant un changement de mode de vie, une prise en charge de l'aspect psychologique et des solutions médicales complémentaires (24,48). Ces solutions peuvent être de l'ordre de la chirurgie bariatrique tel que le bypass gastrique, ou d'approches médicamenteuses avec les analogues du GLP-1 (48).

2.3. Stigmatisation et insatisfaction corporelle

2.3.1. Stigmatisation

La stigmatisation est définie comme étant « un phénomène social basé sur la discrimination d'un individu ou d'un sous-groupe d'individus par un groupe dominant ou majoritaire » (49). Autrement dit, cette action permet de mettre à l'écart une personne due à ses différences considérées comme contraires aux normes sociales. Il existe trois cibles de la stigmatisation (49) :

- Manifestations physiques ou déformations corporelles visibles, telles que des cicatrices, des infirmités physiques ou encore l'obésité ;
- Différences comportementales, comme des troubles mentaux ou une addiction ;
- Nationalité, ethnie, religion ou appartenance politique considérées comme différentes des normes sociales locales.

La stigmatisation du surpoids ou de l'obésité peut se définir comme des « croyances et attitudes négatives relativement au poids, qui se manifestent par des stéréotypes, une discrimination et des préjugés à l'égard d'individus parce qu'ils sont en surpoids ou obèses » (50). La stigmatisation des personnes corpulentes est aussi connue sous le terme de « grossophobie » (10). Celle-ci, basée sur la croyance que les personnes en excès pondéral sont responsables de leur poids et qu'elles n'ont pas de volonté, est aujourd'hui très fréquente, et sa prévalence augmente en parallèle à l'augmentation de celle du surpoids et de l'obésité (49,51). De plus, la stigmatisation du poids touche plus fréquemment les femmes que les hommes, car pour ces derniers, la rondeur est socialement mieux tolérée, à l'inverse de l'injonction à la minceur pesant sur les femmes (52,53). Cependant, les hommes sont de plus en plus concernés par les normes sociales sur leur corps, étant donné que la société valorise davantage les corps masculins très musclés (53). Cette différence entre les hommes et les femmes se retrouve dans l'insatisfaction vis-à-vis du poids. Une étude a relevé que dans l'Union Européenne, 45% des personnes sont insatisfaites de leur poids, soit 51% des femmes et 39% des hommes (54).

La stigmatisation se déclare sous forme d'affirmations d'apparence banales ou via d'autres manifestations, telles qu'avec des lois sociales défavorables et discriminantes à certains sous-groupes de personnes, comme l'accès au logement. Elle peut également se dérouler via les médias par le biais de messages pouvant conduire à des généralisations superficielles, telles que le physique filiforme valorisé par la société. Les proches d'une personne stigmatisée peuvent également y contribuer, par exemple en évitant la prise de photographies par honte. De plus, certains soignants peuvent avoir une attitude stigmatisante à l'égard de certains patients, selon leurs pathologies, et particulièrement chez la population en obésité et surpoids (49).

En plus de rejeter l'individu stigmatisé, la stigmatisation entraîne également un phénomène d'auto-stigmatisation, où l'individu va à l'encontre de son bien-être à travers certaines actions, comme en s'excluant d'un groupe d'individus car il se considère hors de la norme (49).

2.3.2. Insatisfaction corporelle et estime de soi

Afin de comprendre ce qu'est l'insatisfaction corporelle, il est nécessaire de se pencher sur la notion d'image corporelle. L'image corporelle est le résultat de quatre composantes (55) :

- Une composante perceptuelle : comment on voit son corps
- Une composante cognitive : ce qu'on pense de son corps
- Une composante comportementale : comment on agit en relation à son corps
- Une composante affective : comment on se sent par rapport à son corps

A partir de cela, on peut comprendre l'insatisfaction corporelle comme un décalage entre un idéal, soit la composante cognitive, et la manière dont on se perçoit, soit la composante perceptuelle (56). L'insatisfaction corporelle renvoie donc à « des évaluations subjectives négatives de son corps physique, telles que la silhouette, le poids, le ventre et les hanches » (57).

L'insatisfaction corporelle doit être différenciée de la distorsion de l'image corporelle, qui est le fait de percevoir son corps différemment de la réalité (57). Les personnes en surpoids ou obèses souffrent donc en général d'insatisfaction corporelle, car « la représentation des proportions du corps est le plus souvent réaliste » (2). Cependant, cette même représentation « possède souvent une connotation émotionnelle très négative et peut avoir une influence défavorable au niveau de l'estime de soi » (18). En effet, « une insatisfaction corporelle plus élevée est associée à une plus faible estime de soi » (3).

L'estime de soi peut se définir comme « l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, ainsi que l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine » (58). Cela suggère qu'un individu puisse s'estimer selon sa propre perception, ainsi que son sentiment d'avoir de l'importance et d'être unique (58). De plus, l'estime de soi devrait être construite à partir de nombreux éléments, par exemple les amis, la vie affective, le travail, l'image corporelle, etc., mais ne devrait pas uniquement se résumer à son image corporelle (59,60).

2.3.3. Impact de la stigmatisation et de l'insatisfaction corporelle sur la personne en surpoids ou obèse

La stigmatisation du surpoids et de l'obésité a de nombreuses conséquences physiques et psychiques. Les moqueries, harcèlements et intimidations ont un impact sur le cursus et les résultats scolaires, en augmentant l'absentéisme chez les enfants stigmatisés. Le risque d'échouer est donc plus élevé et la probabilité de continuer les études en est réduite. La stigmatisation induit également des conséquences sur la santé psychologique, sur le comportement alimentaire et l'évitement de l'activité physique (61,62). De plus, la discrimination au travail a également un impact sur la qualité de vie, car certaines études ont démontré que les personnes stigmatisées ont tendance à gagner moins d'argent et à avoir moins de possibilités de promotion (61,63,64). Tout en ayant le même diplôme, les personnes en surpoids ou en obésité seront jugées moins compétentes ainsi que moins attrayantes qu'une personne avec un poids normal. De plus, le surpoids et l'obésité sont souvent associés

à de la fainéantise, du laisser-aller ou encore un manque d'hygiène. Cela a pour impact de favoriser la précarité tout en ajoutant un stress supplémentaire pouvant entraîner de la détresse psychologique (4). Enfin, la stigmatisation du poids a des conséquences sur la santé. Par exemple, venant du personnel médical, elle peut décourager les personnes stigmatisées à aller consulter et à faire les contrôles de prévention (49). D'une manière générale, elle constitue un facteur de risque de nombreux problèmes de santé, tel que l'augmentation de la pression artérielle, des marqueurs inflammatoires sanguins, des marqueurs de stress, de l'hémoglobine glyquée, du syndrome métabolique, des symptômes et des troubles dépressifs, de l'anxiété et du diabète de type II. A cela s'ajoute le fait que la stigmatisation du poids est une cause directe de l'insatisfaction corporelle (10). L'insatisfaction corporelle a aussi de nombreuses conséquences psychologiques, physiques, relationnelles et liées aux études et au travail. Au niveau psychologique, elle peut induire une estime de soi basse, des complexes, de la dépression et de l'automutilation. Sur le plan de la santé physique, elle peut avoir comme conséquence une restriction alimentaire dans le but de vouloir maigrir à tout prix, un désordre alimentaire via un cercle vicieux (annexe 3), du tabagisme, des abus d'alcool, des risques sur la santé sexuelle, un excès ou un évitement de l'activité physique, une exposition au solarium à risque, ou encore un manque d'adhésion aux traitements. Dans les relations interpersonnelles, l'insatisfaction corporelle peut engendrer de l'anxiété ou une exclusion sociale, ainsi qu'un manque de compétences communautaires. Enfin, dans le domaine des études et du travail, elle peut induire un manque de concentration, des difficultés de mémoire, un faible taux de participation aux discussions, ainsi qu'un niveau d'étude inférieur (4,55).

2.3.4. Lien avec l'alimentation émotionnelle

Nous pouvons constater parmi les conséquences expliquées ci-dessus que la stigmatisation et l'insatisfaction corporelle peuvent avoir un impact sur l'alimentation. De plus, certaines études ont relevé qu'une « insatisfaction corporelle plus élevée était associée à un niveau élevé d'alimentation émotionnelle » (3) et avait un effet sur les troubles alimentaires (3).

Nous avons également vu que la stigmatisation et l'insatisfaction corporelle ont des conséquences négatives au niveau psychologique des personnes en surpoids ou obèses. Une étude suggère que « l'obésité peut être vécue comme un stresser psychique permanent engendrant un état dépressif » (2), et que « l'insatisfaction corporelle module la relation entre le degré d'obésité et la détresse psychologique » (2). Ces états négatifs favoriseraient donc la survenue de processus mentaux automatiques entraînant par la suite des épisodes de surconsommation alimentaire (4).

Nous pouvons donc voir que la stigmatisation et l'insatisfaction corporelle sont des phénomènes complexes engendrant de nombreuses conséquences, qui peuvent avoir un impact sur l'alimentation et engendrer une AE (2,3,49,55,61–64).

2.4. Troubles du comportement alimentaire

2.4.1. Définition des troubles du comportement alimentaire

Selon le DSM-5, les TCA sont désignés comme étant des troubles de la conduite alimentaire et l'ingestion d'aliments. Ces troubles sont caractérisés par « des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social » (42). Dans le DSM-5, les TCA sont répartis en différents sous-groupes, présentés dans un tableau en annexe (annexe 4).

Pour ce travail, il nous semblait important de clarifier un des TCA, à savoir les accès hyperphagiques. Ces derniers sont caractérisés par la survenue récurrente d'épisodes d'accès hyperphagique, au moins une fois par semaine pendant trois mois. Il convient toutefois de préciser ce qu'est un épisode d'accès hyperphagique, ou « binge eating ». Selon le DSM-5, un accès hyperphagique est défini comme répondant à deux caractéristiques (42) :

- « Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. »
- « Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise, comme le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange. »

En français, les termes « binge eating » et « binge eating disorder » sont tous les deux traduits par « accès hyperphagiques ». Dans ce travail, nous incluons des personnes présentant des accès hyperphagiques (binge eating), mais qui n'ont pas un diagnostic de TCA d'accès hyperphagiques (binge eating disorder). La différence se situe au niveau des critères diagnostiques. Le binge eating répond aux deux critères ci-dessus, alors que le binge eating disorder présente des critères additionnels présentés en annexe 5, comme par exemple la fréquence et la détresse qui en découle.

2.4.2. Diagnostic des troubles du comportement alimentaire

Les TCA sont diagnostiqués selon des critères propres à chaque TCA, définis dans le DSM-5 (42). Les TCA spécifiés possèdent des critères diagnostiques mutuellement exclusifs, et donc il n'est pas possible d'avoir plusieurs diagnostics de différents TCA posés en même temps. Cela s'explique par le fait que même si certains symptômes psychologiques et comportementaux se retrouvent dans différents TCA, les troubles se différencient de manière importante par leur évolution, leur pronostic et leurs indications thérapeutiques (42).

2.4.3. Prévalence des troubles du comportement alimentaire

D'une manière générale, les TCA sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, et particulièrement chez les jeunes femmes (65). Environ 90% des personnes atteintes

seraient des femmes, contre 10% des hommes, bien que la tendance des diagnostics de TCA chez les hommes soit en augmentation ces dernières années (66). Une étude réalisée en Suisse en 2010 a montré que 3,5% de la population souffrent d'un TCA au cours de leur vie (67). Actuellement, ces chiffres tendent à augmenter. En effet, certaines études ont démontré que la prévalence des TCA était en augmentation dans le monde, avec une prévalence totale de l'ensemble des TCA de 8,4% chez les femmes et 2,2% chez les hommes (68). En parallèle de cette augmentation, il semblerait que les TCA restent sous-diagnostiqués de manière importante, de sorte que « moins de 10% des cas de troubles boulimiques et hyperphagiques et moins de 50% des cas d'anorexie sont diagnostiqués par les médecins généralistes » (69). Quant au risque de développer un TCA, une étude menée en 2019 en France a mis en évidence un risque de TCA chez 15,8% des femmes et 8% des hommes (69).

2.4.4. Physiopathologie et étiologie des troubles du comportement alimentaire

L'apparition et l'évolution des TCA varient pour chaque trouble, il est donc difficile de faire des généralités. On peut toutefois relever que l'anorexie mentale, la boulimie et les accès hyperphagiques apparaissent le plus fréquemment à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (42). Les facteurs déclenchant les TCA sont encore mal-connus, mais il ressort qu'un événement de vie stressant est souvent associé au début de l'anorexie mentale ou de la boulimie, et que les épisodes d'accès hyperphagiques débutent souvent pendant ou après une période de régime restrictif dans le but de perdre du poids (42). Concernant l'évolution et le pronostic des TCA, ils sont variables au sein d'un même trouble et également entre les différents TCA (42).

L'étiologie des TCA serait multifactorielle et résulterait d'une combinaison entre des facteurs de risques et de vulnérabilité. Ces facteurs seraient de nature socioculturelle (environnement, pressions culturelles, sociales et familiales), psychologique (tempérament, aspect émotionnel), biologique et génétique (42,66,70).

Dans leur étude, Laszcz MA et al. présentent des liens entre les TCA et les émotions. Ils expliquent que les personnes atteintes de TCA ont des niveaux plus élevés de dysrégulation émotionnelle qu'un groupe témoin, et ce peu importe le TCA dont les personnes souffrent. Ces dysrégulations sont par exemple des difficultés à identifier et réguler les émotions, un manque de conscience et d'acceptation de celles-ci, ainsi qu'une ambiguïté émotionnelle (68). De plus, les émotions auraient un rôle important dans le développement et l'entretien des TCA, notamment en augmentant la tendance à la frénésie alimentaire présente dans certains TCA (71). Enfin, les comportements alimentaires dysfonctionnels tels que la purge, l'hyperphagie ou la restriction seraient des stratégies inadaptées de régulation des émotions pénibles (68).

2.4.5. Conséquences des troubles du comportement alimentaire

Les TCA ont de nombreuses conséquences et sont des maladies graves avec une morbidité et une mortalité importante, quel que soit le poids de la personne. De plus, ils engendrent une grande souffrance et impactent la qualité de vie des personnes atteintes, ainsi que de leurs proches (68).

La principale cause de mortalité en lien avec les TCA est le risque suicidaire, particulièrement important dans l'anorexie mentale et la boulimie (42).

Au niveau des complications, elles dépendent du type de TCA. On peut toutefois les regrouper en deux catégories, les complications somatiques et psychologiques liées à la dénutrition, ainsi que les complications liées à un TCA avec des vomissements et un abus de laxatifs et/ou de diurétiques (70). Les complications de ces deux catégories sont résumées dans deux tableaux en annexe (annexe 6).

2.4.6. Dépistage

Afin de limiter les complications des TCA, il est important de dépister ces comportements. Pour ce faire, il existe plusieurs questionnaires dont certains abordent le sujet de l'AE. Cependant, très peu considèrent l'ensemble du comportement alimentaire ou la relation des patients avec l'alimentation et le poids (72).

2.4.6.1. Evaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires

L'Évaluation Semi-Structurée des Comportements Alimentaires (ESSCA) est un questionnaire, comprenant trois parties et 19 items, permettant le dépistage de troubles alimentaires (72).

Dans la première partie, les questions permettent d'explorer la restriction cognitive et alimentaire. Souvent, avant de contacter un·e professionnel·le, les patient·e·s entreprennent à plusieurs reprises des régimes entraînant des restrictions cognitives, c'est pourquoi l'évaluation de ce sujet est fortement conseillée. Pour ce faire, l'ESSCA permet de passer en revue les règles appliquées par la·le patient·e et ainsi d'évaluer si elle·il présente ou non certaines conduites restrictives et de quel type. Ce questionnaire différencie le contrôle rigide, soit la suppression de certains aliments jugés trop caloriques de son alimentation, et le contrôle flexible, soit une adaptation de son alimentation en fonction des circonstances (72).

Dans la deuxième partie, les questions portent sur les grignotages, les pertes de contrôles alimentaires, l'alimentation nocturne et l'AE. En fonction des réponses obtenues pour chaque comportement alimentaire problématique, le but de la prise en charge sera de comprendre les facteurs déclencheurs de ceux-ci. Dans ce questionnaire, un item permet donc de passer en revue les connaissances de la·du patient·e face à son propre fonctionnement alimentaire (72).

Ces deux premières parties sont recommandées durant l'évaluation d'une prise en charge de patient·e·s en surpoids ou obèses. La troisième partie, en revanche, est optionnelle en fonction des résultats des deux parties précédentes. Élaborée en fonction des critères diagnostiques du binge-eating disorder et du syndrome d'alimentation nocturne présentés dans le DSM-5, elle est utilisée si les réponses précédentes de la·du patient·e suggèrent une perte de contrôle alimentaire, une hyperphagie prandiale fréquente, des grignotages importants ou une alimentation nocturne (72).

2.4.6.2. Cognitive Restriction Assessment Checklist

Le Cognitive Restriction Assessment Checklist (C.R.A.C.) est un auto-questionnaire de 95 questions, qui permet de déterminer le type de troubles alimentaires. Il a été réalisé par les membres du GROS. Cependant, lors d'une étude réalisée en 2009, il n'a pas été validé dans son ensemble contrairement à d'autres questionnaires (73). Il est conseillé d'effectuer ce questionnaire en début de prise en charge. Il est composé des 10 sous-catégories suivantes (74) :

- Les émotions extra-alimentaires
- Les émotions induites par la restriction cognitive
- L'exposition, l'externalité
- La peur de manquer, peur d'avoir faim
- Les croyances alimentaires
- Les stratégies de contrôle
- Les croyances concernant la relation entre : le poids, le comportement alimentaire et l'estime de soi
- Le mode de fonctionnement
- Les sensations alimentaires
- Les ruminations et l'envahissement mental

La cotation des points se fait par sous-catégorie. Cela permet de travailler sur les thèmes dont les scores sont élevés. Ce questionnaire permet à la·au patient·e de se remettre en question face à sa problématique et permet à la·au soignant·e d'avoir un point de départ à la discussion (74) .

2.4.6.3. Bulimic Investigatory Test Edinburgh

Le Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) est un questionnaire permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des comportements boulimiques (75). Il contient 33 items séparés en deux sous-échelles (75,76) :

- L'échelle de symptômes, mesurant le degré des symptômes
- L'échelle de gravité, mesurant la fréquence des crises de boulimie ainsi que l'existence de comportements compensatoires.

A la fin du questionnaire, on obtient donc un score de symptômes et un score de sévérité. Un score symptomatique élevé indique une forte présence des pensées et attitudes compatibles avec un trouble alimentaire et un score de sévérité élevé indique un trouble alimentaire. Ce questionnaire a pour avantages d'être simple d'utilisation et possède une bonne fiabilité et validité pour évaluer ces comportements (75,76).

2.4.7. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire

La prise en charge des TCA est complexe et interprofessionnelle. Une approche en unité hospitalière est possible, mais également en hôpital de jour ou en consultations ambulatoires (77–79). Les soins proposés dans le traitement des TCA sont multiples et comprennent une approche psychothérapeutique individuelle et/ou en groupe, de la psychoéducation, de la psychomotricité, de l'éducation nutritionnelle, des repas thérapeutiques et des soins psychiatriques et somatiques. Ils intègrent également les proches et le réseau médico-social des personnes atteintes de TCA (66,77–80). Les principales méthodes utilisées pour la prise en charge sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'alliance thérapeutique, la méthode Family Based Treatment et la thérapie interpersonnelle (66,77–80). On retrouve également des approches centrées sur la régulation des émotions, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), la thérapie comportementale dialectique, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et d'autres méthodes basées sur la notion d'acceptation et la mindfulness (68). Les diététicien·ne·s ont également un rôle à jouer dans la prise en charge des personnes atteintes de TCA. L'American Dietetic Association a défini ce rôle, présenté dans un tableau en annexe (annexe 7) (81).

2.5. Diététicien·ne·s

2.5.1. Définition

Selon The European Federation of the Associations of Dietitians, les diététicien·ne·s sont « les professionnel·le·s de la santé travaillant de manière autonome pour habiller ou aider les individus, les familles, les groupes et les populations à fournir ou à sélectionner des aliments qui sont nutritionnellement adéquats, sûrs, savoureux et durables » (82). De plus, la Haute Ecole de santé de Genève définit les diététicien·ne·s comme « les professionnel·le·s de la santé habilité·e·s à intervenir, pour les questions en lien avec la nutrition et la diététique, auprès des personnes en santé ou malades ainsi qu'auprès des organisations, institutions et entreprises » (83).

L'Association Suisse des Diététicien·ne·s (ASDD) ajoute que celles·ceux-ci s'appuient sur des bases scientifiques dans leur pratique et respectent des codes de déontologie et d'éthique professionnelle. Elle déclare également que ces dernier·ère·s ont « les compétences nécessaires pour exercer une influence positive sur les futurs défis sociétaux et en matière de politique de la santé » et « qu'elles·ils sont et resteront des expert·e·s indispensables sur tous les aspects ayant trait à la nutrition, à la diététique et aux denrées alimentaires » (84).

Les diététicien·ne·s interviennent dans divers domaines, tels que les institutions socio-sanitaire, les soins à domicile, la santé publique, la restauration collective ou les industries agro-alimentaires, et auprès de différentes populations, comme les enfants, les adolescent·e·s, les adultes ou les personnes âgées (83).

2.5.2. Formation HES en Suisse

Les HES de Genève et de Berne forment depuis 2004 et 2007 des diététicien·ne·s généralistes capables de répondre à de nombreux défis nutritionnels (83,85). La formation HES propose une partie théorique et une partie pratique (86).

La partie théorique, correspondant aux deux tiers de la formation, englobe les domaines suivants (83,86) :

- Biochimie et anatomie,
- Législation sur les denrées alimentaires et technologie alimentaire,
- Travail scientifique,
- Thérapie nutritionnelle et diététique de différents groupes de population, fondée sur les données probantes,
- Médecine,
- Promotion de la santé et prévention,
- Psychologie, méthodologie/didactique et conduite d'entretiens,
- Technologie culinaire.

La partie pratique, correspondant donc à un tiers de la formation, permet d'approfondir les bases théoriques dans divers milieux professionnels, comme en hospitalier, en cabinet ou encore en promotion de la santé (86).

Le titre de Bachelor of Science HES-SO en Nutrition et diététique, obtenu à la fin de la formation HES, assure l'authenticité des compétences acquises. Il est, de plus, reconnu légalement et autorise ainsi la·le diététicien·ne « à facturer les prestations fournies à la charge de la caisse-maladie par le biais de l'assurance de base » (84).

2.5.3. Formation HES en Suisse romande

La formation HES en Suisse romande, soit à Genève, permet aux diététicien·ne·s d'acquérir de nombreuses compétences et connaissances dans plusieurs domaines, cités précédemment.

Cependant, nous estimons important de relever cinq axes de cette formation préparant particulièrement les diététicien·ne·s à la prise en charge de patients souffrant d'AE. Ce sont les suivants (87–91) :

1. *Les interventions thérapeutiques* prennent en compte les étapes du Processus de Soins en Nutrition, l'éducation et la relation thérapeutique, la consultation diététique, l'accompagnement au changement, ainsi que l'éthique. L'alliance thérapeutique est étudiée afin de pouvoir créer une ambiance collaborative, motivationnelle et empathique. Lors des consultations, les diététicien·ne·s sont également capables d'utiliser des éléments de l'entretien motivationnel, des approches systémiques et bio-psycho-sensorielle, des stratégies cognitivo-comportementales, du modèle de

changement et d'adaptation à la maladie, ainsi que de l'identification des émotions et des mécanismes de défense.

2. *L'étude des comportements alimentaires* permet aux diététicien·ne·s de comprendre l'impact des dimensions socio-culturelles de l'alimentation sur les comportements, de percevoir et connaître les représentations et les tabous en lien avec l'alimentation, ainsi que d'acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge des TCA. Elles·ils sont ainsi capables d'identifier les comportements et les habitudes alimentaires problématiques, de formuler un diagnostic nutritionnel, de planifier des interventions nutritionnelles selon le diagnostic posé, ainsi que d'élaborer un processus d'évaluation et d'adaptation des objectifs posés.
3. *Les enseignements méthodologiques* sont utiles pour l'apprentissage des techniques de communication et pour l'ingénierie d'outils, techniques et méthodes pédagogiques.
4. *Le fondement de la pratique clinique* permet le développement du raisonnement clinique et l'intégration de l'Evidence Based Practice dans la pratique des diététicien·ne·s.
5. *Les périodes de formation pratique* permettent aux apprenant·e·s de mettre la théorie vue lors des cours en pratique, ainsi que de les confronter avec la réalité de cette population et leurs problématiques.

3. Justification du thème et de la population

L'AE est un comportement alimentaire dont le recours deviendrait de plus en plus courant depuis une vingtaine d'années. Lorsqu'elle s'avère problématique, les gens qui en souffrent relèvent un certain mal-être, une mauvaise santé mentale ou des problèmes avec leur poids (7).

Ce comportement a pu être observé dans différentes populations. Celles comportant une prévalence plus élevée sont caractérisées par une restriction cognitive, un TCA, un surpoids ou une obésité. Cependant, l'AE est également fréquente chez les personnes en bonne santé ne présentant aucune de ces caractéristiques, consommant occasionnellement des aliments « réconforts » sans impact négatif sur la santé, ni sur le bien-être (1,12).

Nous avons ainsi décidé, pour ce travail, de nous centrer sur l'AE problématique, c'est-à-dire un comportement alimentaire engendrant des conséquences négatives sur la santé psychique et/ou physique (cf. 2.1.8). Afin de nous orienter dans cette direction, nous avons pris le parti de nous consacrer à la population souffrant de surpoids et d'obésité, car ces problématiques peuvent découler et être maintenues par l'AE (87). Il a, de plus, été prouvé que l'influence des émotions sur le comportement alimentaire était plus forte chez les personnes obèses (5). Une autre étude a démontré que 48% de la population obèse étudiée présentait un score d'AE élevé (6).

En plus d'être des facteurs de risque pour le développement de maladies non transmissibles et chroniques, le surpoids et l'obésité ont une prévalence exponentielle qui est une problématique majeure de santé et qui représente un important défi pour le système de santé (9,87). En effet, en 2021, l'Office Fédérale de la Santé Publique estime qu'environ 42% de la population suisse adulte est en surpoids, dont 11% en obésité (9). Les statistiques mondiales ne sont guère plus positives : en 2016, l'Organisation mondiale de la Santé estime à 39% la prévalence de surpoids, dont 13% d'obésité (8). Cette dernière ajoute que la prévalence de l'obésité a triplé en 40 ans (8). La population en surcharge pondérale nous intéresse d'autant plus, car la participation active des diététicien·ne·s est essentielle dans la prise en charge de leur problématique. Ces dernier·e·s ont comme rôle de favoriser une perte pondérale, en accompagnant les patient·e·s dans l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires et dans la mise en place d'une activité physique régulière (87). Cependant, l'AE semble jouer un rôle dans le maintien de l'excès pondéral et est ainsi un frein dans la perte de poids (92). Nous avons, de plus, décidé d'exclure les personnes souffrant de TCA diagnostiquées, car, comme vu précédemment (cf. 2.4), la prise en charge des TCA est complexe et bien définie, prenant déjà en charge l'aspect émotionnel et celui du comportement alimentaire. Nous trouvons donc plus intéressant de nous centrer sur une population dont la gestion de l'AE était moins explicite dans la littérature et dans les guidelines.

De plus, selon la formation HES, et plus précisément selon les cinq axes présentés précédemment (cf. 2.5.3.), les diététicien·ne·s sont capables et doivent avoir leur place dans la prise en charge de patient·e·s souffrant d'AE. Nous avons cependant l'impression que, malgré ces capacités, les diététicien·ne·s semblent manquer d'outils concrets pour cette gestion. Nous aimerions donc connaître les méthodes concrètes et efficaces à la diminution de l'AE pouvant être utilisées par les diététicien·ne·s dans leur pratique professionnelle.

4. Question de recherche

4.1. Question principale

Dans le but de définir notre question de recherche principale, nous avons utilisé la méthode PICO, en spécifiant la population, l'intervention, la comparaison et l'outcome :

P : Hommes et femmes adultes ayant un IMC ≥ 25 kg/m², souffrant d'AE évalué par un questionnaire

I : Toutes les interventions confondues

C : Groupe contrôle

O : Une diminution de l'AE

Notre question de recherche est la suivante : *Chez les adultes en surpoids ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent diminuer ce comportement alimentaire ?*

4.2. Question secondaire

Nous avons défini une question de recherche secondaire : *Parmi les interventions pouvant diminuer l'alimentation émotionnelle, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ?*

5. But et objectifs

Ce travail a pour but de relever les méthodes concrètes et efficaces à l'amélioration de l'AE pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s.

Pour arriver à cela, nous avons comme objectifs de :

- Recenser des méthodes qui existent dans la littérature pour diminuer l'AE des personnes en surpoids ou obèses,
- Clarifier lesquelles sont utilisables par les diététicien·ne·s,
- Identifier, grâce à trois entretiens avec des professionnel·le·s, les outils et méthodes de gestion de l'AE utilisés dans la pratique professionnelle,
- Discuter du rôle et de la place des diététicien·ne·s dans la prise en charge de l'AE, des limites de leur formation et de la pertinence de l'interprofessionnalité.

6. Méthode

6.1. Déroulement

Ce travail a été structuré en deux parties distinctes qui se sont chevauchées dans le temps.

D'une part, une recherche de littérature, permettant de répondre à la recherche principale, a été effectuée afin de recenser des méthodes pouvant diminuer l'AE.

D'autre part, pour répondre à la question de recherche secondaire, nous avons clarifié quelles étaient les méthodes qui pouvaient être utilisées par les diététicien·ne·s, en nous appuyant sur des entretiens que nous avons menés avec des diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'AE. Ces entretiens semi-structurés ont nécessité une préparation préalable, qui est détaillée dans la partie « méthodologie entretiens ».

Toutes les étapes de ce travail ont été effectuées soit conjointement, soit en nous répartissant le travail de manière équitable. Nous avons effectué ces étapes de la manière la plus autonome possible, et notre directeur de Travail de Bachelor a été présent lorsque nous en avons besoin. De plus, nous nous sommes réunies à plusieurs reprises avec lui afin qu'il puisse suivre l'avancée de notre travail et répondre à nos questions.

6.2. Méthodologie de la recherche littéraire

6.2.1. Devis d'étude : revue systématique

Dans le courant du 20^{ème} siècle débute l'augmentation exponentielle du nombre de publications médicales et, avec elle, l'incapacité des professionnels de santé à se tenir au courant de l'avancée des multiples preuves et nouvelles découvertes. La revue systématique apparaît donc, dans le but de résumer et réunir les résultats de différentes études. Afin que les professionnels puissent s'y fier, elle doit être d'une grande pertinence et regrouper des informations de bonne qualité. En synthétisant donc toutes les preuves et les résultats, la revue systématique permet d'établir l'efficacité et la faisabilité d'un traitement ou d'une intervention (93,94).

Une revue systématique doit être réalisée de manière rigoureuse et impartiale, afin de limiter au maximum les biais et de pouvoir la reproduire si nécessaire (93,94). Ainsi, elle se classe au sommet de la hiérarchie d'évidence des études en usant parfaitement de l'Evidence Based Practice (94).

Afin d'explorer notre problématique avec la meilleure pertinence, nous avons procédé à une revue systématique. Au vu du temps imparti pour la réalisation de notre travail, nous nous sommes consacrées à trois bases de données : PubMed, Cinahl et PsycINFO.

6.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

En parcourant la littérature au sujet de l'AE, nous avons vu qu'il existait de nombreuses études, sur une population variée et dans des contextes différents. Nous avons donc défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler et de limiter le champ de la recherche.

Au niveau de l'étude, nous avons choisi d'inclure uniquement les essais contrôlés randomisés (RCT), car ce sont les types d'études avec le niveau de preuve le plus élevé juste après les revues systématiques et les méta-analyses (94,95). Ces dernières ont été exclues afin d'éviter qu'un RCT se retrouve à double et que cela fausse les résultats.

Nous avons décidé de limiter la recherche aux publications datant de janvier 2010 à mars 2023, car les résultats ont été en majorité publiés à partir de 2010 et les études antérieures nous semblaient moins pertinentes. Pour la langue, nous avons décidé de garder uniquement les études en français et anglais.

Au niveau de la population étudiée, nous nous sommes intéressées pour ce travail aux personnes en surpoids (IMC 25-29,9 kg/m²) ou en obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) sans diagnostic de TCA (96). Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les adultes (≥ 18 ans) et d'inclure les hommes et les femmes. L'AE devait être confirmée par un questionnaire validé, pour avoir des mesures communes entre les articles. De plus, nous avons choisi d'exclure les études en lien avec la chirurgie bariatrique (pré- et post-chirurgie), les femmes en programme de préconception d'enfant et les femmes en post-partum, car nous estimions qu'il y avait trop de biais motivationnels.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont résumés dans le tableau ci-dessous (tableau 4) :

Tableau 4 : Critères d'inclusion et d'exclusion

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Études	RCT Janvier 2010 - mars 2023 Français et anglais	Autres types d'études Etudes antérieures à 2010 Autres langues
Population des études	Adultes (≥ 18 ans) Hommes et femmes AE évaluée par un questionnaire IMC ≥ 25 kg/m ²	Enfants (< 18 ans) Chirurgie bariatrique (pré- et post-chirurgie) Post-partum Programme de préconception d'enfant TCA IMC < 25 kg/m ²

6.2.3. Stratégie de recherche : bases de données, filtres, équation

Nous avons effectué nos recherches littéraires sur trois bases de données. PubMed nous a permis de trouver des articles dans divers domaines pouvant nous intéresser pour notre problématique, tels que la médecine fondamentale et clinique, la biologie ou encore la nutrition. Ensuite, Cinahl couvre les domaines des sciences infirmières et paramédicales, telles que la nutrition, de la psychologie et de l'éducation sanitaire. Enfin, PsycINFO est spécifique aux domaines de la psychologie, de la médecine et de la sociologie (97).

Lors de notre recherche, nous avons utilisé différents filtres :

- PubMed : Adult: 19+ years, Randomized Controlled Trial, 2010-2023
- Cinahl : All Adult, Randomized Controlled Trial, 2010-2023
- PsycINFO : Adulthood <18+ years>, Clinical Trial, 2010-Current

Pour PsycINFO, le filtre RCT n'existe pas. Nous avons donc choisi le filtre Clinical Trial et sélectionné les RCT durant nos lectures.

Notre équation de recherche était la suivante : (« emotional eating ») AND ((intervention) OR (therapy)) AND ((overweight) OR (obesity)).

6.2.4. Résultats de l'équation sur les bases de données

Au total, 151 articles ont correspondu à notre équation de recherche et à nos filtres entre janvier 2010 et le 21 mars 2023 :

- PubMed : 60 articles
- Cinahl : 18 articles
- PsycINFO : 73 articles

6.2.5. Sélection des articles

Pour la sélection des articles, nous avons décidé de nous répartir équitablement le nombre de publications à trier. Nous avons commencé le tri grâce au titre, à l'abstract et à la présence d'un questionnaire validé dans l'abstract ou dans l'article en entier. Après cette première sélection, nous nous sommes réparti, à nouveau de manière équitable, les articles et nous les avons triés selon le texte intégral. Chaque étape du tri a été vérifiée par une autre membre du trinôme, de sorte que chaque article sélectionné ou exclu reçoive une double vérification. De plus, afin d'avoir un suivi précis de notre sélection d'articles, nous avons classé, pour chaque étape, les articles gardés, ainsi que les articles exclus avec les raisons pour lesquelles nous avons fait ce choix (tableaux 5, 6 et 7).

Tableau 5 : Récapitulatif pour les articles gardés lors de la première sélection

Etudiante qui a sélectionné l'article	Base de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet

Tableau 6 : Récapitulatif pour les articles gardés lors de la deuxième sélection

Etudiante qui a sélectionné l'article	Base de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Intervention	Effets sur l'AE

Tableau 7 : Récapitulatif pour les articles exclus lors des deux sélections

Etudiante qui a sélectionné l'article	Base de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion

A chaque sélection, si l'une d'entre nous a eu un doute concernant un article, elle a pu demander l'avis de ses deux camarades. Notre directeur de Travail de Bachelor nous a également aidées dans nos prises de décisions.

De plus, à la fin de chaque étape de sélection, nous avons pris le temps, à trois, pour discuter de nos derniers doutes et des cas litigieux, c'est-à-dire des articles intéressants mais qui ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion et d'exclusion. Étant tout à fait conscientes de l'impossibilité de traiter tous les articles, nous avons décidé d'exclure tous les cas litigieux de notre recherche littéraire, mais de les aborder, au besoin, dans la discussion de notre travail.

6.2.6. Évaluation de la qualité

Afin d'analyser la qualité des articles sélectionnés, nous avons utilisé la grille d'analyse de « The Joanna Briggs Institute » (JBI). Cet organisme de recherche international propose divers types de grilles en fonction du design de l'étude effectuée. Dans notre cas, nous avons choisi la grille d'analyse de RCT (annexe 8). Celle-ci permet d'évaluer la qualité méthodologique d'une étude, ainsi que d'indiquer sa validité et sa fiabilité. Elle détermine également la prise en considération de la possibilité de biais dans la conception de l'étude, la façon dont elle a été menée et son analyse. Pour ce faire, nous avons réparti les articles sélectionnés entre nous trois et nous avons mis en commun nos analyses (98). Chaque article a ensuite été vérifié par une autre membre du trinôme afin d'avoir une double vérification.

Pour avoir une meilleure visualisation des résultats, un tableau récapitulatif (tableau 8) a été rempli en utilisant les légendes suivantes : O – oui, N – non, I – imprécis, Ø – ne s'applique pas.

Tableau 8 : Récapitulatif grille d'évaluation JBI

Articles	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Total
Auteur·rice·s (année)														

Légende : Q - question

Afin de calculer les scores de qualité, nous avons rapporté le nombre de oui relatif au nombre de questions évaluées, ce qui revient à diviser le nombre de « O » par le nombre total de réponses définies (O + I + N). Nous avons ensuite exprimé ce résultat en pourcentage, pour plus de lisibilité.

6.2.7. Extraction des données des articles

Afin d'extraire les données des articles sélectionnés de manière claire et synthétique, nous avons effectué un tableau regroupant les données et variables suivantes (tableau 9) :

- **Données** : les auteur·rice·s, l'année de parution de l'article, le but de l'étude, l'intervention, les questionnaires utilisés pour évaluer l'AE, les outcomes, ainsi que les principaux résultats et la conclusion ;
- **Variables** : le pourcentage de femmes, l'âge moyen, l'IMC moyen et la taille de l'échantillon de l'étude, ainsi que le pays de l'étude.

Tableau 9 : Récapitulatif des extractions des données des articles

Auteur·rice·s (année)	
But de l'étude	
Intervention	
Echantillon	Femmes
	Age moyen (années)
	IMC moyen (kg/m ²)
	Taille
Pays	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	
Outcomes	
Principaux résultats et conclusion	

Ces informations ont été récoltées lors d'une lecture en profondeur de chaque article, et pour cela, nous nous sommes réparties équitablement les articles sélectionnés.

6.2.8. Résultats des études

A partir du tableau d'extraction des données des articles sélectionnés, nous avons présenté les résultats principaux des études et les avons illustrés à l'aide de figures et de tableaux pour plus de clarté. Nous avons séparé les résultats en différentes parties : la population, les questionnaires utilisés, les interventions effectuées et enfin les différents outcomes qui sont ressortis, et nous avons résumé quelques résultats dans des tableaux de synthèse.

Afin d'interpréter les résultats, nous avons pris, comme limite de la probabilité de réalisation des différents effets, la p-valeur à < 0.05 .

6.3. Méthodologie des entretiens

6.3.1. But et justification des entretiens

Après avoir exploré le sujet des interventions pour la diminution de l'AE d'un point de vue théorique grâce à une recherche de littérature, nous trouvions pertinent de l'aborder d'un point de vue pratique en récoltant l'avis de professionnel·le·s travaillant dans ce domaine. Nous avons donc décidé d'interviewer trois diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'AE à l'aide d'un entretien semi-structuré, afin de constater si les méthodes trouvées dans la littérature étaient également utilisées par les professionnel·le·s. Nous avons également souhaité voir si certaines méthodes, qui n'étaient pas ressorties dans la recherche, étaient utilisées sur le terrain. Le but de ceci était de comprendre comment les diététicien·ne·s intervenaient dans la gestion de l'AE dans la pratique en Suisse romande.

6.3.2. Type d'entretien : entretien semi-structuré

L'entretien semi-structuré est ordonné grâce à des questions préparées en amont mais offre une certaine liberté et permet d'approfondir les thématiques en rebondissant sur les réponses des participant·e·s.

Par ce choix, nous avons privilégié l'aspect qualitatif. Cela nous a permis de prendre connaissance des pratiques de différents établissements grâce aux propos des professionnel·le·s interrogé·e·s.

6.3.3. Grille de questions

Notre grille comprenait 12 questions principales ouvertes, ainsi que 28 relances également sous forme de questions ouvertes, pouvant explorer différentes thématiques, telles que les méthodes utilisées, les limites et le recours à l'interprofessionnalité lors de la prise en charge

de patient·e·s souffrant d'AE. Nous avons également investigué le lieu de travail des professionnel·le·s, leurs formations et leur parcours professionnel ainsi que les spécificités de leur patientèle. Après avoir conçu cette grille, nous avons souhaité qu'elle soit revue par notre directeur de Travail de Bachelor ainsi que par Mischa Piraud, Docteur en sociologie urbaine et Chercheur en sciences sociales, qui avait, au préalable, accepté notre sollicitation.

Notre grille de questions pour les entretiens se trouve en annexe 9.

6.3.4. Déroulement des entretiens

Pour répondre à nos questions, nous avons contacté trois diététicien·ne·s ayant l'habitude de travailler avec des patient·e·s souffrant d'obésité et/ou d'AE.

Les entretiens ont eu lieu les 9, 11 et 17 mai 2023 dans les lieux de travail de chacun·e des professionnel·le·s qui nous ont très bien accueillies. La durée des entretiens était d'environ une heure avec la rencontre, l'introduction, les questions et les remerciements. Chaque entretien a été mené par deux étudiantes et retranscrit ainsi qu'analysé par la troisième.

6.3.5. Transcription des entretiens

Les entretiens ont tous été enregistrés afin de nous aider lors de leur transcription et d'être fidèles aux propos des professionnel·le·s. Cela nous a garanti, à la fois la scientificité de la démarche et le respect de la parole des personnes interrogées. De plus, le secret professionnel a été et continuera d'être tenu.

Les transcriptions anonymisées des entretiens se trouvent en annexe 10.

6.3.6. Extraction des données des entretiens

Pour l'extraction des données des entretiens, nous avons relevé les éléments importants dans un tableau présenté ci-dessous (tableau 10), où la numérotation correspond au numéro des questions dans la grille de questions des entretiens.

Tableau 10 : Récapitulatif de l'extraction des données des entretiens

1	Parcours de formation :	
1'	Raisons des formations :	
2	Parcours professionnel :	
3	Lieu de travail actuel :	
4	Définition de l'AE :	
4'	Origine de la définition:	
4''	Références sur l'AE :	
5	Cas de prise en charge d'AE :	
6	Questionnaires utilisés pour le diagnostic de l'AE :	
7	Caractéristiques et spécificités de la patientèle souffrant d'AE :	
7'	Caractéristiques alimentaires les plus visibles :	
7''	Pathologies associées / prise en charge si présence d'un trouble psychiatrique :	
8	Méthodes utilisées pour la prise en charge :	
8'	Outils utilisés pour la prise en charge :	
8''	Protocole d'intervention :	
9	Sentiment d'avoir suffisamment d'outils adéquats :	
9'	Si besoin d'outils supplémentaires, lesquels :	
10	Sentiment d'être assez formé·e :	
10'	Avis sur la formation HES :	
10''	Propositions pour améliorer la formation :	
11	Limites dans la prise en charge de l'AE :	
11'	Ressources si limites atteintes :	
12	Interprofessionnalité utilisée :	
12'	Raisons du recours à l'interprofessionnalité :	

6.3.7. Résultats des entretiens

En utilisant le tableau d'extraction des données des entretiens, nous avons pu présenter les résultats principaux, sous forme de texte et à l'aide de schémas. Nous les avons ordonnés de la manière suivante :

- Formations effectuées,
- Définitions de l'AE,
- Questionnaires évaluant l'AE,
- Caractéristiques de la patientèle,
- Méthodes, outils et protocoles utilisés dans la prise en charge de l'AE,
- Sentiment de compétence, limites et ressources,
- Avis sur la formation de diététicien-ne HES et compléments de formations,
- Références sur l'AE.

6.4. Méthodologie de la discussion

Pour la discussion, nous avons tout d'abord rappelé les résultats principaux de la recherche de la littérature et des entretiens, afin de répondre à nos questions de recherche. Nous avons ensuite éclairci quelques termes apparus dans les résultats afin de faciliter leur compréhension. Puis, nous avons analysé la qualité des études sélectionnées, afin de pondérer les résultats obtenus à la lumière de la qualité des articles. Suite à cela, nous avons pu mener une discussion sur les résultats de ce travail, et effectuer une comparaison entre la théorie et la pratique au sujet de la prise en charge de l'AE.

Nous avons ensuite procédé à une mise en perspective des résultats de notre travail, en les comparant avec d'autres revues systématiques, méta-analyses et articles existants sur le sujet.

De plus, nous avons discuté des forces et limites de notre travail en reconsidérant notre méthodologie.

Finalement, grâce à nos résultats et nos analyses, nous avons discuté du concept d'AE et nous avons tiré des implications pour d'éventuelles recherches futures, ainsi que pour la pratique professionnelle.

6.5. Considérations éthiques

6.5.1. Pour la recherche littéraire

En recherche médicale, des normes éthiques doivent être respectées, comme la protection de la santé, les droits, la dignité et le bien-être des participant-e-s aux études scientifiques, ainsi que la confidentialité de leurs informations personnelles. Les participant-e-s doivent également

faire part de leur consentement de manière éclairée, lorsqu'elles·ils acceptent de prendre part à une étude (99).

De plus, les recherches médicales, impliquant des sujets humains, doivent être précédées d'une évaluation des risques pour les participant·e·s, ainsi que d'être menées ou supervisées par des professionnel·le·s de santé. Elles doivent également présenter les éventuels conflits d'intérêts possibles, tels que les sources de financement (99).

Nous avons été attentives à ces différents éléments dans les études que nous avons incluses dans notre revue systématique. Cependant, tout projet de recherche doit passer par une commission d'éthique. Si celle-ci accepte sa réalisation, cela signifie que les règles éthiques ont normalement été appliquées. Nous sommes parties de ce constat-là (99,100).

En outre, tout au long de notre projet, tout mail ou toute autre forme de contact envers une personne tierce s'est fait avec l'accord au préalable de notre directeur de Travail de Bachelor.

6.5.2. Pour les entretiens

Lors des entretiens semi-dirigés, la transparence de toutes les données récoltées et utilisées a été respectée. L'étude a été menée par nous trois, étudiantes de la filière Nutrition et diététique et n'a pas été financée. Ce projet a été encadré par la Haute École de Santé de Genève et nous a permis de comparer la théorie des articles scientifiques à la pratique lors de prise en charge d'une AE. Selon le Code d'éthique professionnelle des diététicien·ne·s suisses, ces informations ont été transmises aux interviewé·e·s (101).

Les participant·e·s avaient le droit de refuser ou d'interrompre les entretiens à tout moment, pour quelconques raisons. Elles·ils pouvaient refuser de répondre à certaines questions si elles·ils estimaient que cela allait à l'encontre de leurs principes. De plus, selon le code de Déontologie de l'Association Suisse des Diététiciens, nous avons enregistré les entretiens sur un support audio avec l'accord préalable des interviewé·e·s (102).

De plus, la confidentialité et l'anonymisation des données ont également été respectées (101). À la suite des entretiens, nous avons utilisé les enregistrements pour nous aider à la retranscription. Ceux-ci ont été conservés en sécurité, durant la durée des transcriptions et de leurs analyses, et préservés de l'accès de tiers non autorisés (102). Ils ont, par la suite, été détruits afin de ne pas divulguer des informations confidentielles. Afin d'assurer le respect de ces éléments, une copie des données transcrites a été remise à la filière de Nutrition et diététique de la Haute École de Santé de Genève.

Les personnes interviewées ont été tenues informées de l'avancée de notre projet. Un exemplaire de notre Travail de Bachelor leur a été transmis.

7. Résultats

7.1. Etudes sélectionnées

Nous avons identifié 151 articles au total, provenant de trois bases de données. Nous avons réparti la sélection de ces articles entre les trois : chacune avait 20 articles de la base de données PubMed, six de la base de données Cinahl et 24-25 de la base de données PsycINFO. Après avoir exclu 22 doublons, nous avons examiné 129 articles avec le titre, l'abstract et la recherche d'un questionnaire d'AE dans l'abstract ou dans le texte entier. De cette première sélection, nous avons gardé 44 articles afin d'évaluer leur éligibilité avec le texte en entier et exclu 85 articles, car ceux-ci ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion et d'exclusion. Les tableaux récapitulatifs de notre première sélection se trouvent en annexe 11. Nous avons ensuite effectué une deuxième sélection en nous répartissant la lecture entière des 44 articles restants. Trente-quatre articles se sont révélés ne pas cibler l'AE dans leurs résultats ou ne pas répondre à notre question de recherche et ont ainsi dû être exclus. Les tableaux récapitulatifs de cette deuxième sélection se trouvent en annexe 12. Nous avons finalement sélectionné 10 articles qui ont été soumis à une évaluation de la qualité. La sélection des articles est résumée dans un Flowchart selon le « Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses » (figure 1) (103).

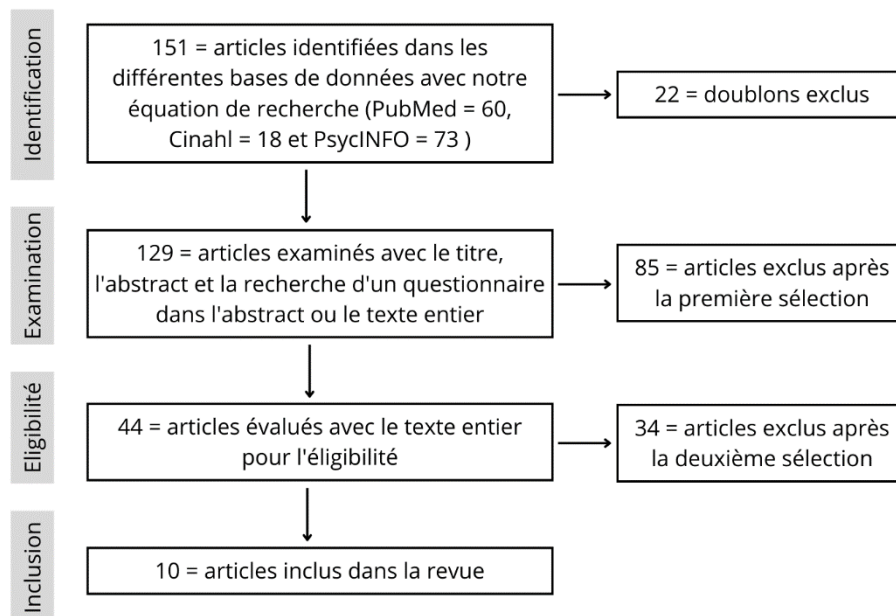


Figure 1 : Flowchart de la sélection des articles

7.2. Qualité des études

Nous avons évalué la qualité des 10 articles sélectionnés (tableau 11).

Tableau 11 : Evaluation de la qualité selon la grille JBI (98)

Articles	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Total
Christaki E et al. (2013) (104)	I	I	O	I	I	O	I	O	O	O	O	O	O	62%
Goldbacher E et al. (2016) (105)	O	Ø	O	I	I	O	I	O	O	O	O	O	O	75 %
Houben K et al. (2016) (106)	O	Ø	O	I	Ø	O	I	O	O	N	O	O	O	73%
Cancian ACM et al. (2017) (107)	O	Ø	O	N	Ø	O	I	O	O	O	O	O	O	82%
Järvelä-Reijonen E et al. (2018) (108)	I	Ø	O	I	I	O	I	O	O	N	O	O	Ø	55%
Simos DS et al. (2019) (109)	I	Ø	O	N	N	O	N	O	I	N	O	O	O	55%
Sampaio CVS et al. (2021) (110)	O	I	O	I	Ø	O	O	O	O	I	O	O	O	75%
Potts S et al. (2022) (111)	O	Ø	O	N	Ø	O	I	O	N	I	O	O	O	64%
Mueller J et al. (2023) (112)	O	Ø	O	O	I	O	I	O	N	O	O	O	O	75%
Morillo-Sarto H et al. (2023) (113)	O	Ø	N	I	I	O	O	O	O	I	O	O	O	67%

Après avoir établi le score total de chaque article selon le calcul défini (cf. 6.2.6), il nous a été possible de répartir la qualité de chaque article dans un histogramme (figure 2).

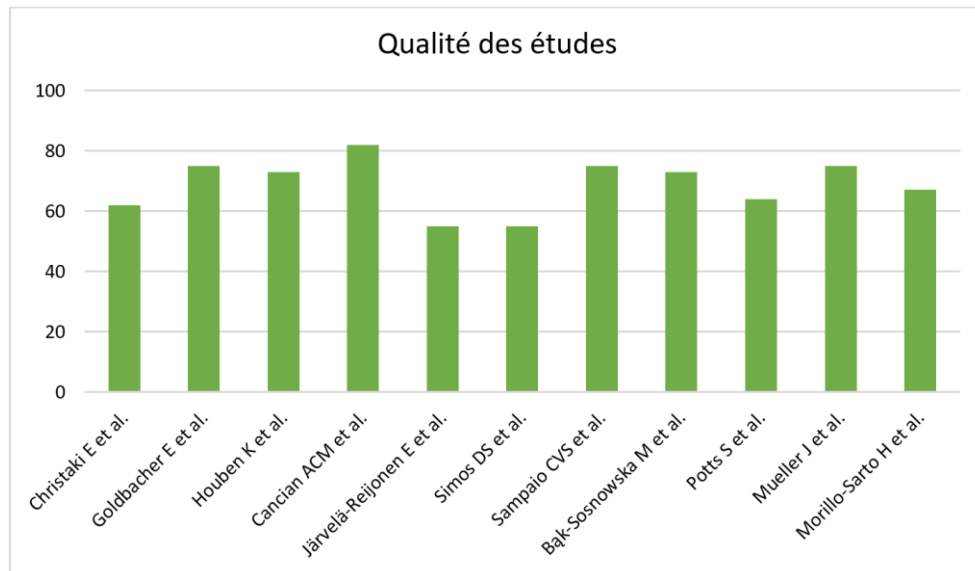


Figure 2 : Qualité des études (98)

Nous avons décidé d'inclure les 10 articles indépendamment de leur qualité, mais nous prendrons en compte la qualité de chaque article lors de la discussion des résultats.

7.3. Extraction des données des articles

Nous avons ensuite extrait les données des 10 articles sélectionnés pour ce travail. L'extraction des données de ces études se trouve sous forme de tableau en annexe 13.

7.4. Résultats des études

Notre sélection finale comportait 10 RCT datant de 2013 à 2023, avec quatre études récentes datant de 2021 à 2023 (figure 3). Les résultats de ces articles sont présentés dans ce chapitre.

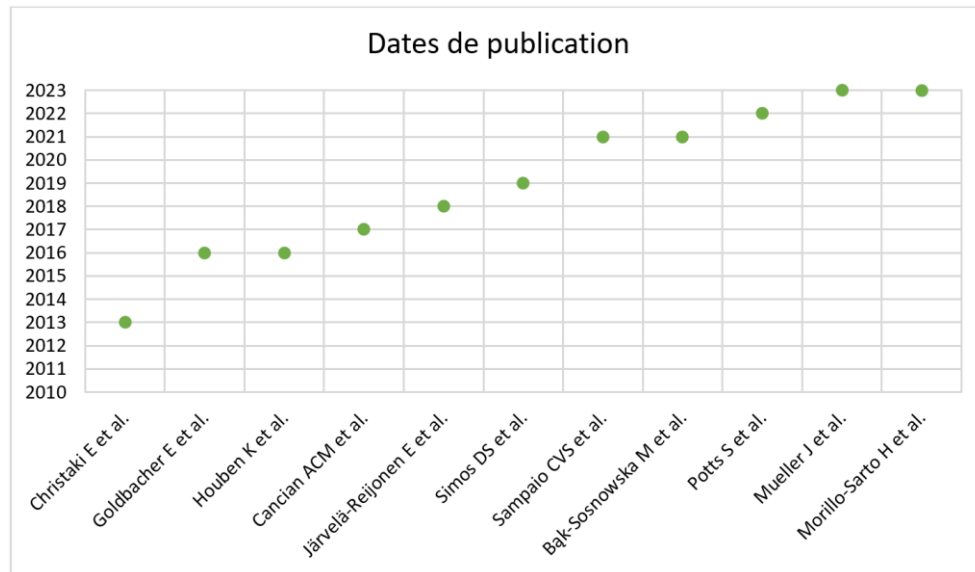


Figure 3 : Dates de publication des articles inclus dans la revue

Les 10 études sélectionnées ont été réalisées dans différentes régions du monde : en Europe, en Amérique du Nord et en Amérique du Sud (tableau 12).

Tableau 12 : Pays des articles inclus dans la revue

Articles	Pays des études
Christaki E et al. (2013) (104)	Grèce
Goldbacher E et al. (2016) (105)	Etats-Unis
Houben K et al. (2016) (106)	Pays-Bas
Cancian ACM et al. (2017) (107)	Brésil
Järvelä-Reijonen E et al. (2018) (108)	Finlande
Simos DS et al. (2019) (109)	Grèce
Sampaio CVS et al. (2021) (110)	Brésil
Potts S et al. (2022) (111)	Etats-Unis
Mueller J et al. (2023) (112)	Royaume-Uni
Morillo-Sarto H et al. (2023) (113)	Espagne

7.4.1. Population

La population de ces études était principalement composée de femmes. Trois études comprenaient 100% de femmes, cinq études >75%, et deux études <75% (figure 4).

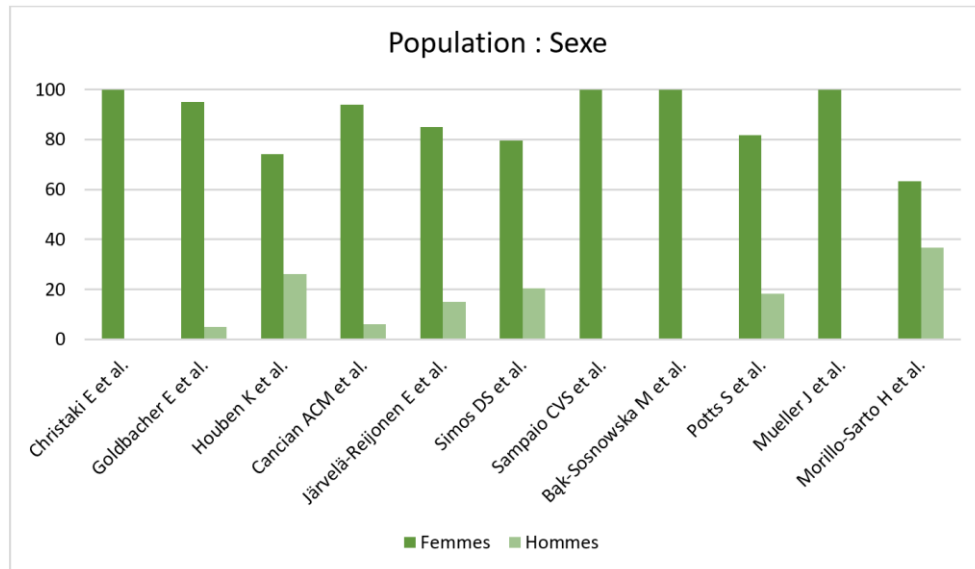


Figure 4 : Sexe de la population des articles inclus dans la revue

L'âge moyen était entre 36,9 ans et 58,5 ans pour la totalité des études. La population de quatre études avait un âge moyen situé entre 45,6 ans et 49,8 ans (figure 5).

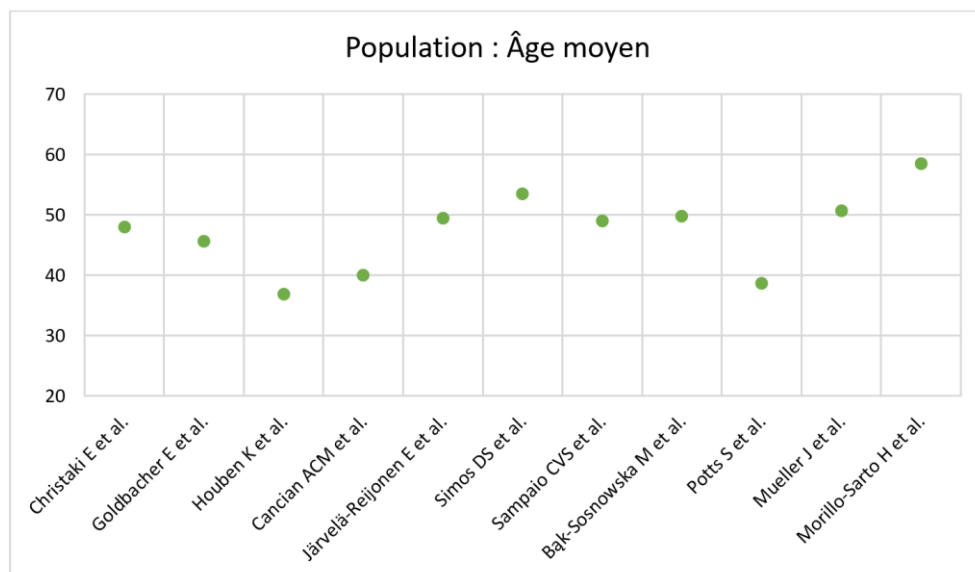


Figure 5 : Âge moyen de la population des articles inclus dans la revue

L'IMC moyen des participant·e·s se situait entre 31,3 kg/m² et 38,2 kg/m² dans neuf études, et une étude n'a pas relevé les IMC, mais avait comme critère d'inclusion un IMC > 30 kg/m² (figure 6).

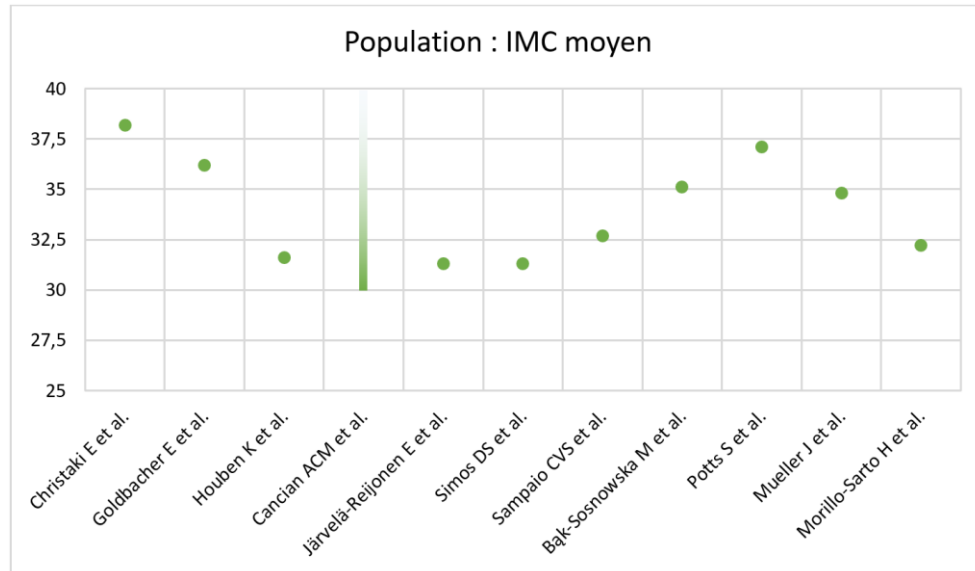


Figure 6 : IMC moyen de la population des articles inclus dans la revue

Au total, huit études comprenaient des échantillons entre 31 et 79 participant·e·s au début de l'intervention, et deux études en avaient 219 et 388 (figure 7).

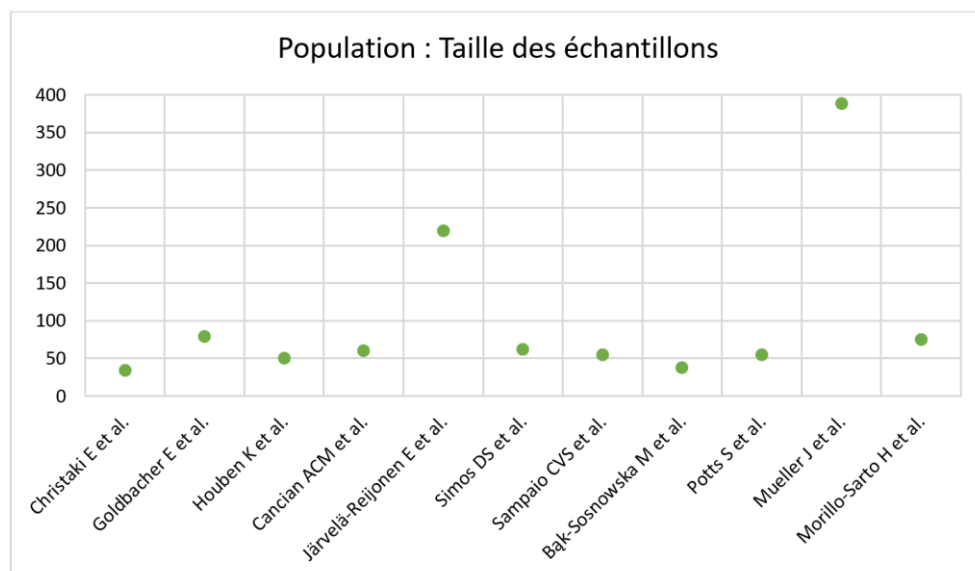


Figure 7 : Taille des échantillons des articles inclus dans la revue

7.4.2. Questionnaires

Différents questionnaires ont été utilisés dans les articles pour évaluer l'AE (tableau 13). Celui qui est ressorti le plus souvent, soit dans six articles, était le DEBQ. Parmi ces articles, cinq utilisaient directement le DEBQ, soit les études de Christaki E et al., Houben K et al., Simos DS et al, Sampaio CVS et al., ainsi que Morillo-Sarto H et al. (104,106,109,110,113), alors que l'article de Potts S et al. en utilisait une sous-échelle axée sur l'AE, nommée *The 13-item Emotional Eating subscale of the Dutch Eating Behavior Questionnaire-Emotional Eating* (DEBQ-EE) (111). Deux études ont utilisé le TFEQ : celle de Järvelä-Reijonen E et al. avec la version des 18 items revisités (TFEQ-R18) (108), et celle de Mueller J et al. avec le questionnaire comprenant 21 items (TFEQ-R21) (112). Deux études ont utilisé l'EES comme questionnaire d'évaluation de l'AE, à savoir celles de Goldbacher E et al. et de Cancian ACM et al. (105,107). Enfin, un dernier questionnaire ressorti dans deux articles était l'IES, qui est apparu sous sa forme de 23 items : *Intuitive Eating Scale-2* (IES-2) aux côtés de l'EES dans l'article de Goldbacher E et al. (105), et sous sa forme initiale de 21 items (IES) aux côtés du TFEQ-R18 dans celui de Järvelä-Reijonen E et al. (108).

7.4.3. Interventions

Parmi les interventions, différentes méthodes ont été utilisées. Celles-ci, accompagnées du but de l'étude correspondant pour faciliter la compréhension, sont présentées dans un tableau au point 7.4.4. (tableau 13).

Plusieurs études utilisaient la pleine conscience. Elle est ressortie comme approche principale, sous la forme de méditation de guérison dans l'étude de Sampaio CVS et al. (110) et sous la forme d'un programme d'alimentation consciente dans celle de Morillo-Sarto H et al. (113). Elle a également été intégrée dans d'autres méthodes, dans les articles de Goldbacher E et al. et de Cancian ACM et al. (105,107).

La thérapie comportementale dialectique est une méthode qui est ressortie dans deux articles. Dans le premier, celui de Goldbacher E et al. (105), elle était associée à la pleine conscience, à la méditation, à la relaxation, à la TCC, ainsi qu'à la gestion et l'acceptation des émotions. La seconde, celle de Cancian ACM et al., comportait aussi une intervention de thérapie comportementale dialectique, composée de pleine conscience, de régulation des émotions et d'une approche de tolérance à la détresse (107).

L'ACT est également ressortie comme méthode principale de plusieurs interventions, avec des modes d'administration variant entre un face-à-face et une application mobile dans l'étude de Järvelä-Reijonen E et al. (108), un livre d'auto-assistance avec des conseils téléphoniques et/ou des messages électroniques dans celle de Potts S et al. (111), ou encore une intervention basée sur le Web dans celle de Mueller J et al. (112).

Deux études se basaient sur des programmes de gestion du stress. Celle de Christaki E et al. reposait sur un programme comprenant la relaxation musculaire progressive et la respiration diaphragmatique (104), et celle de Simos DS et al. sur une technique de gestion du stress cognitivo-comportementale, du nom de technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore (109).

Une autre méthode utilisée a été l'entraînement à la mémoire de travail, qui a été présente dans l'étude de Houben K et al. (106).

Ci-dessous un schéma (figure 8) présente les 10 interventions retrouvées dans nos études sélectionnées, une même couleur signifiant une même méthode utilisée.

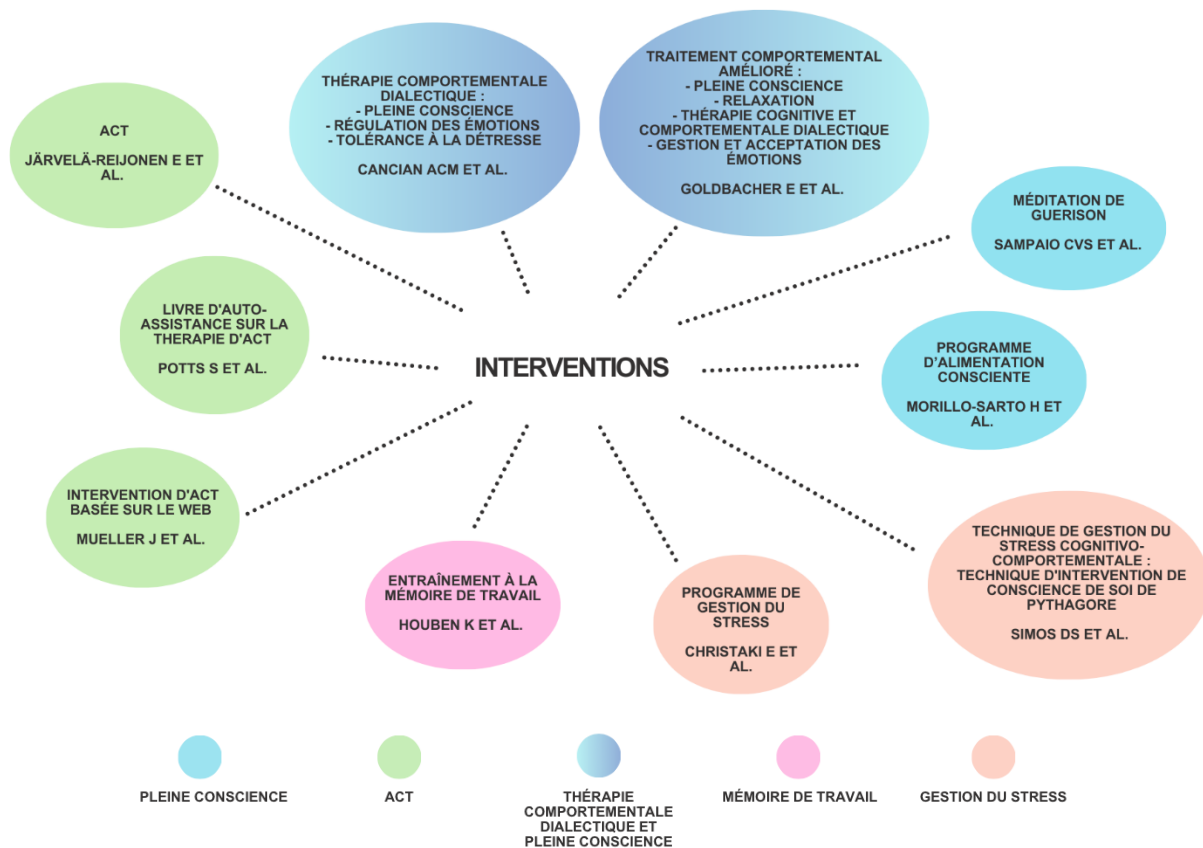


Figure 8 : Interventions étudiées dans les articles

7.4.4. Synthèse des buts, méthodes et questionnaires

Les différents buts, méthodes et questionnaires sont synthétisés dans le tableau suivant (tableau 13) :

Tableau 13 : Synthèse des buts, méthodes et questionnaires

Article	But de l'étude	Méthode				Questionnaires
		Groupe contrôle	Intervention	Mode d'administration	Durée	
Christaki E et al. (2013) (104)	Évaluer l'efficacité de l'ajout d'un programme de gestion du stress, composé de relaxation musculaire progressive et de respiration diaphragmatique, à un régime de perte de poids, et comparer les effets sur la perception du stress, la perte pondérale, l'AE, l'alimentation externe, ainsi que la restriction alimentaire.	Régime de perte de poids : • Restriction calorique • Régime équilibré en macronutriments • Recommandations précises, telles que l'augmentation de fruits, légumes et céréales complètes, ainsi que la diminution de produits raffinés	Régime de perte de poids + programme de gestion du stress composé de : • Relaxation musculaire progressive • Respiration diaphragmatique	Séance pré-intervention pour l'apprentissage de la technique de gestion du stress Auto-administration du programme à domicile Séances aux semaines 4 et 8 pour l'évaluation de la compliance	Intervention : 8 semaines	DEBQ
Goldbacher E et al. (2016) (105)	Comparer l'efficacité du nouveau traitement comportemental amélioré à celle du traitement comportemental standard pour l'obésité.	Traitement comportemental standard : • Restriction calorique progressive • Augmentation progressive de l'activité physique • Stratégies de comportement standard de perte de poids	Traitement comportemental amélioré = Traitement comportemental standard avec l'ajout de : • Pleine conscience • Méditation en pleine conscience • Relaxation • Thérapie cognitive • Thérapie comportementale dialectique • Gestion et acceptation des émotions	Séances hebdomadaires + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 20 semaines	EES, IES-2

Article	But de l'étude	Méthode				Questionnaires
		Groupe contrôle	Intervention	Mode d'administration	Durée	
Houben K et al. (2016) (106)	Évaluer l'effet de l'entraînement à la mémoire de travail sur la suralimentation et le poids corporel.	Entraînement basique et de faible niveau à la mémoire de travail composé de différentes tâches : <ul style="list-style-type: none"> • De mémoire de travail visuospatiale • D'étendue de chiffres vers l'arrière • D'étendue de lettres 	Même entraînement à la mémoire de travail composé des trois tâches, mais leur niveau de difficulté était automatiquement ajusté au cas par cas.	Pré-test 20-25 sessions de 30 minutes à faire à domicile Post-test Test de suivi, un mois plus tard	Moyenne de 33,92 jours pour la réalisation de tous les tests Suivi : 1 mois	DEBQ
Cancian ACM et al. (2017) (107)	Analyser les effets d'une intervention de thérapie comportementale dialectique sur les comportements alimentaires problématiques et adaptatifs.	Liste d'attente	Intervention de thérapie comportementale dialectique basée sur trois modules : <ul style="list-style-type: none"> • Pleine conscience • Régulation des émotions • Tolérance à la détresse 	Deux séances par semaines + réalisation de devoirs à domicile entre les séances Post-test	Intervention : 5 semaines	EES
Järvelä-Reijonen E et al. (2018) (108)	Évaluer les effets d'une intervention d'ACT prodiguée de deux manières différentes, sur le comportement alimentaire et la qualité de l'alimentation.	Liste d'attente	Programme d'ACT basé sur : <ul style="list-style-type: none"> • Clarification des valeurs • Action selon ses propres valeurs • Pleine conscience • Compétences d'acceptation 	Face à face : six séances en groupe + réalisation de devoirs à domicile entre les séances Application mobile : une séance pour les explications puis auto-administration à domicile	Intervention : 8 semaines Suivi : 36 semaines	TFEQ-R18, IES
			En face à face	A l'aide d'une application mobile		

Article	But de l'étude	Méthode				Questionnaires
		Groupe contrôle	Intervention	Mode d'administration	Durée	
Simos DS et al. (2019) (109)	Analyser l'effet d'une technique de gestion du stress cognitivo-comportementale avec l'ajout de la technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore à une intervention diététique.	Régime alimentaire méditerranéen hypocalorique Contact téléphonique hebdomadaire pendant huit semaines pour rendre compte de leurs progrès	Régime alimentaire méditerranéen hypocalorique Technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore pratiquée deux fois par jour chez soi dans un endroit calme, et composée de : <ul style="list-style-type: none"> • Rappel de chaque événement quotidien • Evaluation critique de chaque événement, et auto-renforcement positif et négatif • Fixation de nouveaux objectifs pour le lendemain 	Séance hebdomadaire + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 8 semaines Suivi : 12 semaines	DEBQ
Sampaio CVS et al. (2021) (110)	Analyser l'effet de l'ajout de la méditation de guérison à un programme standard de perte de poids sur le comportement alimentaire et le stress.	Programme standard de perte de poids, soit un suivi avec la-le nutritionniste, la-le médecin de famille, la-le gynécologue et l'endocrinologue + deux tables rondes	Programme standard de perte de poids + programme de méditation de guérison en groupe, caractérisé par : <ul style="list-style-type: none"> • L'attitude de perception de soi • La concentration sur l'anatomie et la physiologie du corps • Le maintien d'un état d'attention totale 	Séance hebdomadaire + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 8 semaines Suivi : 16 semaines	DEBQ

Article	But de l'étude	Méthode				Questionnaires	
		Groupe contrôle	Intervention		Mode d'administration		Durée
Potts S et al. (2022) (111)	Évaluer l'effet de la lecture du livre d'auto-assistance <i>The Diet Trap</i> , basé sur l'ACT, avec des conseils par téléphone et/ou des brefs messages électroniques.	Liste d'attente	Lecture du livre d'auto-assistance <i>The Diet Trap</i> , qui enseigne des compétences issues de l'ACT pour accroître la flexibilité psychologique, axée sur : <ul style="list-style-type: none">• L'engagement• La conscience• L'acceptation + quizz hebdomadaire pour s'assurer de l'engagement et la compréhension des participant-e-s		Auto-assistance guidée avec messages électroniques contenant : <ul style="list-style-type: none">• Mail hebdomadaire avec rappel des tâches• Message de soutien• Si nécessaire, message de rappel pour effectuer le quizz• Coaching téléphonique hebdomadaire supplémentaire pour l'un des groupes	Intervention : 8 semaines	DEBQ-EE
		Messages électroniques	<ul style="list-style-type: none">• Messages électroniques• Coaching téléphonique hebdomadaire				
Mueller J et al. (2023) (112)	Évaluer l'effet de l'intervention « Supporting Weight Management during COVID-19 » sur le poids, le comportement alimentaire, l'activité physique, le bien-être, la dépression, l'anxiété, le stress perçu et l'évitement expérientiel/la flexibilité psychologique.	Liste d'attente + conseils standards sous forme de brochure de l'Association européenne pour l'étude de l'obésité sur l'alimentation, l'activité physique et l'humeur	Intervention d'auto-assistance guidée, basée sur l'ACT et fondée sur le Web : <ul style="list-style-type: none">• Contenu psychoéducatif• Exercices de réflexion• Expériences comportementales• Coaching par téléphone et par mail		Auto-assistance guidée avec accès à une plateforme Web en ligne Un module à réaliser chaque semaine Appel téléphonique à la semaine 4 et message électronique du coach à la semaine 10	Intervention : 12 semaines Suivi : 4 mois et 12 mois	TFEQ-R21
Morillo-Sarto H et al. (2023) (113)	Évaluer l'effet de l'ajout d'un programme d'alimentation consciente à un traitement habituel sur les habitudes alimentaires émotionnelles.	Traitement habituel : <ul style="list-style-type: none">• Entretiens avec le médecin généraliste et une infirmière• Plan nutritionnel	Traitement habituel + programme d'alimentation consciente : <ul style="list-style-type: none">• Formation de sensibilisation à l'alimentation basée sur la pleine conscience		Séance hebdomadaire + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 7 semaines Suivi : 12 mois	DEBQ

7.4.5. Outcomes

Les différents résultats des 10 articles sélectionnés sont présentés en quatre chapitres : l'AE, les autres aspects du comportement alimentaire, le poids et les outcomes restants, non mentionnés auparavant (tableau 14).

7.4.5.1. Alimentation émotionnelle

Parmi les 10 articles retenus pour l'élaboration de notre revue, cinq interventions ont montré une diminution significative des scores d'AE, deux ont révélé une tendance à la baisse non significative de l'AE et un a montré une diminution significative de l'AE, mais sans différence avec le groupe contrôle. Finalement, deux n'ont démontré aucun changement de l'AE chez la population en surpoids ou en obésité.

A travers l'essai de Houben K et al., les participant·e·s ayant bénéficié d'un entraînement à la mémoire de travail avaient signalé moins d'AE immédiatement après l'intervention, ainsi qu'au suivi d'un mois. Cette diminution avait été calculée comme significative (106). L'étude de Simos DS et al. a révélé une diminution significative des scores d'AE chez les participant·e·s ayant pratiqué la technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore (109). Sampaio CVS et al. ont démontré que l'ajout de la méditation de guérison à un programme visant la perte pondérale avait permis une réduction importante et significative de l'AE. Un suivi avait également été fait pendant quatre mois post-randomisation pour le groupe d'intervention, où il avait été constaté que l'AE était restée stable. Cependant, le groupe contrôle, bénéficiant uniquement du programme de perte de poids, avait également signalé une légère baisse de leur AE, mais cette fois, calculée comme non significative (110). L'intervention du « Supporting Weight Management during COVID-19 », intervention d'auto-assistance guidée basée sur l'ACT, basée sur le Web, étudiée par Mueller J et al., a révélé une diminution de l'AE, faible effet à quatre mois post-randomisation, puis important effet à 12 mois post-randomisation, par rapport au groupe contrôle, indiquant un effet systématique de cette intervention sur l'AE en la diminuant (112). Morillo-Sarto H et al. ont étudié l'ajout d'un programme d'alimentation consciente à un traitement habituel et ont pu démontrer une diminution significative des scores d'AE chez le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin jusqu'au suivi à 12 mois (113).

Cancian ACM et al. ont étudié les effets d'une intervention de groupe de formation basée sur les compétences en thérapie comportementale dialectique. Leurs résultats n'ont démontré aucune amélioration significative de l'AE, ni aucune différence significative entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Cependant, l'analyse de ces résultats a tout de même révélé une tendance à la baisse de l'AE chez le groupe ayant bénéficié de l'intervention (107). Même constat pour l'étude de Järvelä-Reijonen E et al., où les interventions d'ACT, dispensée de deux manières différentes, ont permis une diminution non significative du score d'AE chez les deux groupes d'intervention, sans amélioration relevée chez le groupe contrôle. De plus, les auteurs suggèrent, au vu de la tendance d'amélioration d'autres aspects du comportement alimentaire (cf. 7.4.5.2.) par les interventions, que la thérapie d'ACT est prometteuse pour la diminution de l'AE chez les personnes en surpoids ou en obésité (108).

Goldbacher E et al., à travers la comparaison d'un nouveau traitement comportemental

amélioré avec un traitement comportemental standard, ont montré que les participant·e·s des deux groupes avaient eu une diminution significative de l'AE après 20 semaines d'intervention. Cependant, aucune différence entre les groupes n'avait pu être relevée (105).

L'étude de Christaki E et al., n'a montré aucun effet du programme de gestion du stress, comprenant la relaxation musculaire progressive et la respiration diaphragmatique, sur l'AE (104). La constatation est identique pour l'étude de Potts S et al. qui n'a relevé aucune amélioration de l'AE chez les deux groupes ayant bénéficié d'interventions basées sur l'ACT, avec la lecture du livre d'auto-assistance *The Diet Trap*, et des conseils téléphoniques et/ou de brefs messages électroniques (111).

7.4.5.2. Autres aspects du comportement alimentaire

Neuf articles des 10 retenus pour l'élaboration de notre revue ont étudié les effets de leur intervention sur d'autres aspects du comportement alimentaire que l'AE.

Concernant la contrainte cognitive de l'apport alimentaire ou la restriction alimentaire, soit l'exercice d'un contrôle cognitif sur la prise alimentaire dans le but de réguler son poids (104), seuls deux interventions ont montré une diminution significative de cet outcome : la pratique d'une technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore et l'intervention d'auto-assistance « Supporting Weight Management during COVID-19 », basée sur l'ACT, étudiées par Simos DS et al. et Mueller J et al. (109,112). L'essai de Houben K et al. n'a permis aucun effet d'un entraînement à la mémoire de travail sur la restriction alimentaire (106). Le programme de gestion du stress comprenant la relaxation musculaire progressive et la respiration diaphragmatique, et l'intervention d'ajout de la méditation de guérison à un programme visant la perte pondérale, étudiés par Christaki E et al. et par Sampaio CVS et al., ont cependant montré une augmentation significative de la restriction alimentaire (104,110). Une tendance à l'augmentation non significative a également été observée dans le groupe contrôle de l'étude de Sampaio CVS et al. (110).

Concernant l'alimentation externe, soit l'alimentation en réponse à un stimulus externe, quatre études ont montré une influence positive et significative de leur intervention sur cet outcome : l'entraînement à la mémoire de travail (106), la pratique d'une technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore (109), la méditation de guérison (110) et le programme d'alimentation consciente, étudié par Morillo-Sarto H et al. (113). De plus, le groupe contrôle de l'étude de Sampaio CVS et al. a également signalé une amélioration de l'alimentation externe, mais de manière non significative (110).

Concernant les compulsions, frénésies alimentaires ou binge eating, quatre interventions ont permis une diminution de cet outcome, dont deux de manière significative : la méditation de guérison (110) et les deux conditions de l'intervention basées sur l'ACT, avec la lecture d'un livre d'auto-assistance *The Diet Trap* étudiées par Potts S et al. (111). Cancian ACM et al. et Morillo-Sarto H et al. ont montré une amélioration non significative de la frénésie alimentaire chez les participant·e·s ayant bénéficié de la formation basée sur les compétences en thérapie comportementale dialectique (107) ou de l'ajout d'un programme d'alimentation consciente à un traitement habituel (113).

Par rapport à l'alimentation incontrôlée, les interventions d'ACT, avec la condition de face-à-face étudiée par Järvelä-Reijonen E et al. (108), ainsi que du « Supporting Weight Management during COVID-19 » ont permis une diminution significative de cet outcome (112).

L'intervention de groupe basée sur les compétences en thérapie comportementale dialectique a démontré une amélioration non significative des comportements alimentaires adaptatifs, tels que l'alimentation intuitive, mais n'a montré aucune amélioration de l'alimentation conscience (107). L'ACT a également démontré des effets sur différents aspects du comportement alimentaire. La condition du face-à-face a eu des améliorations significatives de l'alimentation intuitive, des régulations intégrées et identifiées et de l'acceptation des aliments. La condition de l'application mobile a, quant à elle, démontré une amélioration significative uniquement de l'alimentation intuitive. Les deux conditions ont cependant permis une diminution non significative de l'aspect « alimentation comme récompense » (108). De plus, la lecture du livre d'auto-assistance *The Diet Trap*, basé sur l'ACT, avec la condition bénéficiant de messages électroniques et de contacts téléphoniques a permis une amélioration significative des choix alimentaires, contrairement à la condition recevant uniquement les messages électroniques qui n'a relevé aucune amélioration de cet outcome (111). L'entraînement à la mémoire de travail a révélé une amélioration significative du score de préoccupations liées à l'alimentation (106). Finalement, l'ajout d'un programme d'alimentation consciente à un traitement habituel a diminué le score de l'échelle du BITE de manière non significative à la suite de l'intervention, puis de manière significative au suivi de 12 mois post-randomisation (113).

7.4.5.3. Poids

Parmi les 10 articles sélectionnés pour la réalisation de notre revue, huit ont analysé l'effet de l'intervention sur le changement de poids.

Quatre interventions ont permis une réduction significative du poids : le programme de gestion du stress comprenant la relaxation musculaire progressive et la respiration diaphragmatique (102), la pratique de technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore (109), l'ajout de méditation de guérison à un programme visant la perte pondérale (110), ainsi la lecture d'un livre d'auto-assistance *The Diet Trap*, basé sur l'ACT avec des conseils téléphoniques et/ou de brefs messages électroniques (111). Une cinquième étude, celle de Goldbacher E et al., a révélé une perte pondérale significative du groupe intervention et du groupe contrôle, sans différence entre les groupes. Elle a tout de même suggéré que le traitement comportemental amélioré, basé sur la pleine conscience et l'acceptation, permettrait de faciliter le maintien de la perte de poids (105).

Deux études ont signalé des pertes de poids non significatives. Celle de Mueller J et al., comparant un groupe bénéficiant d'une intervention d'auto-assistance guidée basée sur l'ACT et d'un groupe en liste d'attente recevant des conseils, a montré une diminution non significative du poids chez les deux groupes (112). L'étude de Morillo-Sarto H et al. a révélé que l'ajout d'un programme d'alimentation consciente à un traitement habituel a permis une diminution pondérale chez les participant·e·s, calculée comme non significative (113).

Une seule étude n'a relevé aucune modification du poids chez les participant·e·s bénéficiant

de l'intervention, soit l'entraînement à la mémoire de travail, ni chez le groupe contrôle (106).

7.4.5.4. Outcomes restants

Parmi les 10 articles retenus, 7 articles ont étudié des effets supplémentaires des interventions.

Le programme de gestion du stress comprenant la relaxation musculaire progressive et la respiration diaphragmatique sur l'AE, étudié par Christaki E et al., a permis une diminution non significative du stress dans le groupe d'intervention (104).

L'entraînement à la mémoire de travail de l'essai de Houben K et al. a montré une amélioration significative de la performance de la mémoire de travail, ainsi qu'une augmentation non significative de la correspondance entre les objectifs alimentaires et les apports alimentaires. Cependant, aucun changement pour la faim n'a été remarqué (106).

Grâce à l'intervention de groupe basée sur les compétences en thérapie comportementale dialectique de l'étude de Cancian ACM et al., les participant.e-s ayant bénéficié de cette intervention ont eu une diminution non significative de la dépression, du stress et de l'anxiété, ainsi qu'une augmentation non significative des stratégies de régulation des émotions (107).

L'essai de Simos DS et al., étudiant l'effet de la pratique de la technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore, a montré une diminution significative du stress et du taux de cortisol, indiquant cette intervention comme une méthode efficace dans la gestion du stress. De plus, les participant.e-s bénéficiant de cette intervention ont vu leurs paramètres métaboliques s'améliorer : diminution significative de la glycémie à jeun, du taux d'hémoglobine glyquée, de la cholestérolémie et de la triglycéridémie. Cependant, au vu de la taille de l'effet, les modifications cliniquement significatives ont pu être notées uniquement pour l'amélioration du taux d'hémoglobine glyquée (109).

L'ajout de la méditation de guérison à un programme visant une perte de poids, intervention étudiée par Sampaio CVS et al., a baissé significativement le stress des participant.e-s en post-intervention et au suivi à quatre mois. Le groupe contrôle a également ressenti une diminution du stress, mais cette fois non significative (110).

Les interventions basées sur l'ACT, avec la lecture du livre d'auto-assistance *The Diet Trap*, et des conseils téléphoniques et/ou de brefs messages électroniques, de l'étude menée par Potts S et al., ont permis une diminution significative des scores d'auto-stigmatisation et d'inflexibilité psychologique chez les deux conditions, sans différence significative entre elles. Les participant.e-s de la condition bénéficiant de messages électroniques et de contacts téléphoniques ont de plus eu une amélioration non significative de leur activité physique (111).

A travers l'étude de Mueller J et al., l'intervention du « Supporting Weight Management during COVID-19 », intervention d'auto-assistance guidée basée sur l'ACT, a montré une diminution significative de l'évitement ou flexibilité psychologique, ainsi qu'une augmentation significative de l'activité physique. Les participant.e-s ayant bénéficié de cette intervention ont également ressenti une amélioration des scores de dépression et d'anxiété, mais pas d'amélioration du sentiment de bien-être, ni du stress (112).

7.4.5.5. Synthèse des outcomes

Les principaux résultats des outcomes sont synthétisés dans ce tableau (tableau 14) :

Tableau 14 : Synthèse des résultats de la recherche littéraire

Article	Outcomes : effets de l'intervention sur :			
	Amélioration de l'AE	Améliorations d'autres aspects du comportement alimentaire	Diminution du poids / de l'IMC	Outcomes restants
Christaki E et al. (2013) (104)	Non	Restriction alimentaire : non	Oui	Diminution non significative du stress
Goldbacher E et al. (2016) (105)	Oui mais pas de manière plus importante que le groupe contrôle	-	Oui mais pas de manière plus importante que le groupe contrôle	-
Houben K et al. (2016) (106)	Oui	Préoccupations alimentaires : oui Alimentation externe : oui Restriction alimentaire : non	Non	Augmentation de la performance de la mémoire de travail Augmentation non significative de la correspondance entre les objectifs alimentaires et l'apport alimentaire Pas de changement concernant la faim et l'apport alimentaire
Cancian ACM et al. (2017) (107)	Oui mais pas de manière significative	Compulsions : oui mais pas de manière significative Comportements alimentaires adaptatifs : oui mais pas de manière significative Alimentation consciente : non	-	Diminution non significative de la dépression, du stress et de l'anxiété Augmentation non significative des stratégies de régulation des émotions

Article	Outcomes : effets de l'intervention sur :			
	Amélioration de l'AE	Améliorations d'autres aspects du comportement alimentaire	Diminution du poids / de l'IMC	Outcomes restants
Järvelä-Reijonen E et al. (2018) (108)	Oui mais pas de manière significative	Face à face Alimentation intuitive : oui Régulations intégrées et identifiées : oui Utilisation de la nourriture comme récompense : oui, mais pas de manière significative Alimentation non contrôlée : oui Acceptation des aliments : oui Application mobile Alimentation intuitive : oui Régulations intégrées et identifiées : non Utilisation de la nourriture comme récompense : oui, mais pas de manière significative Alimentation non contrôlée : non Acceptation des aliments : non	-	-
Simos DS et al. (2019) (109)	Oui	Restriction alimentaire : oui Alimentation externe : oui	Oui	Diminution du stress et du taux de cortisol Amélioration des paramètres métaboliques

Article	Outcomes : effets de l'intervention sur :			
	Amélioration de l'AE	Améliorations d'autres aspects du comportement alimentaire	Diminution du poids / de l'IMC	Outcomes restants
Sampaio CVS et al. (2021) (110)	Oui	Alimentation externe : oui Compulsions : oui Restriction alimentaire : non	Oui	Diminution significative du stress
Potts S et al. (2022) (111)	Non	Messages électroniques Compulsion : oui Choix alimentaire : non Coaching téléphonique et messages électroniques Compulsion : oui Choix alimentaire : oui	Oui, dans les deux groupes d'intervention	Messages électroniques Diminution significative de l'auto-stigmatisation et de l'inflexibilité psychologique Coaching téléphonique et messages électroniques Diminution significative de l'auto-stigmatisation et de l'inflexibilité psychologique Amélioration non significative de l'activité physique
Mueller J et al. (2023) (112)	Oui	Alimentation incontrôlée : oui Contrainte cognitive de l'apport alimentaire : oui	Oui mais de manière non significative dans le groupe contrôle et le groupe d'intervention	Diminution de l'évitement expérientiel/flexibilité psychologique Augmentation de l'activité physique Diminution non significative de la dépression Augmentation non significative de l'anxiété
Morillo-Sarto H et al. (2023) (113)	Oui	Alimentation externe : oui BITE : oui Compulsions : oui mais pas de manière significative	Oui mais de manière non significative	-

7.5. Extraction des données des entretiens

L'extraction des données de ces entretiens se trouve sous forme de tableau en annexe 14.

7.6. Résultats des entretiens

7.6.1. Formations effectuées

Les trois diététicien·ne·s interviewé·e·s ont une formation HES en Nutrition et diététique. Un·e des trois a poursuivi ses études avec un Master en Science de l'éducation puis a effectué un Certificate of Advanced Studies (CAS) en éducation thérapeutique. Elle·il a également suivi des formations d'entretien motivationnel, de gestion de projet et de relation d'aide. Les deux autres diététicien·ne·s ont suivi la formation du GROS à Paris et ont également acquis énormément de connaissances par le biais du partage d'expérience par leurs collègues de travail. En plus de cela, un·e d'entre elles·eux a effectué des CAS en santé communautaire, en TCC et de praticien·ne formateur·rice. L'autre diététicien·ne a effectué une formation continue sur l'ACT.

Les motivations pour ces formations sont multiples et variées. Deux diététicien·ne·s ont mentionné un intérêt pour le domaine des TCA ou de l'obésité. Elles·ils ont également évoqué le besoin d'approfondissement et la mise à jour des connaissances. Deux autres professionnel·le·s ont parlé de l'aspect financier : un·e d'entre elles·eux a profité de travailler dans un établissement qui finançait les formations continues afin de compléter ses connaissances, alors que l'autre a décidé de faire une formation à l'étranger pour que celle-ci soit financièrement accessible. Ce·cette dernier·ère a confié son impression d'arriver au bout de ses ressources pour les prises en charge des patient·e·s souffrant d'obésité avec des TCA non spécifiques. C'est pour cela qu'elle·il a désiré se former davantage sur ce sujet. Une autre motivation a été les différents retours de ses collègues à propos de la formation en question. Un·e autre diététicien·ne a également mentionné le fait de légitimer son travail effectué au cabinet.

Les formations effectuées ainsi que les raisons pour lesquelles elles ont été entreprises sont résumées dans la figure ci-dessous (figure 9), une même couleur indiquant qu'il s'agit d'une même personne ayant tenu ces propos.

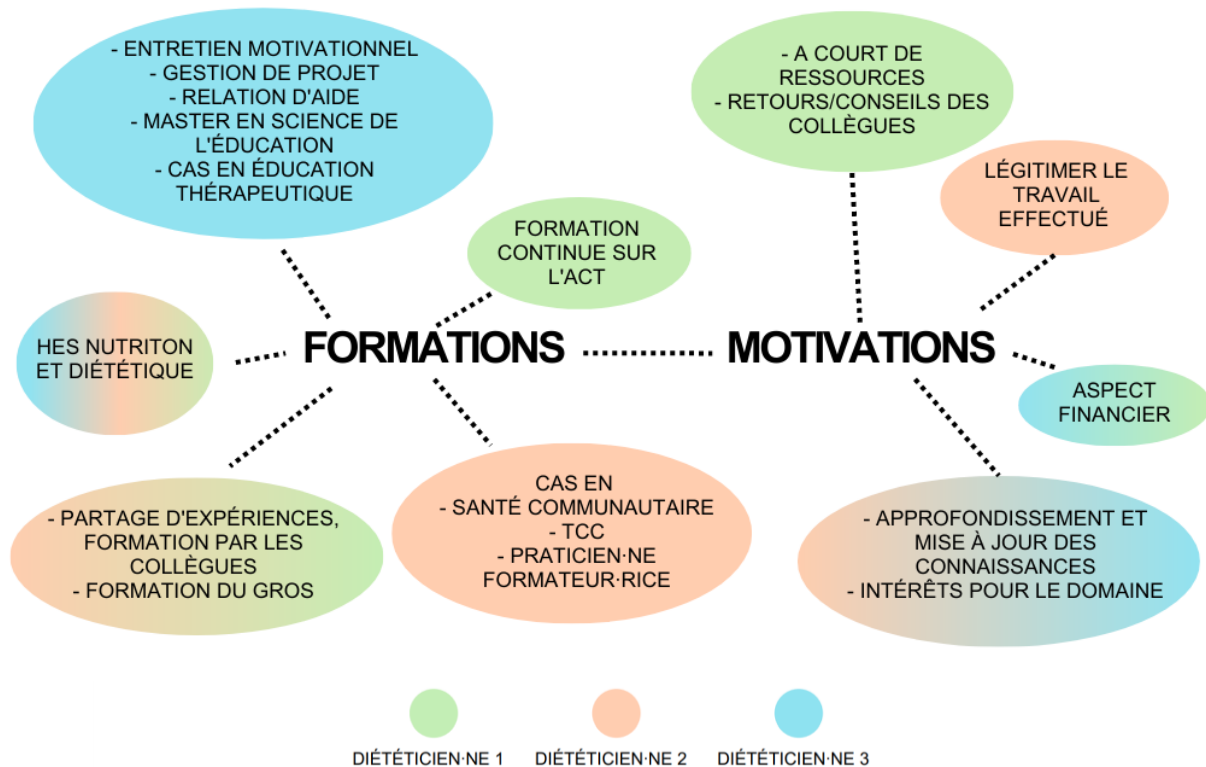


Figure 9 : Formations réalisées par les diététicien·ne·s interviewé·e·s et motivations

7.6.2. Définition de l'alimentation émotionnelle

La première personne interviewée a défini l'AE comme « un besoin, une envie de manger pour soulager et reconforter les émotions ». Elle a expliqué ne pas savoir exactement d'où elle tirait cette définition mot pour mot, mais que les termes venaient du GROS. La deuxième personne interviewée a commencé par faire la distinction entre les signaux physiques, psychologiques ou émotionnels. Selon elle, l'AE n'est pas forcément en lien avec un besoin physiologique de se nourrir mais plutôt un mode de réconfort ou de récompense. Cette personne explique également qu'elle ne savait pas d'où elle tirait cette définition, mais que ces mots lui venaient intuitivement, et elle pensait retrouver ces termes dans le livre de Zermati JP *Maigrir sans régime*. Pour la dernière personne interrogée, l'AE est le fait de « manger pour d'autres raisons que la faim physiologique, mais bien dans l'acte du comportement ». Par cette définition, cette personne tenait à insister sur le fait que l'AE est un comportement alimentaire, et non un mode d'alimentation comme pourraient l'être par exemple l'alimentation méditerranéenne ou végétarienne. Tout comme les autres, cette définition n'avait pas de source précise mais selon ce professionnel, l'AE vient de la traduction anglo-saxonne « emotional eating », alors qu'en français, on parle plutôt de troubles du comportement alimentaire non spécifiés.

Ces définitions sont reprises dans la figure suivante (figure 10) :

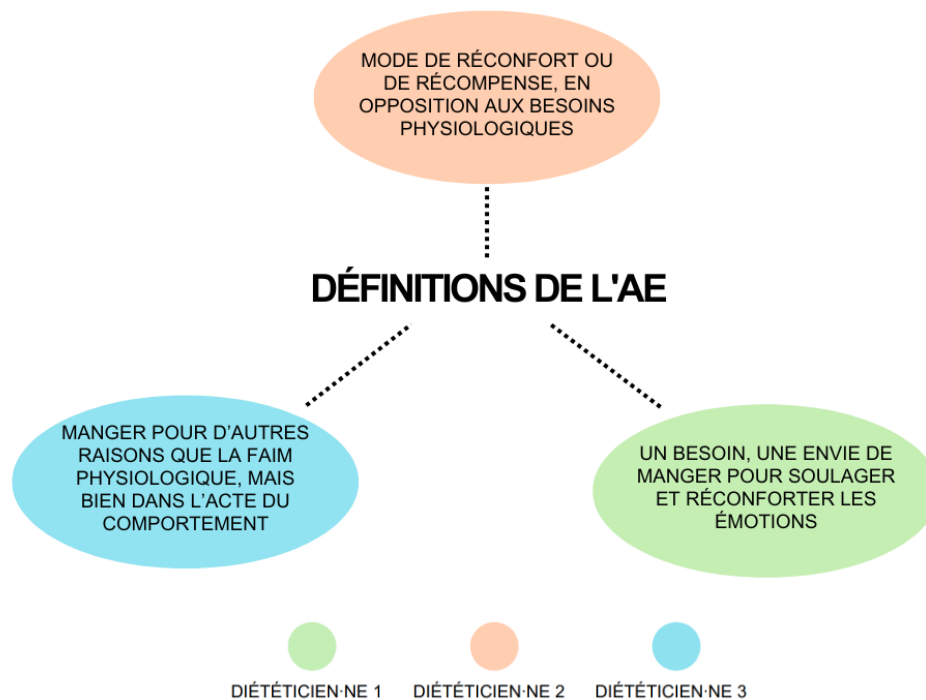


Figure 10 : Définitions de l'AE

7.6.3. Questionnaires évaluant l'alimentation émotionnelle

Deux diététicien·ne·s sur les trois ont utilisé l'ESSCA afin d'évaluer le comportement alimentaire. Le questionnaire BITE a également été utilisé par deux diététicien·ne·s. Pour une personne, cet outil lui a permis d'évaluer l'aspect émotionnel du comportement alimentaire problématique. Pour l'autre, ce questionnaire est réalisé par la·le médecin mais elle a repris certaines questions lors de sa consultation diététique afin d'approfondir la problématique. Cette dernière a aussi utilisé d'autres questionnaires sur l'anxiété, liés aux émotions et sur l'affirmation de soi remplis par les psychologues de l'établissement. Elle s'est également basée sur les critères du DSM-5 ainsi que sur son expérience pour évaluer l'AE.

7.6.4. Caractéristiques de la patientèle

Certaines caractéristiques de la patientèle atteinte d'AE sont ressorties lors des entretiens (figure 11). Les trois diététicien·ne·s ont déclaré que les personnes touchées par l'AE étaient majoritairement des femmes. Au niveau de l'âge, un·e des trois a estimé la moyenne d'âge à environ 50 ans en précisant que ce sont souvent des mères au foyer dont les enfants sont parti·e·s du domicile familial, engendrant un changement de rythme de vie. Un·e autre a estimé l'âge moyen à plus de 30 ans et la·le dernier·ère dit que cela peut arriver à tout âge.

Deux des trois interviewé·e·s ont mentionné le stress comme caractéristique importante et un·e a précisé que, souvent, les personnes donnent beaucoup de leur temps au travail et/ou à la famille, ce qui engendre par la suite des compulsions lorsqu'elles retrouvent du temps

pour elles-mêmes. Une caractéristique qui est ressortie lors des trois entretiens était l'excès pondéral et la souffrance associée, en lien avec une mauvaise image corporelle et une basse estime de soi.

Un·e diététicien·ne a ajouté que ses patient·e·s se trouvaient souvent dans des émotions négatives, telles que l'ennui, la déception ou la tristesse. Elle·il a également relevé, en lien avec l'excès pondéral, des mouvements plus limités, plus lents, et une transpiration plus importante.

Lors de la dernière interview, la·le diététicien·ne a mentionné la détresse perçue chez ses patient·e·s. Elle·il a parlé également de culpabilité engendrant des conséquences comme se refermer sur soi ou encore ne pas oser parler de cette problématique en pensant être les seul·e·s à vivre cette situation. Elle·il a précisé que la prise pondérale faisait souvent suite à ces comportements ou à des effets yoyo sur le poids.

Au niveau des caractéristiques alimentaires, les trois diététicien·ne·s ont mentionné la présence de grignotages. Deux d'entre elles-eux ont remarqué de l'hyperphagie aux repas. Deux diététicien·ne·s ont relevé les compulsions alimentaires pouvant survenir à tout moment de la journée. Un·e des trois professionnel·le·s a mentionné le manque de structure alimentaire. Enfin, un·e autre a remarqué de la restriction cognitive ainsi qu'une perte de l'écoute des sensations alimentaires.

En ce qui concerne les pathologies associées à l'AE, l'obésité a été mentionnée par les trois diététicien·ne·s. La dépression a également été citée à deux reprises. Un·e des trois professionnel·le·s a relevé les troubles bipolaires, la schizophrénie et le diabète. La·le dernier·ère a aussi parlé des patient·e·s borderline.

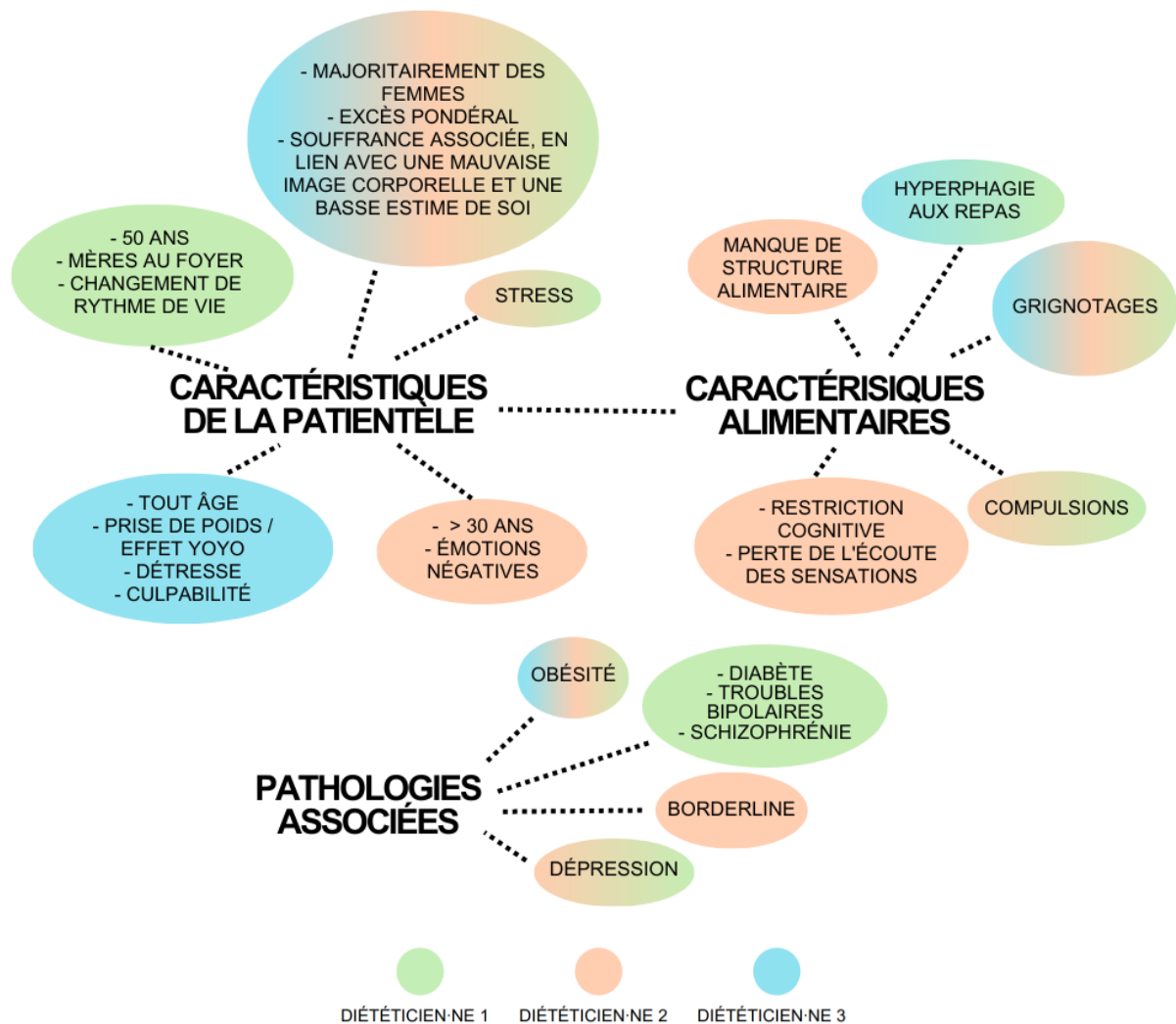


Figure 11 : Caractéristiques de la patientèle, caractéristiques alimentaires et pathologies associées

7.6.5. Méthodes, outils et protocoles utilisés dans la prise en charge de l'alimentation émotionnelle

Différentes méthodes et outils pour prendre en charge des patient·e·s présentant une AE ont été relevées lors de ces entretiens (figure 12). Concernant les méthodes, deux diététicien·ne·s ont effectué des entretiens motivationnels et ont également utilisé l'ACT. Un·e d'entre elles·eux travaillait sur l'acceptation inconditionnelle des envies de manger en mettant un cadre, ainsi que sur la restriction cognitive, les croyances alimentaires et les aliments qui font grossir selon la·le patient·e. Elle·il utilisait également la TCC ainsi que la pleine conscience tout comme un·e autre diététicien·ne. Ce·cette dernier·ère nous a expliqué travailler sur le comportement alimentaire au niveau de la structure, du rythme, de la conscience et de l'interrogation des sensations alimentaires. De plus, elle·il travaillait sur le recentrage des patient·e·s sur elles·eux·mêmes, sur leurs besoins physiologiques et sur la distinction entre leurs besoins physiologiques et psychologiques. Un·e autre diététicien·ne essayait de créer un lien de confiance avec la·le patient·e afin de parler du problème de comportement et

essayait également de faire déculpabiliser la-le patient de cette problématique. De plus, elle-il disait utiliser l'éducation thérapeutique et la relation d'aide.

Plusieurs outils ont été cités. Deux professionnel-le-s travaillaient avec des analyses fonctionnelles lors de leurs consultations. Un-e d'entre elles-eux utilisait d'autres outils comme le questionnaire ESSCA, les colonnes de Beck, le Pic Poc, le carnet alimentaire, les étapes du changement de Prochaska, la méditation, les quatre R, la balance décisionnelle, l'échelle pour engager les patient-e-s au changement, les métaphores, la défusion, la roue des émotions et le cercle vicieux des régimes. Elle-il utilisait également des techniques d'alliance thérapeutique afin de faire prendre conscience à la-au patient-e de sa problématique tout comme un-e autre diététicien-ne. Ce-cette dernier-ère utilisait, en consultations individuelles ou en ateliers de groupe, des outils pédagogiques en lien avec la problématique du comportement alimentaire : la structure, le rythme, la mastication, les sensations ou encore les cinq sens. De plus, elle-il utilisait des outils abordant les sujets de la grossophobie et de la stigmatisation, la faim physiologique ainsi que les raisons de manger. Pour finir, ce-cette diététicien-ne différenciail, avec la-le patient-e, le fait de prêter attention à l'action de manger plutôt que de faire attention à l'aliment en question.

En ce qui concerne les protocoles de prise en charge de l'AE, aucun-e des trois diététicien-ne-s n'en utilisait. Elles-ils s'adaptaient à chaque patient-e.

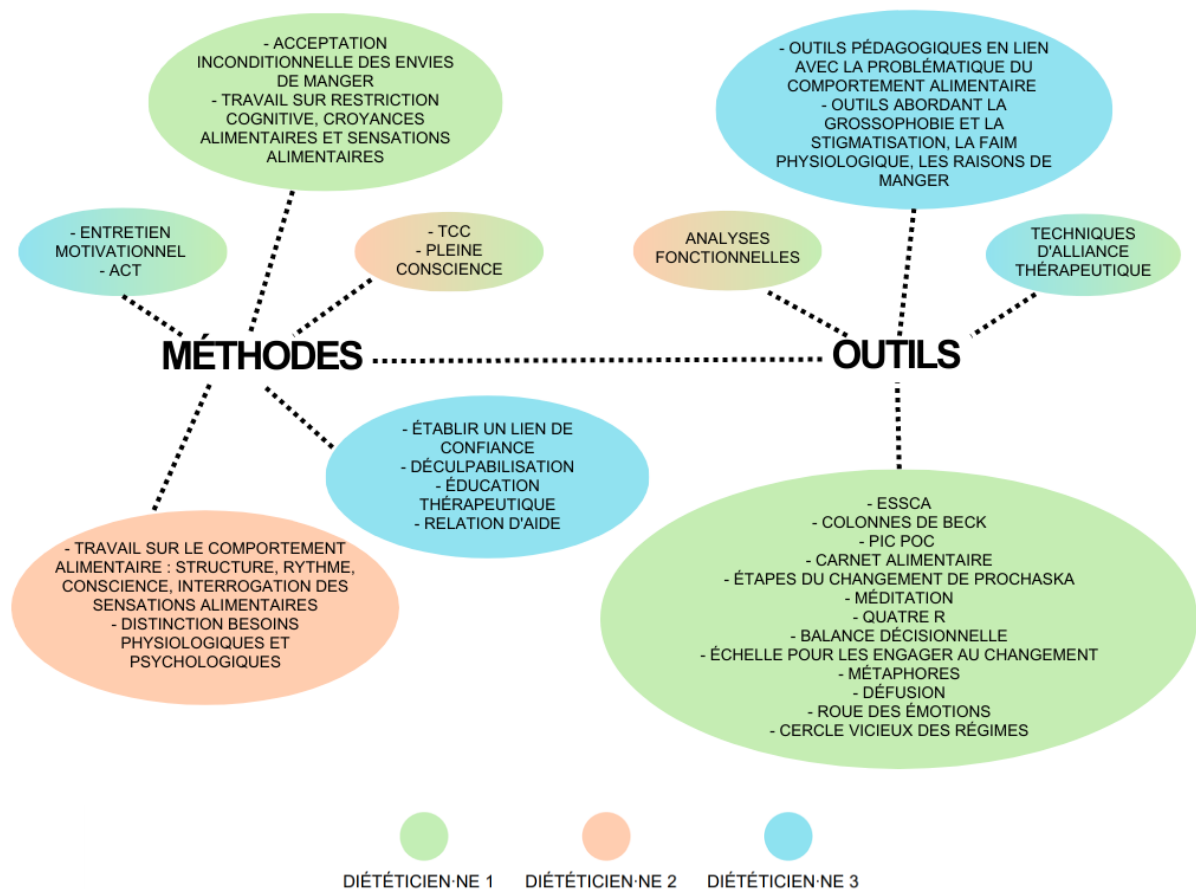


Figure 12 : Méthodes et outils utilisés lors de la prise en charge de l'AE

7.6.6. Sentiment de compétence, limites et ressources

Nous avons demandé aux diététicien·ne·s si elles·ils pensaient avoir suffisamment d'outils adéquats pour prendre en charge les patient·e·s ayant une AE. Elles·ils ont affirmé tous·tes les trois en avoir assez. Un·e d'entre elles·eux a expliqué avoir ce qu'il fallait pour réguler l'AE de la·du patient·e mais ressentait un sentiment de frustration pour celle·celui-ci car il n'y avait pas nécessairement de perte de poids comme elle·il le souhaitait. Un·e autre estimait avoir suffisamment d'outils pour la prise en charge grâce aux formations supplémentaires effectuées et au partage d'expérience avec ses collègues. Cependant, elle·il exprimait désirer apprendre à mieux utiliser les outils existants.

Nous nous sommes également demandé si elles·ils avaient le sentiment d'être assez formé·e·s pour cette prise en charge. De manière générale, elles·ils ont tous·tes dit que oui. Deux nous ont dit que ce sentiment était présent grâce aux formations supplémentaires, à l'expérience du terrain et un·e a rajouté les connaissances acquises avec ses collègues psychologues et lors des colloques interdisciplinaires. L'autre diététicien·ne pensait se sentir suffisamment formé·e pour les aspects nutritionnels et alimentaires, sur les croyances, sur la restriction cognitive et sur les sensations alimentaires. Cependant, elle·il trouvait ne pas avoir assez de connaissances sur l'aspect émotionnel.

Pour toutes les personnes interviewées, une des limites rencontrées était lorsque la prise en charge touchait l'aspect émotionnel. Un·e d'entre elles·eux a précisé qu'il était possible d'identifier les émotions qui déclenchaient une AE, mais en ce qui concerne la gestion et l'acceptation des émotions, il était préférable de réorienter la·le patient·e vers un·e psychologue. De plus, les trois diététicien·ne·s se rejoignent en disant que les patient·e·s atteint de troubles psychologiques faisaient également partie des limites de la prise en charge. Deux diététicien·ne·s disaient atteindre une limite lors d'antécédents de vie compliqués de la·du patient·e, tels que des problématiques lourdes ou encore des traumatismes. Pour un·e des trois professionnel·le·s, l'aspect social et économique pouvait également être problématique pour une prise en charge adaptée. Un·e autre a mentionné une limite lorsque la santé de la·du patient·e était en jeu, telles que des problèmes cardiaques ou la nécessité d'une analyse de sang.

Pour les trois diététicien·ne·s, la ressource principale utilisée lors de l'atteinte de ces limites était l'interprofessionnalité. Celle-ci pouvait avoir lieu lors de colloques, de consultations en binôme ou grâce à une réorientation vers la·le spécialiste en question. Deux personnes interrogées ont mentionné différent·e·s professionnel·le·s tels que les psychologues, les psychiatres, les médecins généralistes, les pharmaciens·ne·s et les art-thérapeutes.

Les limites et les ressources de la prise en charge de personnes présentant une AE sont présentées dans le schéma suivant (figure 13).

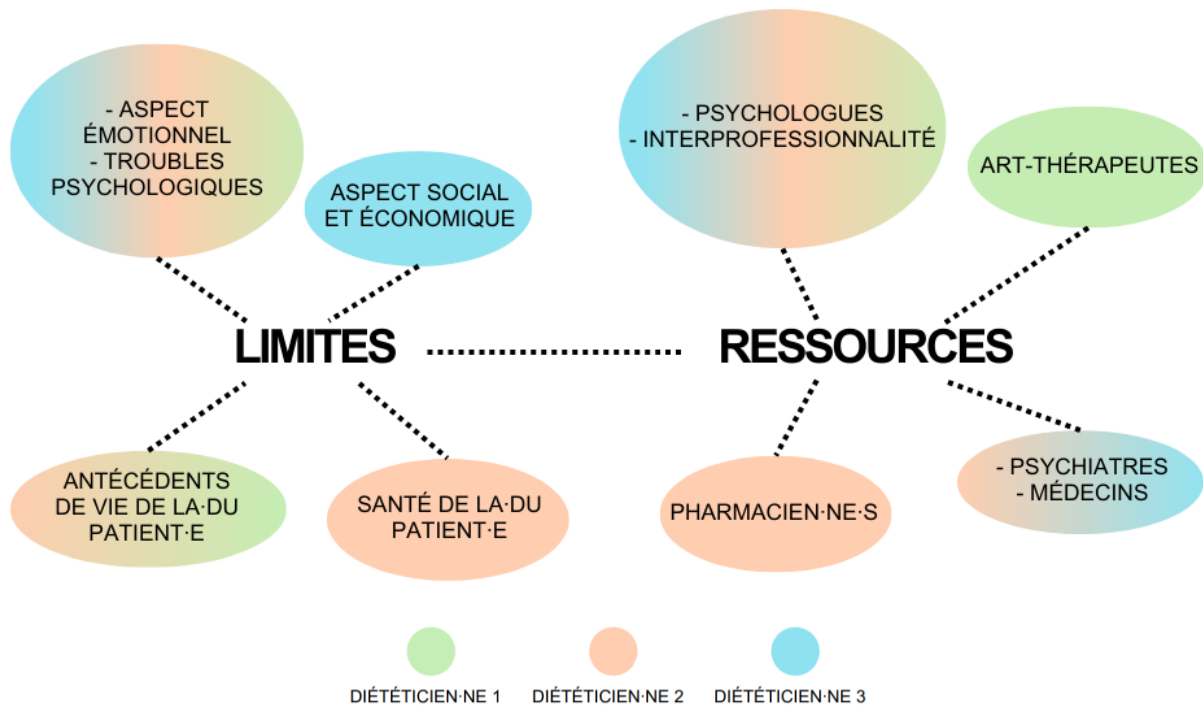


Figure 13 : Limites et ressources lors de la prise en charge de l'AE

7.6.7. Avis sur la formation de diététicien·ne HES et compléments de formations

Les avis sur la formation HES en Nutrition et diététique étaient similaires entre les trois diététicien·ne·s. Elles·ils étaient d'accord pour dire que la formation permet d'acquérir une base de connaissances intéressantes et générales. Cependant, elles·ils ont affirmé qu'il était nécessaire de se spécialiser par la suite dans le domaine d'intérêt en suivant des formations supplémentaires ou des séminaires sur le sujet.

Afin d'améliorer la formation au sujet de l'AE, un·e diététicien·ne a proposé d'intégrer au programme un cours sur l'AE, en plus des cours abordant le sujet des TCA, avec une définition et une présentation de quelques outils. Ensuite, elle·il a également proposé, en cas d'intérêt pour le sujet, d'effectuer le CAS en TCC, le Bachelor et Master en psychologie ou encore les formations dans l'ACT. Un·e autre diététicien·ne a proposé d'ajouter à la formation HES une discussion basée sur les représentations et les croyances des étudiants à propos de l'AE. La·le troisième diététicien·ne a également mentionné le CAS en TCC en cas d'intérêt du domaine. Elle·il a aussi parlé de la formation du GROS, ainsi que les formations proposées par certains établissements, tels que les Hôpitaux Universitaires.

Les avis sur la formation HES des personnes interrogées ainsi que leurs propositions d'améliorations sont résumés dans la figure suivante (figure 14).

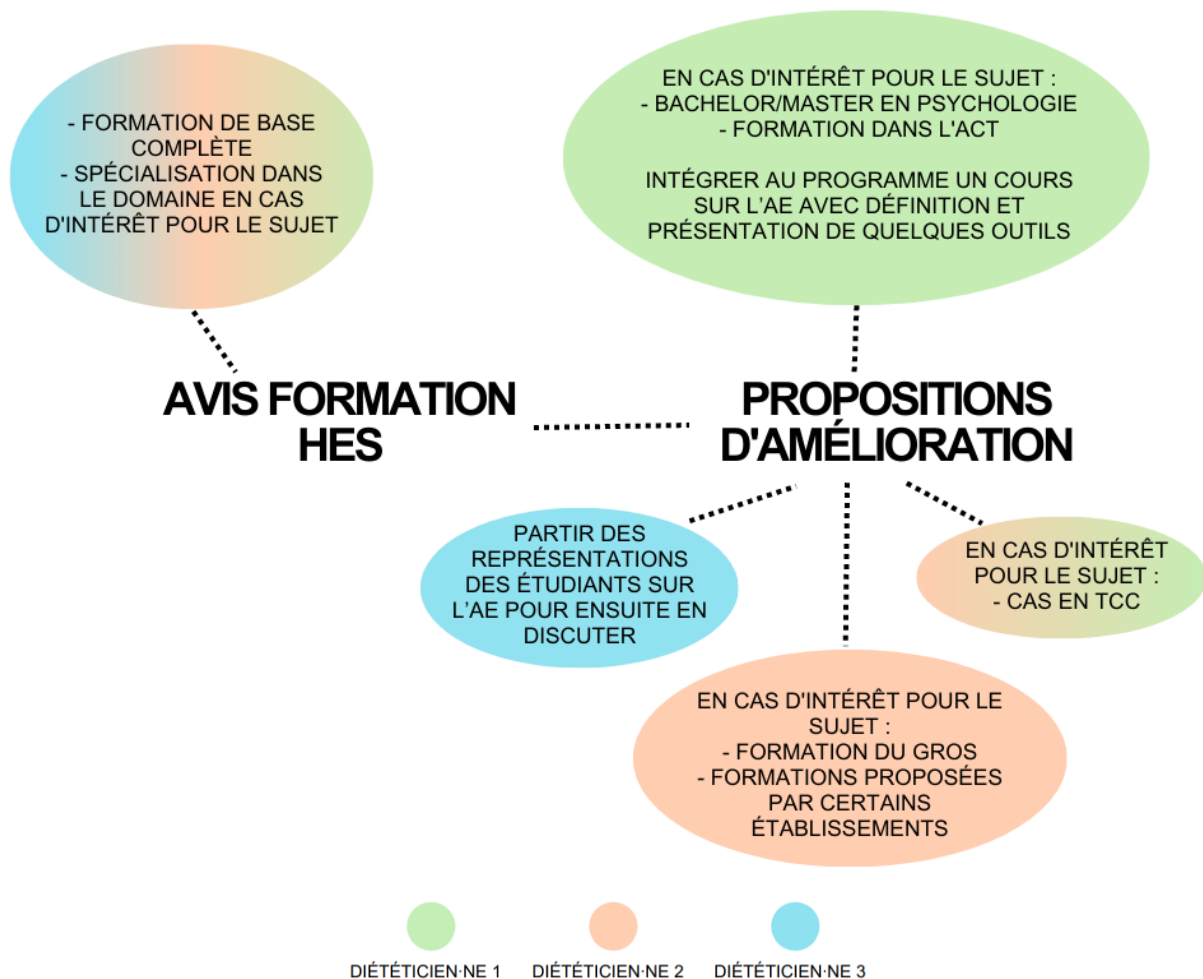


Figure 14 : Avis sur la formation HES et proposition d'amélioration

7.6.8. Références sur l'alimentation émotionnelle

Les trois diététicien·ne·s ont mentionné le psychothérapeute Apfeldorfer G. Deux d'entre elles·eux ont également parlé du nutritionniste et psychothérapeute Zermati JP. Un·e diététicien·ne s'est également référé·e au DSM-5. Enfin, un·e autre a cité un professeur universitaire de psychologie, Macht M, ainsi qu'un psychiatre, Fairburn C.

8. Discussion

Pour cette discussion, nous avons fait le choix de nous concentrer sur les résultats en lien avec l'AE afin de garder l'axe principal de ce travail.

8.1. Présentation des résultats

Pour rappel, ce travail avait pour but de relever les méthodes concrètes et efficaces pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s afin d'améliorer l'AE. Pour ce faire, nous avons effectué une recherche de littérature et mené des entretiens semi-dirigés avec trois diététicien·ne·s.

8.1.1. Réponses aux questions de recherche

Notre première question de recherche était la suivante : *Chez les adultes en surpoids ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent diminuer ce comportement alimentaire ?* À la suite de notre sélection d'articles, 10 études correspondaient à notre question. Parmi celles-ci, différentes interventions ont montré une diminution significative de l'AE : deux pour la pleine conscience (110,113), une pour la thérapie comportementale dialectique (105), une pour la mémoire de travail (106), une pour l'ACT (112) et une pour la gestion du stress (109). De plus, deux études ont noté une amélioration de l'AE mais les résultats n'étaient pas significatifs. Cela concernait une étude utilisant la thérapie comportementale dialectique (107) et une autre utilisant l'ACT (108).

Notre deuxième question de recherche était la suivante : *Parmi celles-ci, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ?* Nous avons interviewé trois diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'AE et travaillant en Suisse romande afin d'identifier les interventions utilisées lors d'une prise en charge d'AE. Parmi celles qui ont été citées précédemment, les bases de trois interventions peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s sortant de la formation HES, soit celles de la pleine conscience, de l'ACT et de la thérapie comportementale dialectique. Cependant, afin d'avoir les compétences optimales dans la pratique complète de ces interventions, il est nécessaire que les diététicien·ne·s suivent des formations complémentaires sur la méthode en question.

8.1.2. Les thérapies utilisées dans les interventions

Afin d'améliorer la compréhension des interventions mentionnées dans nos résultats, une explication de chacune est décrite dans le tableau ci-dessous (tableau 15) :

Tableau 15 : Description des interventions

Interventions	Explications
ACT	L'ACT fait partie de la TCC. Contrairement à cette dernière, elle s'appuie sur la notion de contexte pour donner un sens au comportement engagé et non pas sur le simple mécanisme de l'apprentissage. Elle utilise les stratégies d'acceptation, de défusion cognitive, et de pleine conscience, afin de guider un individu vers l'engagement d'actions importantes pour lui (114).
Gestion du stress	La gestion du stress est la capacité à garder le contrôle de soi pour agir efficacement face à des situations irritantes, imprévues ou stressantes. C'est la capacité à faire preuve de sang-froid sans adopter une attitude trop émotive ou trop défensive (115).
Mémoire de travail	La mémoire de travail fait référence à la capacité de maintenir une représentation mentale active des objectifs d'autorégulation et de les protéger de la distraction. Cette capacité devrait également être liée à la capacité à réguler ses propres pensées et émotions. Elle permettrait d'avoir moins d'intrusions de pensée ou d'errance mentale, ainsi qu'une meilleure régulation des émotions (106).
Pleine conscience	La pleine conscience correspond à la conscience qui se manifeste lorsque l'on porte une attention intentionnellement et de manière non-jugeante sur l'expérience du moment présent (116). La pleine conscience alimentaire est le fait de poser intentionnellement son attention sur ses sensations de faim, sur ce qui s'offre à la vue, aux odeurs, à la diversité des goûts et des saveurs et sur la sensation de satiété. C'est aussi manger sans juger les aliments comme bons ou mauvais (117).
Thérapie comportementale dialectique	La thérapie comportementale dialectique est un programme d'acquisition de compétences de changement (régulation émotionnelle et efficacité interpersonnelle) et d'acceptation (pleine conscience et tolérance à la détresse) (118). Elle se base sur quatre modalités de traitement : la thérapie individuelle, le groupe d'entraînement aux compétences, les consultations téléphoniques ainsi que l'échange de pratique entre thérapeutes (119).

8.1.3. Les outils et méthodes discutés lors des entretiens

Le tableau ci-dessous (tableau 16) regroupe les principaux outils et méthodes mentionnés par les diététicien-ne-s durant les entretiens. Pour chacun d'entre eux, une explication est développée afin d'en assurer une bonne compréhension.

Tableau 16 : Description des outils et méthodes

Outils	Explications
Analyse fonctionnelle	L'analyse fonctionnelle porte sur l'observation du comportement. Son but est de préciser les conditions de maintien et de déclenchement des comportements problématiques (lieu, moment, fréquence, intensité, entourage). On précisera également les conséquences du comportement du sujet sur ses proches et l'environnement social : les bénéfices ou les résultats néfastes obtenus (120).

Outils	Explications
Balance décisionnelle	La balance décisionnelle est un bilan des pour et des contre dans le choix d'apporter ou non un changement. Cet exercice consiste à focaliser sur la direction que la-le patient-e désire prendre (121).
Carnet alimentaire	Le carnet alimentaire permet de répertorier et d'avoir un aperçu global des habitudes de vie et alimentaires des patient-e-s, afin de prendre conscience des tendances alimentaires et des aspects qui doivent être corrigés pour atteindre les objectifs de chaque patient-e (122).
Colonnes de Beck	Les colonnes de Beck sont un outil de gestion des émotions permettant d'abord d'identifier les comportements et pensées inadaptés. Ensuite, il sera possible de travailler sur des pensées alternatives, sources de comportements plus adaptés (123).
Défusion	La défusion fait partie de l'ACT. Elle est une forme particulière d'exposition aux stimuli verbaux de manière à percevoir une pensée pour ce qu'elle est, plutôt que pour ce qu'elle raconte (124).
Étapes du changement de Prochaska	Les étapes du changement de Prochaska correspondent à un modèle très utilisé dans de nombreux centres de thérapie pour aider les patient-e-s à se situer dans leur démarche. Il permet aux personnes d'observer les différents stades de la motivation au changement et comment elles évoluent dans le temps (125).
Méditation	La méditation permet d'atteindre une relaxation profonde de l'entièreté du corps. Elle fonctionne comme un entraînement mental, en réduisant le stress et l'anxiété, et en dissolvant les pensées négatives (126).
Métaphores	La métaphore est le fait d'associer un terme à un autre appartenant à un champ lexical différent, afin de décrire une chose, mais aussi de lui donner une valeur de compréhension ou d'expérience plus forte et riche qu'une simple comparaison (127).
Pic Poc	Le Pic Poc est une technique spécifique pour agir sur les distorsions logiques. Elle met en évidence les P ensées I nhibitrices des C onduites : PIC, et tend à promouvoir les P ensées O rientant vers les C onduites et l'action : POC (128).
Quatre R	Les quatre R représentent une technique qui se rapproche de l'entretien motivationnel et qui fait partie de la TCC. Signifiant R econtextualiser, R eformuler, R ésumer et R enforcer, cette technique assure une exploration des situations et une collaboration avec la-le patient-e car elle cible la découverte des informations que possède ce-cette dernier-ère. Elle permet d'aborder, avec précision et écoute, la vision de la-du patient-e sur les situations problématiques (129,130).
Roue des émotions	La roue des émotions est un outil pour aider les professionnel-le-s à conscientiser ce que les patient-e-s ressentent et pour que ces dernier-ère-s puissent mettre des mots sur leurs émotions, et surtout exprimer leurs besoins (131).
Techniques d'alliance thérapeutique	L'alliance thérapeutique est la collaboration mutuelle, le partenariat entre la-le patient-e et la-le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés (132). Différentes techniques peuvent être utilisées telles que l'écoute attentive, le non-jugement ou encore l'empathie (133).
Echelle pour engager le changement	L'échelle pour engager le changement fait partie des techniques de l'entretien motivationnel permettant de susciter le discours-changement. Selon un-e diététicien-ne interviewé-e ¹ , la-le professionnel-le pose une question en demandant à la-au patient-e de placer la réponse sur une échelle de 0 à 10. Cela permet d'aborder le sujet de l'importance, de la confiance et de l'engagement face au changement (134).

¹ Mail de l'un-e diététicien-ne interviewé-e, 5 juillet 2023

Méthodes	Explications
Acceptation inconditionnelle des envies de manger	L'acceptation inconditionnelle, rapportée aux envies de manger, signifie que cette acceptation n'est ni tributaire de l'état émotionnel de la-du patient-e, ni de son comportement, ni de l'attitude qu'elle-il adopte envers sa-son thérapeute, ni de ce que d'autres peuvent penser d'elle-de lui (135).
Déculpabilisation	La déculpabilisation est le fait d'ôter, de délivrer les patient-e-s de tout sentiment de culpabilité (136).
Éducation thérapeutique	L'éducation thérapeutique est un modèle d'éducation et d'accompagnement des personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. Fondée sur le partenariat avec les personnes concernées – patient-e-s et/ou proches – elle renforce les compétences en santé des patient-e-s, leur motivation à se soigner et leur qualité de vie (137).
Entretien motivationnel	L'entretien motivationnel est un entretien guidé centré sur la-le patient-e pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement (138).
Relation d'aide	La relation d'aide se définit comme l'aide psychologique. Elle est aussi l'engagement dans la voie de l'accompagnement (139).
TCC	La TCC est une psychothérapie qui se concentre à la fois sur la cognition et le comportement. Elle a pour objectif d'aider les patient-e-s à se débarrasser des croyances limitantes et des pensées négatives qu'elles-ils cultivent (140).

8.1.4. Points de convergence et de divergence des entretiens

Nous avons jugé intéressant d'analyser les points de convergence et de divergence relevés lors des entretiens semi-structurés auprès des diététicien-ne-s.

Pour commencer, elles-ils avaient tous-tes la même formation de diététicien-ne HES. Ensuite, chacun-e s'est orienté-e dans des spécialisations de leur domaine de prédilection. La seule formation qui est ressortie dans deux entretiens est celle du GROS en France. Cela nous indique qu'il est possible d'être compétent-e dans la prise en charge de l'AE avec plusieurs parcours de formation, et qu'il n'existe pas qu'un seul chemin possible.

Ensuite, le lieu de travail des trois interviewé-e-s divergeait également. Deux d'entre elles-eux travaillaient dans des cabinets indépendants contrairement à la-le troisième qui travaillait dans un centre de consultation ambulatoire appartenant à un hôpital. Cependant, le type de patientèle des trois diététicien-ne-s était plutôt similaire, ce qui nous donne l'impression que la prise en charge de l'AE pourrait être uniformisée sans prendre en compte le lieu de pratique.

La vision de l'AE des trois professionnel-le-s interviewé-e-s était semblable. Bien qu'aucun-e n'avait de définition précise de cette problématique, les trois avaient une représentation similaire. Cela va à l'encontre de ce que nous pensions. Il nous semblait, en effet, que le terme d'AE était utilisé de différentes manières et manquait d'uniformité. Bien que cela ait été confirmé dans nos recherches de littérature, cela n'est pas ressorti lors des entretiens, peut-être dû au nombre restreint d'entretiens que nous avons menés, ou peut-être lié aux formations communes qu'ont eu les diététicien-ne-s que nous avons interrogé-e-s.

Concernant le contenu de la prise en charge, deux questionnaires utilisés pour le dépistage de l'AE sont ressortis à plusieurs reprises : l'ESSCA et le BITE. Au niveau des méthodes et outils, certains d'entre eux ont également été mentionnés plusieurs fois. Cela montre que la prise en charge de cette problématique, bien qu'elle ne soit pas protocolée, ni uniformisée, comporte toutefois certains traits communs entre les différent·e·s professionnel·le·s.

De plus, les trois diététicien·ne·s se sont aligné·e·s sur le fait d'avoir suffisamment d'outils pour la prise en charge de cette problématique. De manière générale, elles·ils étaient d'accord pour dire être suffisamment formé·e·s. Cependant, elles·ils ont précisé que ces deux aspects étaient possibles en grande partie grâce aux formations complémentaires qu'elles·ils ont effectuées. Nous pensons donc qu'il existe les outils et formations adéquats pour une prise en charge optimale de l'AE, mais que ceux-ci manquent de visibilité et ne sont peut-être pas assez répandus.

Pour finir, concernant les limites de la prise en charge en tant que diététicien·ne·s, les trois interviewé·e·s ont évoqué différents aspects pouvant aboutir à une prise en charge non optimale. Deux aspects sont ressortis chez les trois diététicien·ne·s : les compétences limitées dans la gestion de l'aspect émotionnel et les troubles psychologiques associés à l'AE. Nous remarquons donc que, malgré le fait de se sentir compétent·e·s et assez formé·e·s, les trois diététicien·ne·s rencontrent des limites, ce qui nous indique que la prise en charge de l'AE est complexe. De plus, lorsque leurs limites sont atteintes, ces professionnel·le·s de la santé ont recours à l'interprofessionnalité, confirmant leur respect de la déontologie.

8.2. Qualité des études

De manière générale, tous les articles sélectionnés pour notre revue étaient de bonne qualité. En effet, ils avaient tous un score de qualité supérieur à 50% selon la grille d'évaluation JBI. Cependant, d'autres facteurs peuvent également être pris en compte afin de pondérer les résultats. Nous avons choisi de considérer les critères suivants (annexe 15) :

- Les *caractéristiques de l'échantillon* indiquent si l'étude pourra être généralisable à toute la population. Par exemple, un petit échantillon ou une mauvaise répartition des genres peuvent limiter cette généralisation.
- Le *mode d'administration de l'intervention* doit être pris en compte, car une intervention auto-administrée provoque généralement moins d'effets qu'une intervention administrée par des professionnels avec des séances rapprochées.
- La *durée d'intervention* est importante à relever, car dans le contexte de l'AE, si celle-ci est courte, il y aura logiquement moins d'effets sur les résultats qu'avec une exposition plus longue à un traitement.
- Le *groupe contrôle* doit également être analysé. Par exemple, si ce dernier est sur liste d'attente, il y aura plus de différences dans les résultats entre les groupes, comparé aux études où le groupe contrôle reçoit tout de même un traitement.
- La *profession de l'auteur·rice principal·e* nous indique dans quel domaine ce·cette dernier·ère est spécialisé·e. Cela permet de nous questionner sur la représentativité et

l'application de l'étude dans un contexte clinique. Nous pensons ainsi que le profil idéal serait d'être à la fois dans le domaine de la recherche, afin d'assurer la qualité de l'étude, et à la fois dans le milieu clinique, afin d'en assurer sa représentativité.

- Enfin, *les faiblesses et limites relevées par les auteur·rice·s* peuvent nous donner des informations supplémentaires.

8.2.1. Pleine conscience

Les deux interventions de pleine conscience ont permis une diminution significative de l'AE, avec seulement quelques différences notables concernant leur qualité. L'étude de Sampaio CVS et al. comportait un échantillon légèrement plus faible, composé uniquement de 55 femmes (110), par rapport à l'étude de Morillo-Sarto H et al., où il y avait 76 participant·e·s, dont 63,2% de femmes (113). Malgré le fait que l'étude de Morillo-Sarto H et al. comporte la meilleure répartition des genres, les deux études possèdent une faible capacité de généralisation car les échantillons restent de petite taille et sont principalement féminins. De plus, les profils des auteur·rice·s principales·aux, tous·tes les deux diplômé·e·s en psychologie, diffèrent : Sampaio CVS est spécialisée en psychologie clinique, médecine et santé humaine et est cliniquement active (141), alors que Morillo-Sarto H est spécialisé en sociologie, ainsi qu'en psychologie de l'évolution et de l'éducation et possède plus un profil de chercheur (142). Nous pouvons donc nous attendre à ce que l'étude de Sampaio CVS et al. soit plus réaliste et applicable à la pratique, en lien avec l'expérience du terrain de l'autrice principale, par rapport à l'étude de Morillo-Sarto H et al.

Concernant le reste des critères, ces études étaient très semblables avec (110,113) :

- Un mode d'administration identique, soit une séance hebdomadaire et des tâches à réaliser à domicile entre les séances,
- Des durées d'intervention de sept et huit semaines accompagnées d'un suivi à plus long terme : 16 semaines pour l'étude de Sampaio CVS et al. et 12 mois pour celle de Morillo-Sarto H et al.,
- Des groupes contrôles bénéficiant de traitements habituels et standards,
- Des scores de qualité relativement proches, soit de 75% et 67%.

De plus, Morillo-Sarto H et al. ont exprimé manquer de fiabilité par l'utilisation de mesures autodéclarées et d'une version traduite d'un questionnaire, soit non validée, ainsi que par le manque de suivi de la pratique de pleine conscience à domicile, limitant l'analyse de l'effet de ce traitement.

8.2.2. Thérapie d'acceptation et d'engagement

Les trois interventions basées sur l'ACT sont hétérogènes au sujet de l'AE. En effet, l'étude de Mueller J et al. a révélé une diminution significative, celle de Järvelä-Reijonen E et al. une diminution non significative de l'AE et enfin celle de Potts S et al. n'a permis aucune

amélioration du score d'AE (108,111,112). Il est essentiel d'analyser les différents critères de qualité pour proposer une explication à ces différences.

Premièrement, les caractéristiques des populations diffèrent. L'étude de Mueller J et al. a été réalisée sur un grand échantillon de 388 femmes (112), celle de Järvelä-Reijonen E et al. a également utilisé un grand échantillon de 219 personnes mais, cette fois, composé de 85% de femmes (108) et celle de Potts S et al. s'est faite sur un plus faible échantillon de 55 participant·e·s avec 81,8% de femmes (111). Les plus grands échantillons et la répartition des genres la plus équilibrée au sein de celui-ci permettent une meilleure généralisation. Ainsi, la population de l'étude de Järvelä-Reijonen E et al. semble être celle qui est la plus favorable à la généralisation, bien qu'elle comporte un pourcentage élevé de femmes.

Ensuite, les modes d'administration des interventions sont tous basés sur l'auto-assistance guidée, sauf pour l'une des conditions de l'étude de Järvelä-Reijonen E et al., où les participant·e·s ont bénéficié de six séances en groupes en plus des tâches à réaliser à domicile. Malgré des changements significatifs dans plusieurs autres aspects du comportement alimentaire (tableau 14), cette étude n'a relevé aucune différence sur l'AE (108). Nous pouvons imaginer que les interventions auto-administrées montrent moins d'effets que les interventions administrées par une personne externe, et qu'il est donc normal que la diminution de l'AE soit plus faible. Cela s'observe dans les études de Järvelä-Reijonen E et al et de Potts S et al.

Ainsi, nous pouvons nous demander comment expliquer la diminution significative de l'AE dans l'étude de Mueller J et al., malgré une intervention auto-administrée. Un élément pouvant expliquer ceci est la durée de l'intervention. En effet, cette étude a la plus longue durée d'intervention, soit 12 semaines, et a également la plus longue durée de suivi, soit 12 mois. Les auteur·rice·s ont, de plus, relevé que la diminution de l'AE était plus importante à la fin du suivi, comparé à la fin de l'intervention (112). Ceci nous amène à penser qu'un temps suffisant d'intervention et d'intégration est nécessaire pour un effet positif sur l'AE. La diminution non significative de l'AE dans l'étude de Järvelä-Reijonen E et al., avec une intervention de huit semaines et un suivi de neuf mois (108), ainsi que l'absence d'effet sur l'AE dans l'étude de Potts S et al., avec une intervention de huit semaines et sans suivi (111), vont dans le sens de cette hypothèse.

De plus, les groupes contrôles étaient tous sous liste d'attente, ce qui aurait dû engendrer des différences importantes entre les groupes contrôles et les groupes d'intervention dans les résultats. Cependant, étant donné que ce critère était présent dans les trois études mais que les résultats étaient différents, ce facteur ne permet pas d'expliquer l'hétérogénéité des résultats (108,111,112).

Concernant les profils des autrices principales, Mueller J est spécialisée en psychologie de la santé et chercheuse dans une unité épidémiologique (143) et Järvelä-Reijonen E est nutritionniste diplômée et chercheuse dans le domaine de la santé publique et de la nutrition clinique (144). Ces deux autrices sont donc spécialisées dans la recherche, alors que Potts S est spécialisée en psychologie clinique et directrice d'un centre de soins primaires pour enfants et adultes, et pratique la psychothérapie dans son établissement (145,146). Les conditions de cette dernière étude étaient donc probablement plus proches de la réalité observée en clinique, et peuvent donc, selon nous, mieux s'appliquer à la pratique clinique.

L'évaluation de la qualité selon JBI révèle que l'étude de Mueller J et al. était celle de la meilleure qualité avec un score de 75% et celle de Järvelä-Reijonen E et al. de la moins bonne avec un score de 55%. Les auteur·rice·s ont également relevé certaines limites de la réalisation de leurs propres études :

- Mueller J et al. ont remarqué que de nombreuses·x participant·e·s n'ont pas atteint la quatrième semaine d'intervention et ont ainsi eu des données manquantes, pouvant légèrement fausser les résultats. Elles·ils ont également exprimé une généralisation affaiblie, car la majorité des participant·e·s étaient diplômé·e·s universitaires et possédaient un score de symptômes anxieux et dépressifs au-delà des moyennes retrouvées dans les études précédentes, possiblement dû à la pandémie de COVID-19 (112).
- Järvelä-Reijonen E et al. ont déclaré avoir utilisé des questionnaires validés dans leur langue d'origine, mais non validés dans les traductions finnoises, et pratiqué la technique du rappel de 48h, très dépendante de la mémoire des participant·e·s (108)
- Potts S et al. ont estimé que la taille de leur échantillon était insuffisante pour comparer deux groupes d'intervention et un groupe témoin, et qu'il manquait un groupe bénéficiant uniquement du traitement auto-administré sans un soutien professionnel. Ceci n'a donc pas permis d'avoir un retour précis des déterminants pouvant influencer l'AE. De plus, le taux de réponse des participant·e·s à l'évaluation post-intervention était très faible, ce qui pourrait expliquer en partie l'absence d'amélioration de l'AE dans cette étude (111).

8.2.3. Thérapie comportementale dialectique et pleine conscience

Concernant les deux interventions basées sur la thérapie comportementale dialectique et la pleine conscience, leur effet sur l'AE est moins marqué. L'étude de Goldbacher E et al. a relevé une diminution significative sur l'AE, mais pas plus importante que chez le groupe contrôle (105) et celle de Cancian ACM et al. a permis une diminution non significative de l'AE (107).

Plusieurs critères qualitatifs sont proches dans ces études (105,107) :

- Les caractéristiques des échantillons : 95% et 94% de femmes, ainsi que 79 et 60 participant·e·s ; ces deux études sont donc peu généralisables.
- Le mode d'administration des interventions : une ou deux séances par semaine en groupe avec des tâches à réaliser à domicile,
- Les scores de l'évaluation JBI : 75% et 82%.

Cependant, trois critères divergent fortement entre les deux études. Le premier est la durée de l'intervention. L'étude de Goldbacher E et al. a été réalisée sur une durée de 20 semaines, alors que celle de Cancian ACM et al. sur une durée quatre fois plus courte, soit sur cinq semaines (105,107). Ceci devrait permettre à la première étude d'avoir un plus grand effet sur l'AE, ce qui a été observé.

Le deuxième critère est le profil des autrices principales. Goldbacher E est professeure et chercheuse spécialisée en psychologie clinique et en santé (147). Cancian ACM, spécialisée en psychologie clinique et en thérapies comportementales, est enseignante, superviseuse et mentor, et elle pratique la psychothérapie avec des patient·e·s, ce qui nous laisse supposer que les conditions de cette étude étaient plus réalistes et généralisables dans la pratique clinique (148).

Enfin, le troisième correspond à la condition du groupe contrôle. Les participant·e·s du groupe contrôle de l'étude de Cancian ACM et al. étaient sur liste d'attente, ce qui a permis une grande différence avec le groupe d'intervention au niveau des résultats sur l'AE, contrairement à celles·ceux de l'étude de Goldbacher E et al. qui ont reçu un traitement comportemental standard (105,107). Ainsi, ce critère peut en partie expliquer l'absence de différence dans les résultats entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle de Goldbacher E et al., et nous pouvons donc estimer que le traitement comportemental, qu'il soit standard ou amélioré, permet la diminution de l'AE de manière significative.

Cependant, les auteur·rice·s de chaque étude ont souligné la complexité de déterminer précisément les facteurs responsables de la diminution de l'AE. Goldbacher E et al. ont relevé la portée limitée de cette étude pilote, empêchant l'analyse des différents mécanismes influençant l'AE (105), et Cancian ACM et al. ont exprimé le manque de surveillance du groupe contrôle (107).

8.2.4. Mémoire de travail

L'intervention sur la mémoire de travail étudiée par Houben K et al. a été réalisée sur un petit échantillon de 50 personnes composé de 74% de femmes. Bien que le pourcentage de femmes soit plus bas que dans de nombreuses études vues précédemment, la faible taille de l'échantillon en limite la généralisation. Cette intervention a également été auto-administrée, ce qui pourrait diminuer les effets sur l'AE, et la durée de l'intervention est d'environ 34 jours avec un suivi un mois plus tard, ce qui nous semble passablement court pour permettre une modification du comportement alimentaire. De plus, le groupe contrôle a bénéficié d'un entraînement de la mémoire de travail basique et de faible niveau, réduisant les différences avec le groupe d'intervention, et risquant ainsi d'obtenir que de faibles effets pour le groupe recevant l'entraînement avancé (106). Par ces divers critères, nous pouvons nous attendre à un effet limité de cette intervention sur l'AE. Or, nous avons pu observer l'inverse, à savoir une diminution significative de l'AE.

Relevons que Houben K, autrice principale de cet article, est professeure et chercheuse, ainsi que spécialiste des sciences psychologiques cliniques, des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité (149). Son profil de chercheuse nous laisse donc penser que l'étude serait moins généralisable et applicable à la pratique clinique.

Avec un score de 73% à l'évaluation par la grille JBI, les auteur·rice·s ont relevé différentes faiblesses de leur étude : la non prise en compte de la motivation au régime, des attentes et croyances concernant la formation des participant·e·s, ainsi que de l'effet de transfert de l'entraînement de la mémoire de travail sur d'autres tâches en lien avec le style de vie (106).

L'étude de Houben K et al. a ainsi démontré une surprenante diminution significative de l'AE grâce à une intervention d'entraînement à la mémoire de travail.

8.2.5. Gestion du stress

Les deux interventions sur la gestion du stress ont démontré des résultats différents sur l'amélioration de l'AE. L'étude de Christaki E et al. n'a permis aucune modification des scores de l'AE (104), contrairement à l'étude de Simos DS et al. qui a relevé une diminution significative de l'AE (109). Prenons les différents critères de qualité afin de proposer une explication à cette hétérogénéité.

D'abord, les modes d'administration des traitements se distinguent fortement. Dans l'étude de Christaki E et al., nous sommes sur une base d'auto-administration à domicile (104), alors que dans l'étude de Simos DS et al., les participant·e·s prennent part à une séance hebdomadaire en groupe et réalisent des tâches à domicile (109). Ces dernier·ère·s sont donc plus suivi·e·s, ce qui peut permettre une meilleure observance de l'intervention et expliquer en partie la différence des résultats sur l'AE.

Ensuite, la durée de l'intervention a été similaire dans les deux études, soit de huit semaines (104,109). Cependant, Simos DS et al. ont réalisé un suivi à 12 semaines, ce qui augmente la durée totale de l'étude et peut accroître les effets sur l'AE (109).

Les caractéristiques des échantillons diffèrent également. La population de l'étude de Christaki E et al. est composée de 34 femmes (104) et celle de Simos DS et al. de 62 participant·e·s, soit presque le double, avec une proportion de 79,6% de femmes (109). Ce deuxième échantillon est ainsi plus généralisable que le premier, bien qu'il reste limité.

De plus, les profils des auteur·rice·s principales·aux sont très différents. Christaki E, spécialisée en gestion du stress et en promotion de la santé, fait de la recherche biomédicale (104). Simos DS est diététicien et également spécialisé en gestion du stress et en promotion de la santé (150). Du fait de son lien avec la clinique, son étude nous semble donc plus généralisable à la pratique.

Par ailleurs, deux critères peuvent quand même être considérés comme similaires. Ce sont les groupes contrôles qui bénéficient, tous les deux, d'un régime hypocalorique et les scores d'évaluation de la qualité selon JBI qui sont relativement proches, soit 62% et 55% (104,109).

Finalement, Simos DS et al. ont relevé dans leurs limites ne pas avoir inclus de groupe bénéficiant uniquement de l'intervention de gestion du stress. Ainsi, les effets diminuant l'AE pourraient être attribués à l'addition de la gestion du stress à la modification du régime alimentaire et pas uniquement à la thérapie de conscience de soi de Pythagore. De plus, elles-ils ont déclaré ne pas avoir évalué les modifications alimentaires des participant·e·s, ce qui empêche la détermination précise des facteurs qui ont permis la diminution de l'AE (109).

8.3. Discussion des résultats et mise en perspective

8.3.1. Comparaison entre théorie et pratique

Différentes interventions ont été répertoriées dans les 10 articles sélectionnés mais toutes ne sont pas ressorties lors des discussions menées avec les diététicien·ne·s.

Au total, quatre études ont utilisé la pleine conscience. Cette méthode était effectuée sous différentes formes, telle que la méditation (105,110), un programme d'alimentation consciente (113) ou encore divers exercices de pleine conscience, comme une expérience de dégustation consciente avec des raisins secs (107). Deux diététicien·ne·s interviewé·e·s ont également utilisé la pleine conscience, à travers des interventions telles que le travail sur les sensations alimentaires, le recentrage sur soi et la méditation.

L'ACT, sous-branche de la TCC, est ressortie dans trois études différentes proposant toutes les trois des modes d'administration différents (108,111,112,151). Lors des entretiens, deux diététicien·ne·s nous ont également mentionné cette thérapie. Un·e précise l'utiliser car « ça rejoint le côté d'acceptation plutôt que d'essayer de lutter contre ses émotions, de pouvoir les accepter ». Ce·cette même diététicien·ne dit également travailler sur « l'acceptation inconditionnelle des envies de manger, en mettant un cadre aux envies de manger de la·du patient·e » et utilise également la défusion, outils faisant partie de l'ACT.

Deux études ont également mentionné une autre intervention faisant partie de la TCC, soit la thérapie comportementale dialectique (105,107,152). Elles associent différentes méthodes, telles que la méditation, la pleine conscience, la relaxation ou encore la régulation des émotions. Durant les entretiens, aucun·e professionnel·le n'a dit utiliser cette thérapie. Cependant, deux diététicien·ne·s ont mentionné travailler avec la TCC. De plus, comme mentionné dans le tableau 15, la thérapie comportementale dialectique repose sur différentes thématiques, soit la régulation émotionnelle, l'efficacité interpersonnelle, la pleine conscience et la tolérance à la détresse (118). Selon les dires des diététicien·ne·s, elles·ils utilisent certains outils et méthodes pouvant entre autres converger avec certaines thématiques citées précédemment, telles que l'analyse fonctionnelle, le travail sur le comportement alimentaire, ainsi que les colonnes de Beck. Nous pouvons donc observer que certains aspects de cette thérapie sont également utilisés dans la pratique.

La mémoire de travail a été citée dans un article (106). Cependant, aucune personne interviewée n'a mentionné cette intervention.

La dernière intervention utilisée dans deux études sélectionnées est la gestion du stress (104,109). De nouveau, aucun·e diététicien·ne n'a mentionné utiliser cette méthode de manière directe lors des entretiens.

Nous voyons donc que beaucoup de méthodes ressorties dans les études sont présentes dans la prise en charge des diététicien·ne·s que nous avons interviewé·e·s. Certaines sont utilisées de manière explicite, alors que d'autres sont utilisées en partie et de manière plus indirecte. Ceci nous montre toutefois la richesse et la diversité des compétences des diététicien·ne·s dans la prise en charge de l'AE. Le tableau comparatif ci-dessous (tableau 17) présente une

synthèse de la comparaison des interventions entre les résultats des études et ceux de la pratique relevée lors des entretiens.

Tableau 17 : Comparaison des interventions entre la théorie et la pratique

Interventions	Diététicien·ne 1	Diététicien·ne 2	Diététicien·ne 3
Pleine conscience	X	X	-
ACT	X	-	X
Thérapie comportementale dialectique	~	~	~
Mémoire de travail	-	-	-
Gestion du stress	-	-	-

Légendes : X – oui, ~ – déduit, - – non

Certains outils et méthodes mentionnés par les diététicien·ne·s, tels que l'éducation thérapeutique, la relation d'aide, l'entretien motivationnel, le carnet alimentaire, les étapes du changement de Prochaska, les quatre R, etc. n'ont pas été cités dans les études, mais y sont probablement inclus. En effet, celles-ci ne décrivaient pas les outils et méthodes utilisés par les professionnel·le·s dans les interventions de manière précise, ce qui limite notre comparaison.

Durant les entretiens, deux questionnaires sur l'AE ont été cités : l'ESSCA et le BITE. Ce dernier est également ressorti dans l'article de Morillo-Sarto H et al. Aucun autre questionnaire cité dans les 10 études sélectionnées n'est ressorti dans la pratique. De plus, en effectuant nos recherches, nous avons découvert le questionnaire C.R.A.C. (cf. 2.4.6.2.) réalisé par les membres du GROS. Cependant, aucune étude ni aucun·e diététicien·ne n'ont mentionné ce questionnaire, bien que deux diététicien·ne·s aient effectué la formation du GROS. Nous proposons donc plusieurs hypothèses pour expliquer cela. D'abord, les questionnaires utilisés pour la recherche ne seraient peut-être pas pertinents et feraient moins de sens pour une utilisation dans la pratique. Ensuite, peut-être que certains questionnaires seraient pertinents, mais ne seraient pas assez connus et répandus, ou validés. Enfin, la barrière de la langue pourrait être une hypothèse avec l'absence de traduction valide du questionnaire. Des analyses approfondies des questionnaires existants seraient selon nous nécessaires, afin d'observer leur pertinence et leur application dans la pratique.

8.3.2. Ajout de revues systématiques et méta-analyses

Depuis 2022, cinq revues systématiques et méta-analyses, correspondant à notre problématique ont été publiées.

Celle de Smith J et al., publiée en 2023 visait à déterminer si les interventions ciblant une amélioration de la gestion de l'AE étaient efficaces pour permettre une perte de poids et/ou diminuer l'AE chez les adultes en surpoids ou obèses. Nous constatons ainsi que leur but était très proche de celui de notre travail, mais nous relevons tout de même une importante différence en lien avec les critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, elles-ils ont inclus des études avec des échantillons pouvant contenir jusqu'à 30% de participant·e·s diagnostiqué·e·s avec l'un des TCA et ne souffrant pas forcément d'AE, et/ou avec un IMC inférieur à 25 kg/m² (153).

Chew HSJ et al. (2022) ont réalisé une revue systématique avec méta-analyse et méta-régression dans le but d'évaluer l'efficacité de différentes interventions ciblant la perte de poids sur l'AE chez les adultes ayant un IMC élevé. Malgré un but relativement proche avec notre travail, cette revue cible des interventions de perte de poids alors que nous avons décidé d'être plus vaste. De plus, nous pouvons également relever une différence dans les critères d'inclusion, car celle-ci ont également pris des études avec des participant·e·s souffrant d'accès hyperphagiques (154).

Ces deux études avaient une caractéristique commune à notre travail, qui était le fait de rassembler diverses interventions. Cependant, leurs critères d'inclusion et d'exclusion différaient des nôtres, ce qui permet à notre revue d'avoir une vision différente et d'être un ajout pertinent dans la littérature. Les trois études suivantes se sont concentrées sur un type d'intervention et ont analysé ses effets. Malgré une méthodologie différente de la nôtre, il nous semblait opportun d'également les considérer.

Hensley-Hackett K et al. ont étudié l'effet des interventions d'alimentation intuitive sur les comportements et la qualité alimentaires, les mesures anthropométriques et les marqueurs physiologiques dans la population adulte. Cette étude publiée en 2022 ne ciblait pas directement l'AE, bien qu'elle soit ressortie dans les résultats, et incluait des populations avec un IMC dans les normes. La présence ou non de TCA n'a pas été relevée dans les caractéristiques des articles sélectionnés (155).

Chew HSJ et al. (2023) ont publié une revue systématique et méta-analyse qui avait comme but de mesurer l'efficacité d'une intervention précise, soit de l'ACT, sur les comportements alimentaires, le poids et les résultats psychologiques. Même si l'effet sur l'AE faisait partie des résultats, l'étude ne la ciblait pas non plus directement, et avait inclus uniquement des articles avec des participant·e·s en surpoids ou obèses. La présence ou non de TCA n'a pas été relevée dans les caractéristiques des articles sélectionnés (156).

La revue systématique réalisée par Iturbe I et al. avait le même but, ainsi que la même conclusion que celle de Chew HSJ et al. (2023). De plus, publiée en 2022, elle a été citée dans cette dernière étude. Afin d'éviter des doublons, nous avons décidé de ne pas la prendre en compte dans cette comparaison (157).

Divers questionnaires ont été utilisés dans les articles sélectionnés par les quatre revues systématiques pour l'évaluation de l'AE : le DEBQ, le TFEQ, l'EES, l'IES, le *Mindful Eating Questionnaire*, l'*Emotional Eater Questionnaire* et l'*Emotional Overeating Questionnaire* (153–156). Par la similarité de certains questionnaires ressortis dans ces différentes revues et

ceux dans notre travail, il nous paraît important de relever que ce travail serait comparable avec les travaux existants à ce sujet dans la littérature.

Concernant les interventions permettant une diminution de l'AE, Smith J et al. ont conclu que la TCC semblait être la plus prometteuse, suivie de très près par les thérapies basées sur l'ACT. De plus, la thérapie comportementale dialectique était également ressortie comme efficace, car elle combine la régulation émotionnelle et la pleine conscience. Ressortie le plus souvent dans les différents articles inclus dans cette revue, la pleine conscience a laissé un sentiment mitigé aux auteur·rice·s, car elle était plus efficace lorsqu'elle était administrée seule, plutôt que combinée à une autre intervention. Cependant, elle accroissait l'effet des autres interventions si elles étaient données en simultanée, car elle favorise la prise de conscience des émotions (153). Chew HSJ et al. (2022) ont relevé que, parmi les interventions ciblant directement ou indirectement la perte de poids, la TCC, la pleine conscience et le déficit énergétique, grâce à un régime hypocalorique et de l'activité physique, permettaient une amélioration significative de l'AE, bien que certaines de ces méthodes nous semblent contradictoires (cf. 8.3.4.). Leurs résultats suggèrent que ces différentes interventions pourraient avoir des effets rapides sur l'alimentation incontrôlée et la restriction cognitive, et des effets plus retardés sur l'AE. Ces auteur·rice·s ont confirmé la proposition de la première revue, déclarant que les interventions purement basées sur la pleine conscience sont plus efficaces lorsqu'elles sont administrées seules plutôt que combinées à une autre (154). Les résultats de la revue de Hensley-Hackett K et al. ont suggéré un lien indirect entre des interventions basées sur l'alimentation intuitive et la diminution de l'AE. En effet, l'alimentation intuitive a permis une amélioration des comportements alimentaires de manière générale, qui est associée à une meilleure qualité de l'alimentation, qui est à nouveau associée à une diminution de l'AE (155). Enfin, dans l'étude de Chew HSJ et al. (2023), aucun article n'a montré d'amélioration significative de l'AE grâce à une intervention basée sur l'ACT (156). Cependant, selon Chew HSJ et al. (2023) :

Les résultats suggèrent que l'ACT est efficace pour améliorer certains antécédents de perte de poids, tels que la flexibilité psychologique et la stigmatisation liée au poids, ce qui pourrait éventuellement se traduire par une meilleure autorégulation comportementale et émotionnelle des habitudes alimentaires (156).

Ainsi, dans ces quatre revues systématiques, la TCC, la thérapie comportementale dialectique et la pleine conscience ressortent comme les interventions les plus prometteuses pour permettre une diminution de l'AE. De plus, l'alimentation intuitive et l'ACT permettraient également une amélioration de l'AE, mais de manière indirecte.

8.3.3. Méthodes retenues pour la diminution de l'alimentation émotionnelle

Après avoir discuté de la qualité de chaque étude et avoir pris en compte quatre revues systématiques sur le sujet, nous avons pu nous forger une opinion sur les méthodes que nous retenons pour une amélioration de l'AE.

La pleine conscience semble être une méthode efficace pour diminuer l'AE, comme l'ont démontré les deux interventions de pleine conscience que nous avons sélectionnées

(110,113). Deux revues systématiques ont confirmé l'efficacité de la pleine conscience, en particulier lorsque cette dernière était administrée seule (154,158).

Malgré le fait qu'une seule étude sur trois ait relevé une amélioration significative de l'AE avec une intervention basée sur l'ACT, cette méthode nous semble efficace pour la gestion de l'AE (112). Elle a également été mentionnée dans une revue systématique comme étant efficace pour améliorer l'AE (153), alors qu'une autre revue n'a pas relevé d'effet direct de cette méthode, mais suggère des effets indirects (156).

Nous retenons également comme méthode efficace la thérapie comportementale dialectique associée à la pleine conscience, qui a permis une diminution significative de l'AE dans une étude sur deux (105). De plus, une revue systématique a confirmé l'efficacité de celle-ci pour la gestion de l'AE (153).

Ensuite, l'étude sur la mémoire de travail a relevé une diminution significative de l'AE (106), ce qui nous indique que cette méthode serait elle aussi pertinente, bien qu'aucune revue systématique ne l'ait mentionnée.

Enfin, une étude sur deux basée sur la gestion du stress a permis une diminution significative de l'AE (109). Cette méthode n'est pas non plus ressortie dans les revues systématiques, mais elle nous semble toutefois importante à retenir.

De manière générale, la qualité de ces études nous semble assez bonne pour prendre en compte ces résultats malgré quelques limites relevées précédemment, mais ces études nous paraissent peu généralisables à la population dû à certaines caractéristiques de l'échantillon. Des études supplémentaires seraient donc nécessaires afin de permettre une généralisation.

A la vue de ces résultats, nous souhaitons nous questionner sur le cadre des études. En effet, si une méthode thérapeutique donne des résultats positifs sur l'AE, il nous semble pertinent de réfléchir et d'explorer quelle fréquence et quelle durée sont nécessaires pour qu'elle soit efficace, afin d'en trouver la limite minimale et éviter une perte de temps et de dépense pour un résultat similaire. A l'inverse, il nous semble réducteur d'affirmer qu'une méthode n'est pas efficace pour la prise en charge de l'AE, alors qu'elle a peut-être uniquement été effectuée sur une durée trop courte, ou avec une fréquence insuffisante. Pour ces raisons, il nous semble important de clarifier, à l'aide de recherches supplémentaires, le cadre nécessaire aux études pour permettre une amélioration de l'AE, notamment le temps requis pour qu'une intervention ait un effet durable sur le comportement alimentaire.

8.3.4. Contrôle versus acceptation

Nous souhaitons relever et discuter d'une contradiction qui est ressortie au sein de plusieurs interventions, à savoir le fait d'allier les notions de contrôle et d'acceptation. Selon Julien Sweerts S et al. :

Contrôle et acceptation sont incompatibles. Si un sujet suit des règles préétablies avec l'intention de contrôler son alimentation dans le but de perdre du poids, comme contrôler ses horaires, le type d'aliments consommés et/ou les quantités, alors il n'est ni dans l'écoute ni dans l'acceptation de ses signaux physiologiques et de ses envies

spécifiques, ni même dans l'instant présent mais en « restriction cognitive », rigide ou flexible (29).

Nous sommes en effet de l'avis qu'il est impossible de lier ces deux concepts opposés, et que l'autocontrôle, parfois considéré comme bénéfique dans la gestion du poids par certain·e·s auteur·rice·s, engendre une restriction cognitive et une mauvaise autorégulation du comportement alimentaire, empêchant une véritable acceptation (159). Selon Julien Sweerts S et al. :

L'acceptation chez une personne en excès pondéral englobe l'acceptation de l'émotion inconfortable, désagréable voire intolérable, mais aussi l'acceptation du corps, le deuil du corps « parfait », l'impossibilité de maigrir au-dessous du poids d'équilibre [...], l'acceptation d'avoir des comportements alimentaires impulsifs en réponse à des stimuli émotionnels, l'acceptation de ne pas réussir à se contrôler, voire d'avoir un comportement opposé à celui attendu et désiré (29).

Il nous semble donc évident que les interventions qui visent à améliorer l'AE devraient se concentrer sur l'acceptation et une approche d'alimentation intuitive telle que l'écoute de « ses sensations physiques de faim, de satiété et de rassasiement, mais aussi tous ses besoins, qu'ils soient physiques, émotionnels ou environnementaux, telles les obligations sociales ou familiales » (159) et non sur le contrôle. Pourtant, ces deux notions se retrouvent côte-à-côte dans de nombreuses interventions, développées ci-dessous.

Dans l'étude de Goldbacher E et al., une restriction calorique était associée à différents éléments, tels que la pleine conscience, la méditation en pleine conscience, ainsi que la gestion et l'acceptation des émotions (105). Or, ces aspects sont contradictoires, car une restriction calorique engendre un contrôle et de la restriction cognitive, alors que la pleine conscience favorise l'acceptation (24). Cette contradiction pourrait, selon nous, expliquer le fait que cette étude ait montré une diminution significative de l'AE mais pas de manière plus importante que le groupe contrôle. Nous pensons, en effet, que les possibles bénéfices du traitement amélioré ont été freinés par cette contradiction. De plus, selon deux revues systématiques, une intervention basée sur la pleine conscience perdrait de son efficacité lorsqu'elle serait associée à d'autres (153,154). Ceci pourrait ainsi expliquer pourquoi le groupe d'intervention n'a pas eu une plus grande diminution de l'AE, car la pleine conscience était associée à d'autres méthodes.

Cette même contradiction se retrouve dans les études de Morillo-Sarto H et al., où un plan nutritionnel se retrouve associé à une sensibilisation à l'alimentation basée sur la pleine conscience (113), et de Sampaio CVS et al., qui associe un programme standard de perte de poids à une pratique de méditation de guérison en groupe (110). Le fait de devoir suivre un plan nutritionnel ou un programme de perte de poids va à l'encontre de l'écoute et de l'acceptation des sensations de son corps, de ses envies et de ses besoins, ce qui est recherché à travers l'alimentation basée sur la pleine conscience, ainsi que dans la méditation (110,113). Malgré cette contradiction, ces interventions ont démontré une diminution significative de l'AE par rapport aux groupes témoins. Ceci nous indique que l'ajout d'un programme utilisant la pleine conscience à un traitement standard a été efficace pour la réduction de l'AE. Nous n'avons pas d'explications à ces résultats, mais pouvons proposer plusieurs pistes. Peut-être qu'un suivi sur une plus longue durée aurait modifié le résultat

concernant l'AE. De plus, il nous semble que le fait de se concentrer sur une intervention composée de peu d'éléments pourrait être plus efficace qu'une intervention composée d'une multitude d'éléments.

Enfin, dans deux études, nous n'avons pas retrouvé l'association contradictoire de contrôle et d'acceptation, mais nous avons relevé le fait que la condition de base, pour le groupe témoin et le groupe bénéficiant de l'intervention, reposait sur la notion de contrôle. Ceci va, selon nous, à l'encontre du principe d'acceptation qui serait efficace pour améliorer AE. Dans l'étude de Christaki E et al., un régime de perte de poids composé d'une alimentation équilibrée hypocalorique et de recommandations alimentaires précises est mis en place, en parallèle d'un programme de gestion du stress. Cette intervention n'a pas permis une amélioration de l'AE et a augmenté les scores de restriction alimentaire, terme correspondant dans cet article à la restriction cognitive. Ainsi, le fait de contrôler son alimentation par un régime hypocalorique encourage la restriction cognitive, ce qui nous semble concorder avec l'absence d'une amélioration de l'AE (104). Dans l'étude de Simos DS et al. (109), l'intervention consistait en un régime méditerranéen hypocalorique et un apprentissage de la technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore, basée sur l'analyse et la critique des événements et objectifs quotidiens. Cette intervention encourage donc un contrôle accru, et allant à l'encontre de la notion d'acceptation, elle devrait selon nous avoir un impact limité sur l'amélioration de l'AE. Pourtant, l'effet démontré a été une diminution de l'AE et de la restriction alimentaire, ce que nous n'expliquons à nouveau pas mais pouvons émettre la même hypothèse qu'auparavant concernant la durée du suivi.

Finalement, bien que la contradiction entre contrôle et acceptation relevée par Julien Sweerts S et al. nous semble très pertinente, elle ne semble pas validée par les résultats des études. En effet, les interventions mêlant ces deux notions paradoxales, ou mettant l'accent uniquement sur la notion de contrôle, ont parfois montré des résultats positifs sur l'amélioration de l'AE. Cela nous amène à penser que cette contradiction n'a pas d'impact sur le court terme, mais pourrait refaire surface et diminuer l'effet des interventions sur l'AE sur un plus long terme que ce qu'ont mesuré les études (105). En effet, nous pensons que les interventions axées sur le contrôle n'engendrent pas la possibilité d'une amélioration de l'AE sur le long terme. Par notre formation et nos expériences professionnelles, nous avons remarqué que la restriction entraîne de la frustration, n'est pas tenable et semble néfaste sur le long terme. Cependant, certains auteurs ont suggéré qu'avec des interventions basées uniquement sur l'acceptation et sans notion de contrôle, une diminution de l'AE était possible dans un second temps et sur un plus long terme, après l'amélioration d'autres aspects du comportement alimentaire (108,111). Il nous semble donc qu'un comportement alimentaire flexible et adaptatif serait adéquat, à l'inverse d'une restriction ou d'un contrôle flexible ou rigide.

8.3.5. Lien bidirectionnel entre perte de poids et alimentation émotionnelle

Dans notre réflexion, nous en sommes venues à nous questionner sur le lien entre l'AE et le poids. Nous nous sommes demandé si une diminution de l'AE était associée à une diminution du poids, et inversement. Nous n'avons pas, dans les études sélectionnées, relevé de lien clair à ce sujet. En effet, les études de Christaki E et al. et de Potts S et al. n'ont pas relevé

d'amélioration de l'AE et ont pourtant souligné une diminution du poids (104,111). Au contraire, les études de Houben K et al., Mueller J et al. et Morillo-Sarto H et al. ont démontré une diminution de l'AE mais pas du poids (106), ou alors de manière non-significative (112,113). Enfin, les études de Goldbacher E et al., de Simos DS et al. et de Sampaio CVS et al. ont mesuré à la fois une diminution de l'AE et du poids (105,109,110). Ces études nous suggèrent donc que le lien entre l'AE et la perte de poids serait bidirectionnel et que de nombreuses autres composantes entreraient en jeu. En effet, l'humeur, l'autorégulation, la satisfaction corporelle et l'auto-efficacité auraient un impact sur l'AE. Cette dernière, en diminuant, participerait à la perte de poids, avec d'autres variables, telles que la retenue cognitive et les barrières à l'exercice (160,161). A l'inverse, une étude a suggéré qu'une perte de poids chez une population en surcharge pondérale avait permis une amélioration de l'AE (105). Nous nous sommes toutefois interrogées sur la pertinence d'une intervention qui vise une perte de poids avec comme but secondaire une amélioration de l'AE (154,162). Comme vu précédemment (cf. 8.3.4.), les notions de contrôle et de restriction cognitive, souvent présentes dans les interventions de perte de poids, semblent opposées à l'acceptation, qui selon nous serait plus efficace pour une perte de poids sur le long terme.

8.3.6. Place des diététicien-ne-s

Nous souhaitons également discuter de la place des diététicien-ne-s dans la prise en charge de l'AE, des limites de leur formation et de la pertinence de l'interprofessionnalité. Nous pensons que l'AE, étant liée à l'alimentation, fait partie du domaine de compétences des diététicien-ne-s. De plus, bien que cette problématique puisse concerner toute la population, elle se rencontre souvent chez des personnes en excès pondéral, une population consultant parfois un-e diététicien-ne. De ce fait, ces professionnel-le-s sont en première ligne pour dépister l'AE problématique, puis pour pouvoir agir dessus dans une certaine mesure, à l'aide de différents outils et méthodes adéquats. Une autre raison faisant des diététicien-ne-s des professionnel-le-s adapté-e-s pour la prise en charge de l'AE est le fait que la formation HES insiste sur l'aspect d'alliance thérapeutique, élément essentiel dans la prise en charge de l'AE (24).

Durant la formation, la pleine conscience et la TCC incluant l'ACT et la thérapie comportementale dialectique sont abordées (cf. 2.5.3.). Cependant, ces interventions ne sont pas enseignées dans le détail, c'est pourquoi il est nécessaire, dans le but de prodiguer un accompagnement de la meilleure qualité possible, d'effectuer davantage de formations complémentaires afin de pouvoir utiliser divers outils et méthodes validées et efficaces pour la prise en charge de l'AE. La mémoire de travail, quant à elle, ne fait pas partie du cursus de formation HES des diététicien-ne-s et nécessiterait une formation complète à son sujet. De plus, il est important que les diététicien-ne-s respectent leurs limites et leur champ de compétences, et redirigent vers d'autres professionnel-le-s lorsque cela est nécessaire.

8.4. Forces et limites

8.4.1. Limites de notre travail

Dans ce travail, nous avons relevé certaines limites concernant les termes d'AE, les critères d'inclusion et d'exclusion de la population et des études sélectionnées, les caractéristiques retenues pour définir le niveau de qualité, les entretiens effectués et les références utilisées.

Tout d'abord, une confusion est parfois faite entre les termes d'AE et d'AE problématique. En effet, nous avons tenté de séparer ces termes, mais celui d'AE problématique n'a pas été précisé dans les études. Ceci a rendu ambigu l'utilisation du terme d'AE, qui, dans ce travail, reprend parfois l'AE problématique, l'AE fonctionnelle ou l'ensemble des deux. De notre côté, afin de faciliter l'écriture et de nous aligner aux études, nous avons également utilisé le terme d'AE pour parler de ses différents aspects.

Ensuite, au niveau des critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons choisis pour la partie de la recherche de littérature, nous relevons plusieurs limites concernant la population. Le fait d'avoir sélectionné une population uniquement atteinte de surpoids ou d'obésité implique que l'étude n'est pas généralisable à une population avec un IMC dans la norme ou en-dessous. Pourtant, il est tout à fait possible selon nous de souffrir d'une AE problématique sans pour autant être en surpoids ou obèse. Ainsi, en choisissant un critère précis concernant l'IMC, il est probable que nous ayons manqué des études intéressantes qui auraient pu enrichir nos résultats et notre discussion. Nous avons également choisi d'exclure la population atteinte de TCA diagnostiqués. Cependant, nous avons constaté au long de ce travail que le lien entre l'AE problématique et certains TCA peut être très étroit. De ce fait, nous pensons que malgré le fait d'avoir exclu les TCA diagnostiqués, la population des études contenait probablement certaines personnes atteintes de TCA non-diagnostiqués. Certains résultats seraient donc faussés. De plus, avec ce critère, nous n'avons pas pu explorer le lien entre les TCA et l'AE grâce aux études, nous avons ainsi dû effectuer des recherches parallèles. Enfin, nous avons souligné précédemment que la majorité des personnes incluses dans les études étaient des femmes. Nous pouvons donc relever comme limite le fait que nous avons généralisé ce travail aux femmes et aux hommes, alors que les hommes étaient grandement sous-représentés dans les études.

Concernant les études sélectionnées, une limite supplémentaire est le choix du type d'étude, à savoir uniquement les RCT. En excluant tous les autres types d'études, nous avons peut-être omis des méthodes ou interventions pertinentes. De même, nous avons exclu les études qui n'évaluaient pas l'AE à l'aide d'un questionnaire, ce qui implique que nous avons écarté beaucoup d'études traitant également de ce sujet, qui auraient pu être intéressantes. Une autre limite est le fait d'avoir exclu les études où les interventions étaient mixtes. Nous avons fait ce choix, car avec une intervention trop variée et sans détermination précise des éléments responsables des différents résultats, il était difficile d'isoler quelle partie de l'intervention avait véritablement un effet sur l'AE. Cependant, par ce choix, nous pensons avoir pu manquer certaines interventions avec des résultats pertinents sur la diminution de l'AE. Relevons également que dans ce travail, nous avons mené une réflexion sur le sens du terme AE, et avons insisté sur le fait que les interactions entre les émotions et l'alimentation peuvent être très variées. Or, nous avons sélectionné des études qui concevaient l'AE uniquement comme

une augmentation de la consommation, axe également ressorti dans les entretiens, ce qui limite la portée de ce travail. Une dernière limite que nous souhaitons souligner concernant les études sélectionnées correspond aux lieux des études. Nous avons en effet choisi des études provenant de différentes régions du monde, et les avons comparées avec des entretiens effectués en Suisse romande. Toutefois, selon les différents lieux des études, la formation, les rôles et les compétences des diététicien·ne·s ne sont pas forcément identiques et ne peuvent pas être reportés à la région où les entretiens ont été effectués.

Pour les caractéristiques que nous avons choisies dans l'évaluation de la qualité, nous avons discuté uniquement du parcours de la·du premier·ère auteur·rice, ce qui peut limiter la pertinence de notre discussion.

Au niveau des entretiens effectués, nous pouvons relever comme limite le faible échantillon de professionnel·le·s choisi·e·s de manière non-aléatoire. Ainsi, ce biais peut impliquer que certaines méthodes ou outils utilisés couramment dans la pratique d'autres diététicien·ne·s ne seraient pas ressortis lors de ces trois entretiens. Ajoutons également comme limite la population prise en charge par les diététicien·ne·s interviewé·e·s, qui n'était pas forcément la même que celle incluse dans nos études. En effet, bien que nous ayons précisé le type de population dont faisait l'objet notre travail, la patientèle des professionnel·le·s ne correspondait pas à nos critères d'inclusion et d'exclusion. Par exemple, certain·e·s patient·e·s pouvaient avoir des TCA, un IMC inférieur à 25 kg/m² ou encore avoir moins de 18 ans. Nous avons donc comparé des populations qui n'étaient pas toujours similaires.

Finalement, nous souhaitons souligner comme dernière limite certaines références utilisées. Les ouvrages de Zermati JP (23), de Tribble E et Resch E (10), et les références tirées du GROS ne correspondent pas toujours à l'Evidence Based Practice. Il s'agit parfois d'éléments basés uniquement sur l'expérience des auteur·rice·s, ce qui ne constitue pas une preuve scientifique suffisante.

8.4.2. Pistes d'améliorations

Plusieurs pistes d'améliorations nous paraissent pertinentes et seraient à prendre en compte si nous devions refaire un travail similaire. Tout d'abord, concernant la population, nous aurions pu nous concentrer sur les femmes, ou nuancer les résultats en précisant que les résultats obtenus étaient tirés d'études faites majoritairement sur des femmes. Ensuite, il aurait été intéressant d'élargir la population sélectionnée et de prendre en compte toutes les catégories d'IMC. Finalement, au niveau des entretiens effectués, nous aurions pu prendre un échantillon plus important de professionnel·le·s interrogé·e·s, tout en restant réalistes quant au temps limité de ce travail. De plus, nous aurions pu effectuer une sélection de manière aléatoire, par exemple en tirant au sort des noms sur une liste de diététicien·ne·s ASDD. Cela aurait permis une meilleure représentativité des résultats des entretiens.

8.4.3. Forces de notre travail

Il nous paraissait important de relever les forces de ce travail. Au niveau des études sélectionnées, nous pouvons souligner le fait que nous avons choisi des RCT, un type d'études avec un niveau de preuve très élevé, ce qui favorise la qualité de notre revue. De plus, nous avons comparé nos résultats avec des revues systématiques et des méta-analyses, ce qui nous a permis d'élargir les résultats obtenus.

Le fait d'avoir réalisé trois entretiens est également une force de ce travail, car cela nous a permis de comparer la théorie à la pratique, de discuter des résultats obtenus de manière approfondie et de proposer des perspectives en lien avec la réalité du monde professionnel.

D'une manière générale, nous pensons que le choix du sujet de notre travail constitue également une force. Étant un sujet actuel, l'AE concerne de plus en plus les diététicien·ne·s et reste un domaine peu défini, ce qui justifie le fait de s'y intéresser et d'approfondir les recherches à son sujet. Notons également que nous avons, à l'issue de ce travail, discuté du concept d'AE, et proposé des définitions de l'AE fonctionnelle et problématique, ainsi que des outils et des méthodes concrètes et utilisables par les diététicien·ne·s lors de la prise en charge de personnes souffrant d'AE problématique (cf. 9.).

Enfin, le fait d'avoir été un trinôme dans la réalisation de ce travail demeure probablement notre plus grande force. En effet, cette composition nous a permis de confronter nos points de vue, de pousser la réflexion plus loin et d'approfondir la thématique au maximum selon les possibilités et le temps imparti dans le cadre de la réalisation de notre Travail de Bachelor.

9. Implications pratiques et perspectives

9.1. Concept d'alimentation émotionnelle

Nous avons remarqué que le concept d'AE manquait d'uniformité, et que différentes définitions existaient. Nous avons défini précédemment l'AE comme le fait de s'alimenter pour répondre à une émotion (1). Nous avons choisi une définition qui ressortait souvent dans la littérature, mais nous sommes conscientes que celle-ci n'est pas exhaustive et oublie par exemple le fait de diminuer ou de stopper sa consommation en réponse à une émotion. D'autres définitions sont présentes dans la littérature, axées par exemple sur la notion de surconsommation en réponse à une émotion uniquement négative (29,163,164), sur le type d'aliments consommés, à savoir des aliments gras et sucrés, ou encore sur la manière de consommer, sans conscience et dans l'urgence (29).

Ces dernières définitions soulignent des aspects précis de l'AE, qui ne nous semblent pas concerner la totalité des phénomènes liés à l'AE. Nous avons en effet exploré dans ce travail les liens entre les émotions et l'alimentation (cf. 2.1.4), et avons relevé qu'une émotion peut avoir différents effets sur l'alimentation, tels qu'augmenter la consommation d'aliments, la diminuer, ou ne pas la modifier. Ces phénomènes varient selon l'intensité de l'émotion, si elle est positive ou négative, ou encore selon l'individu. De plus, les émotions ont des effets sur le choix des aliments, les quantités ingérées, la motivation à manger, la réponse affective aux aliments, la mastication et la vitesse du repas (13). Le lien entre les émotions et l'alimentation est donc très étroit et est également bidirectionnel, à savoir que les aliments ont eux aussi des effets sur les émotions (13,23). Plusieurs auteurs relèvent d'ailleurs le caractère inné et systématique de l'AE (10,23,30,31). Selon nous, l'AE serait donc l'ensemble de deux facettes différentes, à savoir une AE fonctionnelle et une AE problématique.

9.1.1. Alimentation émotionnelle fonctionnelle

Au regard de ces éléments, nous pouvons considérer l'AE comme un phénomène large et universel, concernant chaque personne. Selon nous, le concept d'AE s'étend au-delà de certaines définitions qui lui sont attribuées, et comprend un aspect « naturel ». Il mériterait donc d'être assez vaste pour intégrer tous les phénomènes liés à celle-ci, qui sont souvent mis de côté dans la littérature, comme par exemple le fait de diminuer sa consommation en réponse à une émotion, l'impact des émotions positives sur l'alimentation ou simplement le fait de grignoter, qui, selon les éléments vus précédemment, correspondent également à de l'AE. Nous pensons donc que le terme d'AE devrait être uniformisé et revu, afin de pouvoir différencier l'AE fonctionnelle de l'AE qui serait problématique. Le fait de ne pas réduire l'AE à un comportement délétère, mais de reconnaître son aspect universel, pourrait favoriser son acceptation et ainsi la régulation de ce comportement alimentaire, en limitant la culpabilité provoquée par un comportement socialement pointé du doigt (10,23).

Suite à ces réflexions, nous proposons pour le terme d'AE fonctionnelle la définition suivante : *interaction naturelle et universelle entre les émotions et le comportement alimentaire*. A travers

cette définition, l'AE ne serait plus un comportement touchant seulement une partie de la population, mais deviendrait un phénomène commun.

9.1.2. Alimentation émotionnelle problématique

Le fait de normaliser l'AE n'exclut pas que ce comportement puisse parfois être problématique, et entraîner des conséquences néfastes, par exemple un excès de poids, ou des répercussions psychologiques négatives (6,29). Ces conséquences apparaîtraient lorsque l'AE deviendrait régulière et compulsive, ou lorsque d'autres phénomènes, tels que la restriction cognitive ou l'insatisfaction corporelle, entreraient en jeu (4). Nous avons en effet vu dans le chapitre 2.1.7 qu'un facteur rendant l'AE problématique était la restriction cognitive et les émotions négatives que cette dernière engendre (6,23,29,30). Bien que certaines études suggèrent que la restriction cognitive flexible serait nécessaire à une perte de poids (165), nous sommes de l'avis qu'elle peut aggraver, voire provoquer un excès pondéral dû au cercle vicieux qu'elle engendre, simplifié dans le schéma ci-dessous (figure 15) (166).

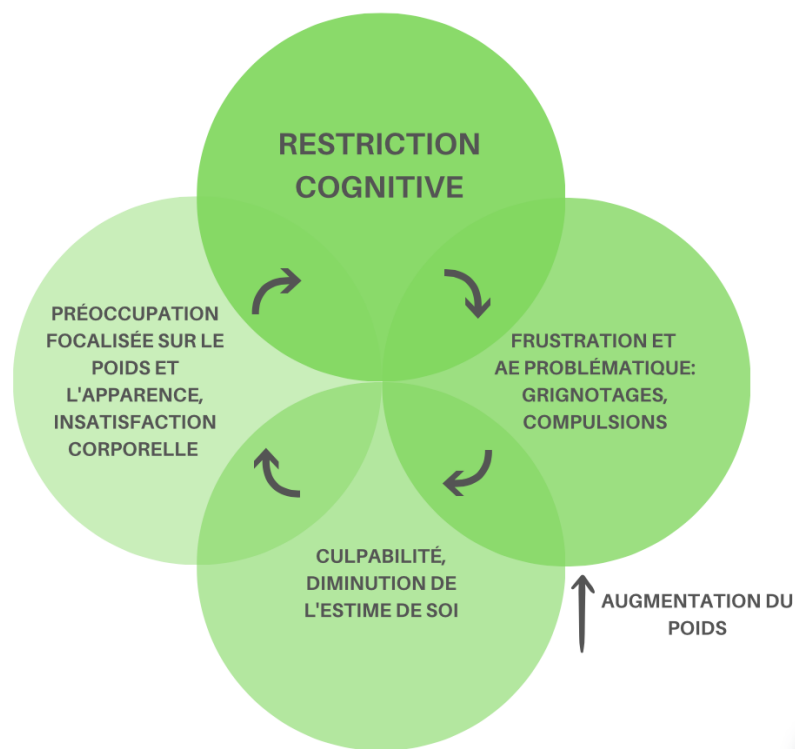


Figure 15 : Cercle vicieux de la restriction cognitive

Ainsi, la restriction cognitive provoquerait une AE, qui à son tour engendrerait des pensées négatives et/ou une augmentation du poids, devenant donc une AE problématique. L'insatisfaction corporelle, pouvant être aggravée par la stigmatisation, pourrait mener à de l'AE problématique dû à la restriction cognitive que cette dernière engendre. La question qui

se pose alors est de savoir quel est l'élément déclencheur de ce cercle vicieux : l'AE problématique, la restriction cognitive, l'insatisfaction corporelle, une faible estime de soi ou encore un excès pondéral. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires afin d'éclaircir cette question.

Bien que ce travail se soit concentré sur une population atteinte de surpoids ou d'obésité, il convient toutefois de rappeler que l'AE peut être problématique sans être associée à un excès pondéral, et ainsi concerner toute la population, quelle que soit sa corpulence. En effet, l'excès pondéral est l'une des conséquences possibles de l'AE problématique, mais n'est de loin pas la seule. En considérant l'AE comme l'interaction naturelle et universelle entre les émotions et le comportement alimentaire, toutes sortes de conséquences peuvent apparaître lorsque le lien entre l'alimentation et les émotions devient problématique : insuffisance pondérale, carences, pensées négatives, troubles psychologiques, isolement social, etc.

Dès lors, il nous semble nécessaire de définir l'AE problématique, afin de la différencier de l'AE fonctionnelle, de légitimer les personnes qui en souffrent et par la suite de pouvoir cibler les recherches concernant son traitement et sa prévention. Un rapport d'expertise collective, publié en 2010 et mené par l' « Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail », définit les conduites alimentaires de pathologies du comportement alimentaire lorsqu'elles (167) :

- Diffèrent notablement des attitudes habituellement adoptées par la plupart des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel ;
- Induisent des conséquences fâcheuses pour la santé d'ordre somatique (obésité, malnutrition, dénutrition, ...) ou psychologique (désinsertion sociale, sentiment d'anormalité, dépression, ...).

Nous pensons que si un comportement diffère de la norme mais ne provoque pas de conséquences néfastes, il ne peut être qualifié de problématique. Nous proposons donc pour l'AE problématique la définition suivante : *interaction entre les émotions et le comportement alimentaire engendrant des conséquences négatives d'ordre somatique ou psychologique.*

9.1.3. Lien avec les troubles du comportement alimentaire

En empruntant des aspects de la définition d'une pathologie du comportement alimentaire pour parler de l'AE problématique, nous nous posons la question de la limite entre l'AE problématique et les TCA. Nous avons exploré précédemment le lien entre les TCA et les émotions (cf. 2.4.4), vu que les émotions jouent un rôle dans le développement ou l'entretien d'un TCA, et observé que la dysrégulation émotionnelle est davantage présente chez les personnes souffrant de TCA (68,71). Cela nous amène à nous demander si l'AE problématique pourrait initier, maintenir ou aggraver les TCA. Une explication de la limite entre l'AE problématique et les accès hyperphagiques présents dans certains TCA pourrait être « l'intensité des symptômes et donc, les critères diagnostiques » (31). Il semblerait donc que dans certains cas, la limite entre TCA et AE problématique soit faible et que les symptômes soient communs, ce qui laisserait envisager la présence d'un continuum entre ces deux éléments.

Pour rappel et selon le DSM-5, les TCA sont définis comme « des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social » (42). Après avoir exploré l'AE problématique, nous nous rendons compte que ce comportement pourrait correspondre à cette définition, dans la mesure où il entraîne diverses conséquences négatives. Dès lors, nous nous questionnons sur le fait de reconsidérer l'AE problématique, afin de véritablement la considérer comme un TCA. Cela permettrait, selon nous, de légitimer cette problématique et d'en élargir les recherches. Nous pensons en effet que le sujet des TCA est un sujet en constante évolution, et que ces troubles ne sont pas représentés de manière exhaustive dans le DSM-5. Par exemple, l'étude d'Andrieux S et al. relève que les TCA sont sous-diagnostiqués chez les personnes souffrant d'obésité, et « les constatations cliniques laissent penser que, si une grande majorité de nos patients obèses sévères ne remplissent pas les critères diagnostiques [des accès hyperphagiques], ils ne sont pour autant pas indemnes de TCA » (168).

Pour ces raisons, nous sommes de l'avis que l'AE problématique aurait sa place dans le DSM-5, dans la section « Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié » (42), bien qu'il faudrait au préalable en définir précisément les critères diagnostiques, à travers des études supplémentaires.

9.1.4. Alimentation émotionnelle perçue par le grand public

Afin de terminer cette réflexion au sujet de l'AE fonctionnelle et de l'AE problématique, nous trouvons intéressant d'effectuer un rapide tour d'horizon de ce qu'est l'AE selon le grand public. Pour ce faire, nous avons recherché le terme « alimentation émotionnelle » sur Google ainsi que sur YouTube, afin d'explorer différentes définitions données hors du domaine scientifique.

Nous avons tout d'abord lancé la recherche « alimentation émotionnelle » sur Google, et avons relevé les quatre premiers résultats ressortis, hors articles scientifiques. Les définitions de l'AE étaient les suivantes :

- Fait de manger pour étouffer ses émotions et les anesthésier, souvent dans le but de combler un manque affectif, de manière automatique et sans conscience (169) ;
- Fait de manger sans avoir faim pour ressentir une satisfaction immédiate ou combler un vide provoqué par des émotions négatives (170) ;
- Réponse à une sensation de faim générée par des émotions négatives en l'absence de besoin physiologique de se nourrir, dans le but de se réconforter (171) ;
- Prise de nourriture souvent inconsciente pour d'autres raisons que la faim, pour combler un vide et apaiser ou geler une émotion le plus souvent désagréable (172).

Nous avons ensuite recherché le terme « alimentation émotionnelle » sur YouTube, et parmi quelques-uns des premiers résultats apparus, nous avons relevé les quatre définitions suivantes :

- Fait de manger pour s'anesthésier et éviter de vivre ses émotions. Elle peut toucher tout le monde mais devient problématique lorsqu'elle se fait de manière frénétique. De plus, elle engendre une souffrance, se fait sur une longue durée et s'accompagne souvent d'angoisses à l'idée de passer beaucoup de temps à table (173).
- Pulsions alimentaires en réponse à une émotion souvent négative. Une différence peut être faite entre l'AE consciente, pour chercher du réconfort, et l'AE inconsciente, pour fuir une émotion et se déconnecter de ses émotions ou sensations. L'AE inconsciente est de plus accompagnée d'un sentiment d'urgence, de pulsion, de culpabilité et d'impossibilité de s'arrêter de manger avant de se sentir mal (174).
- Fait de manger de manière automatique pour se réconforter. Elle est un comportement répandu et normal mais elle devient problématique quand une souffrance est engendrée, ce qui est souvent associé à une récurrence, un sentiment d'urgence et de perte de contrôle (175).
- Quantité d'aliments que l'on mange quand on ressent une émotion négative pour chercher du réconfort et endormir les émotions ressenties, généralement de manière incontrôlée (176).

Selon ces quelques exemples de définitions de l'AE, nous pouvons nous faire une idée de ce que semble être l'AE aux yeux du grand public. Tout d'abord, l'AE semble être le fait de chercher à apaiser, étouffer ou anesthésier ses émotions, le plus souvent négatives, à l'aide de la nourriture (169–174,176). Le but peut aussi être de rechercher une satisfaction ou du réconfort (170,171,174–176), ou de combler un vide émotionnel (169,170,172). Enfin, deux caractéristiques sont souvent associées à l'AE, à savoir le fait de manger de manière inconsciente et automatique (169,172,175,176).

D'une manière générale, l'aspect « naturel » de l'AE est peu ressorti, et est présent dans seulement deux définitions (173,175). De plus, la distinction entre une AE problématique et certains TCA semble parfois peu claire. En effet, certaines définitions associent l'AE à des comportements tels qu'une perte de contrôle, une pulsion, un sentiment d'urgence, une culpabilité, une impossibilité de s'arrêter avant de se sentir mal, une angoisse, ou encore une souffrance associée (173–175). Des critères de fréquence et de durée sont également mentionnés (173,175). Or, ces mêmes éléments se retrouvent dans la définition du DSM-5 d'accès hyperphagique (42), ce qui laisse penser qu'aux yeux du grand public, l'AE est parfois confondue avec certains TCA. Relevons enfin que dans une définition, une confusion est faite entre la sensation de faim et d'envie de manger, en parlant de « sensation de faim générée par des émotions négatives » (171).

Tous ces éléments nous indiquent que l'AE est un sujet possédant diverses interprétations, et qui est parfois mal compris par le grand public. Ce concept mériterait donc d'être uniformisé par la communauté scientifique afin d'éviter une vulgarisation erronée ou limitée de ce concept, et de clarifier sa limite avec les TCA et la différence entre une AE fonctionnelle et une AE problématique.

De plus, nous trouvons intéressant de relever le type de sites et le profil des personnes présentant ces définitions. Certains sites étaient dédiés à la santé ou tenus par une nutritionniste et coach en alimentation intuitive et pleine conscience (169,172), alors que

d'autres étaient des sites de vente de thés ou de compléments alimentaires (170,171). Concernant les définitions retrouvées sur YouTube, elles étaient données par :

- Une naturopathe, praticienne Emotional Freedom Technique, coach, psychopraticienne en TCC, formatrice et autrice (173)
- Une créatrice de solutions naturelles et holistiques, mentor, coach et entrepreneure en épanouissement personnel, professionnel et spirituel (174)
- Une coach en émotion spécialisée dans la nourriture émotionnelle (175)
- Un thérapeute et coach, ainsi qu'une diététicienne et nutritionniste du sport (176)

Ces différents profils nous indiquent que ce sujet est souvent repris et interprété par différent·e·s professionnel·le·s, qui n'ont peut-être pas forcément la formation adaptée pour accompagner au mieux les personnes souffrant d'AE problématique. Selon nous, ceci pourrait changer en introduisant une définition plus précise de l'AE fonctionnelle et de l'AE problématique, voire en intégrant officiellement cette dernière parmi les TCA. De plus, cela nous indique le manque de visibilité que semblent avoir les diététicien·ne·s sur internet.

9.2. Perspectives pour la recherche

Afin d'améliorer les recherches futures concernant le sujet de l'AE, nous avons relevé quelques points qui nous semblaient importants et qui nous ont manqués tout au long de notre travail.

D'abord, il nous paraît nécessaire de mener des études supplémentaires pour clarifier la notion d'AE problématique, sa définition, sa prévention, ses traitements et ses liens avec d'autres pathologies, telles que l'obésité, la dépression et les TCA. Le lien avec les TCA nous semble particulièrement important à explorer, afin d'évaluer la pertinence d'intégrer l'AE problématique au DSM-5, et si besoin d'en définir les critères diagnostiques. Nous trouvons également qu'il serait adéquat d'analyser de manière approfondie les questionnaires et autres outils de dépistage de l'AE problématique existants, afin d'observer leur pertinence et leur application dans la pratique, de les adapter, de les traduire de manière validée ou d'en développer des nouveaux si besoin. Il nous paraît aussi nécessaire d'effectuer de plus amples recherches sur la synergie entre l'AE problématique et la restriction cognitive, l'insatisfaction corporelle, l'estime de soi ou encore l'excès pondéral. De même, il nous semble important que le couplage entre les notions de contrôle et d'acceptation ainsi que leur impact sur l'AE problématique soit étudié.

Ensuite, nous estimons qu'il faudrait conduire davantage d'études avec l'AE problématique en tant que résultat principal de la recherche, et non en mesure annexe comme c'est le cas dans de nombreuses études que nous avons lues. Les études sur ce sujet devraient d'ailleurs être uniformisées, notamment en termes de caractéristiques du groupe contrôle, de durée d'intervention et du suivi dans le temps après l'intervention. De plus, des études réalisées sur des plus longues durées permettraient d'analyser l'effet de la restriction cognitive, engendrée par des interventions basées sur le contrôle, sur le long terme. Ces recherches supplémentaires devraient également intégrer davantage d'hommes et avoir une répartition

des genres plus équilibrée afin de permettre une meilleure généralisation et une analyse comparative entre les genres. Afin d'obtenir cette répartition, nous pensons qu'il serait nécessaire d'explorer les possibles biais de sélection, tels que l'hypothèse que les hommes seraient moins enclins à une AE ou celle qu'ils seraient moins intéressés par les études sur la nutrition. De plus, nous trouverions intéressant d'explorer d'autres aspects de l'AE problématique qu'une augmentation de la consommation alimentaire, comme celui d'une diminution des apports alimentaires. Enfin, il nous paraît essentiel que les études futures testent des protocoles de prise en charge de patient·e·s atteint·e·s d'AE problématique, car nous n'en avons trouvé aucun spécifique à l'AE dans nos recherches, ainsi que les diététicien·ne·s interviewé·e·s n'en utilisaient pas non plus. Nous pensons que ce manque de protocole est peut-être dû au manque d'identification de cette problématique. Nous avons, dans nos recherches, découvert le protocole de prise en charge triaxiale du GROS qui parle de l'AE, mais ce dernier est centré sur la gestion du surpoids et de l'obésité, et non sur l'AE problématique (177). De plus, bien qu'une étude pilote démontre une amélioration de l'AE après trois mois de prise en charge par un·e membre du GROS, l'efficacité comparée à une autre prise en charge n'a pas été mise en avant (24).

9.3. Perspectives pour la pratique professionnelle

Nous avons exploré dans ce travail la place et l'importance de la profession de diététicien·ne dans la prise en charge de patient·e·s souffrant d'AE problématique. Dans le but d'une amélioration continue de la pratique, nous avons relevé certains points qui nous paraissent essentiels. Bien qu'à long terme une uniformisation au niveau mondiale nous semblerait adéquate, nous espérons qu'à travers ce travail, une uniformisation au niveau de la Suisse romande puisse être initiée en permettant l'utilisation des mêmes outils, méthodes et langage chez les diététicien·ne·s.

Nous avons tout d'abord synthétisé les points principaux pour la prise en charge de patient·e·s souffrant d'AE problématique par un·e diététicien·ne :

- Identifier l'AE problématique à l'aide de questionnaires existants adéquats ou à l'aide d'outils de dépistage devant encore être développés par la recherche.
- Utiliser un panel varié d'outils et méthodes afin d'individualiser la prise en charge.
- Être attentif·ve à ses limites, et si elles sont atteintes, avoir recours à l'interprofessionnalité.
- Approfondir ses connaissances et compétences à l'aide de formations complémentaires dans le domaine.

Nous avons ensuite souligné deux méthodes avec leurs outils associés, pouvant être utilisées par les diététicien-ne-s à la sortie de la formation HES, et étant ressortis dans les études comme efficaces pour la diminution de l'AE :

- La pleine conscience : dégustation de pleine conscience, interrogation des sensations alimentaires,
- La TCC, dont l'ACT et la thérapie comportementale dialectique : acceptation inconditionnelle des envies de manger, analyse fonctionnelle, balance décisionnelle, colonne de Beck, déculpabilisation, défusion, quatre R, métaphores.

De plus, certaines formations complémentaires et pistes de prise en charge nous paraissent pertinentes, car nous sommes de l'avis que la formation HES est assez complète et générale et que l'approfondissement devrait se faire en plus du cursus de base. Le GROS propose diverses formations complémentaires qui peuvent être intéressantes afin d'approfondir le sujet de l'AE dans le cadre de prises en charges de personnes atteintes de surpoids ou d'obésité (178). Le CAS en Alimentation et comportement, mis en place par UniDistance, permet une intéressante acquisition de connaissances psychologiques et neuroscientifiques sur le comportement alimentaire (179). Plusieurs formations en TCC pourraient également être utiles, comme par exemple le CAS en TCC proposé par l'Université de Genève (180). De même, des formations sur l'ACT nous paraissent pertinentes, comme celles de P-ACT (181) et de l'Institut Français de Formations (182), dans le but d'approfondir la notion d'acceptation, qui serait une piste pour la prise en charge de l'alimentation émotionnelle (29). Différentes formations sur la pleine conscience sont proposées et nous paraissent également bénéfiques à la prise en charge de l'AE problématique, comme la formation en ligne d'instructeur-riche du programme Mind-Eat (183) et le CAS sur les interventions basées sur la pleine conscience proposé par l'Université de Genève (184). Notons également comme piste intéressante, pour améliorer le rapport à l'alimentation et diminuer l'AE problématique, l'alimentation intuitive, dont une formation est proposée en ligne en anglais par Tribble E et Resch E (185). Une piste pourrait également être le fait de se baser sur l'amélioration de l'estime de soi et la satisfaction corporelle pour améliorer l'AE problématique. A ce sujet, un MOOC sur l'image corporelle positive est proposé en ligne par la HES-SO (186). Une autre méthode à savoir l'hypnose, que nous n'avons pas abordée dans ce travail, pourrait avoir des résultats intéressants sur l'AE et serait disponible sous la forme d'un CAS en Art et techniques hypnotiques, proposé par la HES-SO (187). Enfin, la Programmation Neuro-Linguistique, permettant de prendre conscience de son propre fonctionnement et d'améliorer sa gestion des émotions, pourrait également être une formation intéressante. Elle est dispensée par plusieurs centres, tels que le Collège Romand (188) et le Human & Health Center (189).

En parallèle à ces formations et afin de se tenir à jour, nous recommandons également de faire partie de groupes de diététicien-ne-s, tels que ceux de l'ASDD, du GROS ou encore des groupes régionaux (190,191).

De plus, il nous semble important que certaines formations continues soient développées par la profession, afin qu'un plus grand nombre de diététicien-ne-s puissent se former et être performant dans la prise en charge de l'AE problématique. Une formation entièrement axée sur l'AE devrait être mise en place, afin d'uniformiser et de permettre une meilleure compréhension de ce sujet. Une autre pourrait se concentrer sur les outils et méthodes

pouvant être utilisés pour la prise en charge des patient·e·s souffrant d'AE problématique. Il serait, selon nous, également pertinent d'adapter la formation sur l'alimentation intuitive proposée en ligne par Tribole E et Resch E (185), afin d'en proposer une équivalence en français. Enfin, nous estimons qu'il serait avantageux de mettre en place des groupes de diététicien·ne·s spécialisé·e·s en AE, afin de discuter et partager spécifiquement des connaissances et des compétences adéquates à la prise en charge de patient·e·s souffrant de ce comportement alimentaire.

Finalement, afin d'améliorer la visibilité de la profession et la qualité des informations disponibles au sujet de la nutrition, nous estimons qu'il serait adéquat que les diététicien·ne·s s'impliquent davantage sur les réseaux sociaux et sur internet, par exemple à travers des blogs, des vidéos YouTube, des publications sur Instagram ou sur TikTok.

10. Conclusion

De nombreuses·x diététicien·ne·s sont confronté·e·s au sujet de l'AE lors de leurs prises en charge de patient·e·s en surpoids ou obèses. Ce travail nous a permis d'identifier les méthodes efficaces à l'amélioration de ce comportement alimentaire et utilisables par ces professionnel·le·s de la santé.

La plupart des résultats que nous avons relevés concordent avec les résultats de quatre revues systématiques portant sur l'AE, nous permettant d'affirmer que certaines méthodes efficaces pour diminuer l'AE problématique correspondent aux compétences et connaissances des diététicien·ne·s acquises lors de la formation HES en Suisse romande. Ces méthodes comprennent la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement, et la thérapie comportementale dialectique associée à la pleine conscience.

Cela étant, nous avons pu confirmer la légitimité des diététicien·ne·s dans la prise en charge de l'AE, de par leur exposition à une patientèle sujette à ce comportement et grâce à la diversité des outils et méthodes qu'elles·ils acquièrent lors de la formation HES. De plus, les diététicien·ne·s que nous avons interrogé·e·s dans ce travail ont tous·tes relevé respecter leurs limites et avoir recours à l'interprofessionnalité lorsqu'elles étaient atteintes, ce qui confirme leur aptitude à prendre en charge les patient·e·s souffrant d'AE dans le respect de la déontologie.

Ce travail nous a également permis de réaliser que la notion d'AE manque encore d'uniformité dans la littérature, et que des études supplémentaires sont nécessaires pour en clarifier la définition, la prévention, les traitements, la prise en charge et les liens avec diverses problématiques, telles que les TCA, l'insatisfaction corporelle ou la restriction cognitive.

Pour conclure, nous estimons qu'il est nécessaire que de futurs travaux soient réalisés afin de développer et clarifier des questionnaires de dépistage de l'AE adéquats, des protocoles de prise en charge, ainsi que des outils, méthodes et formations disponibles et accessibles pour les diététicien·ne·s. En parallèle, nous estimons qu'il serait enrichissant de développer des groupes de pratiques spécialisés sur le sujet de l'AE, permettant ainsi un échange de connaissances et de compétences, ainsi qu'une mise à jour continue.

11. Références

1. Macht M, Simons G. Emotional Eating. Dans: Nyklíček I, Vingerhoets A, Zeelenberg M, directeurs. *Emotion Regulation and Well-Being*. New York, NY: Springer New York; 2011. doi:10.1007/978-1-4419-6953-8_17
2. Schiltz L, Brytek-Matera A. Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'Évolution Psychiatrique*. 2013;78(4):625-40. doi: 10.1016/j.evopsy.2013.02.008
3. Rahme C, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Hallit R, Salameh P, et al. Emotional eating among Lebanese adults: scale validation, prevalence and correlates. *Eat Weight Disord*. 2021;26(4):1069-78. doi:10.1007/s40519-020-01001-7
4. Mas M, Brindisi MC, Chambaron S. Facteurs socio-économiques, psychologiques et environnementaux de l'obésité : vers une meilleure compréhension pour de nouvelles perspectives d'action. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2021;56(4):208-19. doi: 10.1016/j.cnd.2021.06.001
5. Keränen A-M, Rasinaho E, Hakko H, Savolainen M, Lindeman S. Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia. *Appetite*. 2010;55(3):726-9. doi: 10.1016/j.appet.2010.08.012
6. Romain AJ, Avignon A, Macioce V, Boegner C, Attalin A, A S. Patterns of eating behavior in people with severe obesity seeking weight loss treatment: An exploratory study. *Appetite*. 2022;169:105797. doi: 10.1016/j.appet.2021.105797
7. Berthoz S. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. *European Psychiatry*. 2015;30(8):S29-30. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.088
8. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [En ligne]. 2020 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
9. Office fédéral de la santé publique OFSP. Surpoids et obésité [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas.html>
10. Tribollet E, Resch E. *L'alimentation intuitive : La méthode anti-régime*. Paris: Leduc; 2023
11. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*. 2015;26(1):1-26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781
12. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DTD. Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Pers Soc Psychol Bull*. 2010;36(6):792-804. doi:10.1177/0146167210371383
13. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1-11. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.002
14. Jaramillo Loaiza D, Pataky Z. La nourriture et les circuits de la récompense [En ligne]. 2020 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/5780-la-nourriture-et-les-circuits-de-la-recompense>
15. Coppin G, Sander D, Golay A, Pataky Z. Circuits de la récompense alimentaire chez les patients obèses. *Rev Med Suisse*. 2018;4(599):612-614. doi: 10.53738/REVMED.2018.14.599.0612
16. Guilford Press. Todd F. Heatherton [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.guilford.com/author/Todd-F-Heatherton>
17. Roy F. Baumeister. Roy F. Baumeister: Professor of Psychology | School of Psychology – University of Queensland [En ligne]. 2019 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://roybaumeister.com/>
18. Baumeister RF, Heatherton TF, Tice DM. *Losing control: how and why people fail at self-regulation*. San Diego: Academic Press; 2006

19. Baumeister RF, Heatherton TF. Self-Regulation Failure: An Overview. *Psychological Inquiry*. 1996;7(1):1-15. doi: 10.1207/s15327965pli0701_1
20. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*. 1991;110(1):86-108. doi: 10.1037/0033-2909.110.1.86
21. Godet A, Fortier A, Bannier E, Coquery N, Val-Laillet D. Interactions between emotions and eating behaviors: Main issues, neuroimaging contributions, and innovative preventive or corrective strategies. *Rev Endocr Metab Disord*. 2022;23(4):807–831. doi: 10.1007/s11154-021-09700-x
22. Munsch S, Meyer AH, Quartier V, Wilhelm FH. Binge eating in binge eating disorder: A breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research*. 2012;195(3):118-24. doi: 10.1016/j.psychres.2011.07.016
23. Zermati JP. *Maigrir sans régime*. Paris: O. Jacob; 2011
24. Julien Sweerts S. Vers un modèle psychologique explicatif du surpoids et de l'obésité, et contribution à l'évaluation d'une prise en charge triaxiale comprenant la restriction cognitive, l'alimentation émotionnelle et l'acceptation. *Bulletin de psychologie*. 2020; 3-4(567-568):213-217. doi: 10.3917/bupsy.567.0213
25. Perrot M. La restriction cognitive ou comment les régimes font grossir. *Médecine*. 2016;12(3):128-134. doi: [10.1684/med.2016.36](https://doi.org/10.1684/med.2016.36)
26. Etiévant P, Bellisle F, Dallongeville J, Etilé F, Guichard E, Padilla M, et al. Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Rapport de l'expertise scientifique collective [En ligne]. 2010 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02182263>
27. Tan M, Zgoulli Y, Carrard I, Kruseman M. P032: Prévention de l'obésité : un poids lourd pour la restriction cognitive. « Quelle est l'influence des campagnes de prévention nutritionnelle contre le surpoids et l'obésité sur la restriction cognitive chez les adultes ayant un IMC normal ? ». *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2014;28:84-85. doi: 10.1016/S0985-0562(14)70675-2
28. Obrecht L, Sánchez I. Redonner confiance aux patient-e-s avec l'alimentation intuitive. *NutrilInfo* [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023];(2):10-11. Disponible sur: https://svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2023/03/NutrilInfo_2-2023_DEFINITIV.pdf
29. Julien Sweerts S, Apfeldorfer G, Kureta-Vanoli K, Romo L. Les thérapies émotionnelles dans les problématiques de surpoids ou d'obésité. *L'Encéphale*. 2019;45(3):263-70. doi: 10.1016/j.encep.2019.02.009
30. Menneteau U. Respecter un triple équilibre grâce au goût [En ligne]. 2021 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.gros.org/respecter-un-triple-equilibre-grace-au-gout>
31. Anorexie et boulimie Québec. Manger ses émotions ou hyperphagie boulimique ? [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://anebquebec.com/troubles-alimentaires/hyperphagieboulimique#:~:text=Manger%20ses%20%C3%A9motions%20peut%20%C3%AAtre,de%20d%C3%A9velopper%20un%20trouble%20alimentaire.>
32. Camilleri GM, Méjean C, Bellisle F, Andreeva VA, Kesse-Guyot E, Hercberg S, et al. Intuitive Eating Dimensions Were Differently Associated with Food Intake in the General Population–Based NutriNet-Santé Study. *The Journal of Nutrition*. 2017;147(1):61-69. doi: 10.3945/jn.116.234088
33. Camilleri GM, Méjean C, Bellisle F, Andreeva VA, Kesse-Guyot E, Hercberg S, et al. Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study: Intuitive Eating and Weight Status. *Obesity*. 2016;24(5):1154-1161. doi: 10.1002/oby.21440
34. Carrard I, Rothen S, Rodgers RF. Body image concerns and intuitive eating in older women. *Appetite*. 2021;164:105275. doi: 10.1016/j.appet.2021.105275
35. Denny KN, Loth K, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*. 2013;60:13-9. doi: 10.1016/j.appet.2012.09.029

36. Léna Bourdier. Affectivité et alimentation : étude de leurs liens au travers des concepts d'alimentation émotionnelle et d'addiction à l'alimentation [Thèse de Doctorat en ligne]. Nanterre: Université Paris Nanterre; 2017 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100142/2017PA100142.pdf>
37. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*. 1985;29(1):71-83. doi: 10.1016/0022-3999(85)90010-8
38. Lluch A, Kahn J, Stricker-Krongrad A, Ziegler O, Drouin P, Méjean L. Internal validation of a French version of the Dutch eating behaviour questionnaire. *European Psychiatry*. 1996;11(4):198-203. doi: 10.1016/0924-9338(96)88391-X
39. Arnow B, Kenardy J, Agras W. The Emotional Eating Scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International journal of eating disorders*. 1995;18:79-90. doi: 10.1002/1098-108X(199507)18:3.0.CO;2-V
40. Tylka TL, Kroon Van Diest AM. The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*. 2013;60(1):137-153. doi: 10.1037/a0030893
41. Cathelain S, Brunault P, Ballon N, Réveillère C, Courtois R. L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. *La Presse Médicale*. 2016;45(12):1154-1163. doi: 10.1016/j.lpm.2016.03.014
42. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015
43. Organisation mondiale de la santé. Obésité [En ligne]. 2022 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
44. Inserm. Obésité - Une maladie des tissus adipeux [En ligne]. 2019 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
45. Giusti V, Panchaud M. Profil psychologique du patient obèse *Rev Med Suisse* [En ligne]. 2007 [cité le 19 décembre 2022];7(105):846–849. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-105/profil-psychologique-du-patient-obese>
46. Cohen R, Newton-John T, Slater A. The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. *J Health Psychol*. 2021;26(13):2365-2373. doi: 10.1177/1359105320912450
47. Promotion Santé Suisse. Image corporelle saine – Healthy Body Image [En ligne]. 2013 [cité le 26 juin 2023]. Disponible sur: https://promotionsante.ch/sites/default/files/2022-10/Document_de_travail_003_PSCH_2013-03_-_Healthy_Body_Image.pdf
48. Favre L, Pataky Z. Obésité : comprendre la maladie, la traiter, mais surtout la prévenir. *Revue Médicale Suisse*. 2023;18(819):543-544. doi: 10.53738/REVMED.2023.19.819.543
49. Bichsel N. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev Med Suisse*. 2017;3(551):478–481. doi:10.53738/REVMED.2017.13.551.0478
50. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*. 2007;23(2):347-58. doi:10.1093/her/cym052
51. Latner JD, O'Brien KS, Durso LE, Brinkman LA, MacDonald T. Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes*. 2008;32(7):1145-1152. doi:10.1038/ijo.2008.53
52. Dergham M. Solenne Carof (2021), Grossophobie : sociologie d'une discrimination invisible, Éditions de la maison des sciences de l'homme. Les cahiers de la LCD. 2022;15(1):131-136. doi: 10.3917/clcd.015.0131
53. Hugol-Gential C. Les assiettes et les corps sur Instagram : diffusion des normes de santé et diététiques. 2022;58(1):105-24. doi: 10.4000/edc.14403

54. de Saint Pol T. Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaisons européennes. *Population & Sociétés*. 2009;455(4):1-4. doi: 10.3917/popsoc.455.0001
55. Rumsey N, Persson M, Yager Z, Diedrichs P, Harcourt D, Moss T. Theoretical Report: The incidence & impact of appearance dissatisfaction: What do we know? 2015.
56. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie*. 2010;Numéro 509(5):321-34. doi:10.3917/bupsy.509.0321
57. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;53(5):985-93. doi:10.1016/S0022-3999(02)00488-9
58. Doré C. L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2017;129(2):18-26. doi:10.3917/rsi.129.0018
59. Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008
60. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):611-27. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004
61. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941-64. doi: 10.1038/oby.2008.636
62. Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. Weight-Based Victimization Toward Overweight Adolescents: Observations and Reactions of Peers. *Journal of School Health*. 2011;81(11):696-703. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00646.x
63. Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, Schäffeler N, Zahn C, Wessel D, et al. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):525. doi: 10.1186/1471-2458-12-525
64. O'Brien KS, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C, Griva K, et al. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. *Appetite*. 2016;102:70-6. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.032
65. Attia E, Walsh BT. Introduction aux troubles du comportement alimentaire [En ligne]. 2022 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/introduction-aux-troubles-du-comportement-alimentaire>
66. CAMH. Troubles des conduites alimentaires [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/troubles-des-conduites-alimentaires>
67. Office fédéral de la santé publique OFSP. Troubles alimentaires [En ligne]. 2022 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html>
68. Laszcz MA, Keegan E, Cruchet L, Bernard P, Sala L, Gorwood P, et al. Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2023; doi: 10.1016/j.amp.2023.03.008
69. Shankland R. Les troubles du comportement alimentaire. Malakoff: Dunod; 2020
70. Léonard T, Foulon C, Guelfi JD. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*. 2005;2(2):96-127. doi: 10.1016/j.emcps.2005.03.002
71. Paz LD. Le poids des émotions dans les troubles du comportement alimentaire [Travail de Master en ligne]. Lausanne: Université de Lausanne. 2020 [cité le 26 juin 2023]. Disponible sur: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_30565.P001/REF
72. Carrard I, Kruseman M, Chappuis M, Schmutz N, Volery M. Un outil pour évaluer les comportements alimentaires : ESSCA. *Rev Med Suisse*. 2016;511:591-596.

- Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-511/un-outil-pour-evaluer-les-comportements-alimentaires-essca>
73. Loustric AC. Evaluation pondérale à un an des patients obèses après une prise en charge proposant un programme pluridisciplinaire d'éducation thérapeutique au Centre de l'Obésité Bernard Descottes à Saint-Yrieix-la-Perche. [Thèse de Doctorat en ligne]. Limoges: Université de Limoges; 2015 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-107463>
 74. Jeanne N. L'alimentation émotionnelle: scores permettant de l'évaluer [Présentation PowerPoint en ligne]. 2020 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://csohn.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/44/2020/11/Alimentation-emotionnelle-scores-pour-levaluer.pdf>
 75. Brunault P, Gaillard P, Ballon N, Couet C, Isnard P, Cook S, et al. Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *L'Encéphale*. 2016;42(5):426-433. doi: 10.1016/j.encep.2016.02.009
 76. Raoux M. Le questionnaire B.I.T.E (Bulimic Investigatory Test Edinburgh): utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'hyperphagie boulimique et de la boulimie nerveuse chez les patients diabétiques de type 2. [Thèse de Doctorat en ligne]. Marseille: Aix-Marseille Université. 2019 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02390581>
 77. Mekui CA, Weber K. Troubles du comportement alimentaire et prise en charge en hôpital de jour psychiatrique. *Rev Med Suisse* [En ligne]. 2015 [cité 24 juin 2023];461:406-8. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-461/troubles-du-comportement-alimentaire-et-prise-en-charge-en-hopital-de-jour-psychiatrique>
 78. Hôpitaux Universitaires Genève. Espaces de soins pour les troubles du comportement alimentaire [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/psychiatrie-de-liaison-et-dintervention-de-crise/escal>
 79. CHUV Département de psychiatrie. Consultation spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire (TCA) [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/consultation-specialisee-dans-les-troubles-du-comportement-alimentaire-tca>
 80. Jahnichen L, Rousselle A, Accart C, Pepin C, Pronnier Y, Andrieux S, et al. Impact d'un programme de soins pluridisciplinaire de psychoéducation et de thérapie cognitivo-comportementale combinées, chez des patientes en hospitalisation de jour de groupe pour prise en charge d'un TCA restrictif, boulimique ou mixte. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2023;37(2):e28. doi: 10.1016/j.nupar.2023.03.045
 81. Ozier AD, Henry BW. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*. 2011;111(8):1236-1241. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.016
 82. The European Federation of the Associations of Dietitians EFAD. Definition of a dietitian [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.efad.org/definition-of-a-dietitian/>
 83. Haute école de santé Genève. Nutrition et diététique [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/formation/bachelor/nutrition-et-dietetique>
 84. Association suisse des diététicien-ne-s ASDD. Diététicien-ne ASDD [En ligne]. 2017 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2016/11/svde_pro_image_12s_FR_V2.pdf
 85. Mahlstein A, Weishaupt E. Statistique professionnelle sur les diététicien-ne-s en Suisse – résultats 2017 [En ligne]. 2018 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2019/01/2018-10-31_Publication_Statistique_professionnelle_2017.pdf

86. Association suisse des diététicien-ne-s ASDD. Le métier de diététicien-ne [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://svde-asdd.ch/fr/dieteticien-ne-comme-profession/>
87. Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Plan d'études cadre 2022 Bachelor of Science HES-SO en Nutrition et diététique [En ligne]. 2022 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/DIET/Reglements/pec_2022_nutrition_et_dietetique_def.pdf
88. Haute Ecole de Santé Genève. Education thérapeutique du patient (2) [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/DIET/Modules/2021-2022/BSc2_20/nd_s3_2101_etp2_21-22.pdf
89. Swissuniversities, Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Domaine Santé : Bachelor HES-SO [En ligne]. 2019 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.hes-so.ch/fileadmin/documents/HES-SO/Documents_HES-SO/pdf/Bachelor/BROCHURE_Bachelor_Sante_2020.PDF
90. Haute Ecole de Santé Genève. Fondements de la pratique clinique [En ligne]. 2021 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/sites/heds/files/2023-03/fondements%20de%20la%20pratique%20clinique%2021-22.pdf>
91. Haute Ecole de Santé Genève. Obésité et troubles du comportement alimentaire (TCA) [En ligne]. 2023 [cité le 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/sites/heds/files/2023-03/ob%C3%A9sit%C3%A9%20et%20troubles%20du%20comportement%20alimentaire%20%28TCA%29%2022-23.pdf92>
92. Schoumacher G. Prise en charge de l'obésité modérée à sévère: identification des freins à un suivi dédié par le médecin généraliste, le point de vue des patients [Thèse de Doctorat en ligne]. Nancy: Faculté de médecine de Nancy; 2019 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297699/document>
93. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions. *Annals of Internal Medicine*. 1997;126(5):337-416. doi: 10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006
94. Hemingway P, Brereton N. What is a systematic review? [En ligne]. 2009 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/Syst-review.pdf>
95. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [En ligne]. 2013 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
96. Office fédéral de la santé publique OFSP. IMC et tour de taille chez les adultes en Suisse. [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-koerpergewicht-bewegung/faktenblatt_bmi_und_taillenumfang_bei_erwachsenen_in_der_schweiz.pdf.download.pdf/Fiche%20d'information%20IMC%20et%20tour%20de%20taille%20chez%20les%20adultes%20en%20Suisse.pdf
97. Haute école de santé Genève. Bases de données [En ligne]. [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/centre-documentation/outils-documentaires/bases-donnees>
98. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools [En ligne]. [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
99. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053

100. Association suisse des Commissions d'éthique de la recherche. swissethics [En ligne]. 2022 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://swissethics.ch/fr/>
101. Association suisse des diététicien·ne·s. Code d'éthique professionnelle des diététicien-ne-s suisses [En ligne]. 2011 [cité le 9 décembre 2021]. Disponible sur: <https://svde-asdd.ch/fr/profession/ethique-professionnelle-et-deontologie/>
102. Association suisse des diététicien·ne·s. Code de déontologie [En ligne]. 2016 [cité le 14 décembre 2022]. Disponible sur: https://svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2016/10/Code-de-d%C3%A9ontologie_ASDD_F.pdf
103. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. PRISMA Flow Diagram [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
104. Christaki E, Kokkinos A, Costarelli V, Alexopoulos EC, Chrousos GP, Darviri C. Stress management can facilitate weight loss in Greek overweight and obese women: a pilot study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2013;26(s1):132-139. doi: 10.1111/jhn.12086
105. Goldbacher E, La Grotte C, Komaroff E, Vander Veur S, Foster GD. An initial evaluation of a weight loss intervention for individuals who engage in emotional eating. *J Behav Med*. 2016;39(1):139-150. doi: 10.1007/s10865-015-9678-6
106. Houben K, Dassen FCM, Jansen A. Taking control: Working memory training in overweight individuals increases self-regulation of food intake. *Appetite*. 2016;105:567-574. doi: 10.1016/j.appet.2016.06.029
107. Cancian ACM, de Souza LAS, Liboni RPA, Machado W de L, Oliveira M da S. Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study. *Eat Weight Disord*. 2019;24(6):1099-1111. doi: 10.1007/s40519-017-0461-2
108. Järvelä-Reijonen E, Karhunen L, Sairanen E, Muotka J, Lindroos S, Laitinen J, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15:22. doi: 10.1186/s12966-018-0654-8
109. Simos DS, Kokkinos A, Tentolouris N, Dimosthenopoulos C, Mantzou E, Artemiadis A et al. Pythagorean self-awareness intervention: A novel cognitive stress management technique for body weight control. *European Journal of Clinical Investigation*. 2019;49(10): e13164. doi : 10.1111/eci.13164
110. Sampaio CVS, Magnavita G, Ladeia AM. Effect of Healing Meditation on stress and eating behavior in overweight and obese women: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021;45:101468. doi: 10.1016/j.ctcp.2021.101468
111. Potts S, Krafft J, Levin ME. A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma. *Behavior Modification*. 2020;46(1):178-201. doi: 10.1177/0145445520975112
112. Mueller J, Richards R, Jones RA, Whittle F, Woolston J, Stubbings M, et al. Supporting Weight Management during COVID-19 (SWiM-C): twelve-month follow-up of a randomised controlled trial of a web-based, ACT-based, guided self-help intervention. *Int J Obes (Lond)*. 2023;47(1):51-59. doi: 10.1038/s41366-022-01232-x
113. Morillo-Sarto H, López-del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, Modrego-Alarcón M, Barceló-Soler A, Borao L, et al. 'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *Eur Eat Disord Rev*. 2023;31(2):303-19. doi: 10.1002/erv.2958
114. Seznec JC. Chapitre 1. Présentation générale de l'ACT. Dans: ACT : applications thérapeutiques. 2015:2-35. doi: 10.3917/dunod.sezne.2015.01.0002
115. La gestion du stress [En ligne]. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: https://form-ts.be/fileadmin/media/FR/4.OUTILS/Fiches_soft_skills/La_gestion_du_stress.pdf

116. Association pour le Développement de la Mindfulness. Qu'est-ce que la Pleine Conscience ? [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/quest-ce-que-la-mindfulness.php>
117. Roeser C, Glasser L. La pleine conscience au cœur de l'alimentation et de sa vie [En ligne]. 2018 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://ceed-diabete.org/blog/la-pleine-conscience-au-coeur-de-l'alimentation-et-de-sa-vie/>
118. Cabinet de Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) à Paris. La Thérapie Comportementale Dialectique (TCD [En ligne]. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.tcc-paris.com/therapie-comportementale-dialectique-tcd/>
119. Prada P, Guenot F, Charbon P, Kolly S, Perroud N Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline. Rev Med Suisse [En ligne]. 2015 [cité le 8 juillet 2023];1(486)1686-1690. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-486/therapies-actuelles-du-trouble-de-personnalite-borderline>
120. Guimpel B. Analyse Fonctionnelle. [En ligne]. [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.psy-comportementaliste.fr/psychotherapie/analyse-fonctionnelle/>
121. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. Balance décisionnelle [En ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/06/i2.pdf>
122. Blog Eric Favre | Sport Nutrition Expert. Pourquoi Tenir Un Journal Alimentaire ? [En ligne]. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.ericfavre.com/lifestyle/journal-alimentaire/>
123. Pernet S. Gérer ses émotions avec les colonnes de Beck [En ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.relaxationdynamique.fr/gerer-ses-emotions-avec-les-colonnes-de-beck/>
124. Neveu C. 3. La défusion cognitive [En ligne]. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: https://contextualscience.org/3_la_defusion_cognitive#
125. M'sallem K. Les stades du changement selon Prochaska et DiClemente. [En ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://cliniqueaddiction.com/les-stades-du-changement-selon-prochaska-et-diclemente/>
126. Schori D. Apprendre à méditer plus facilement [En ligne]. 2021 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.helsana.ch/fr/blog/psyche/pleine-conscience/meditation.html>
127. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. 12. Qu'est-ce qu'une métaphore ?. Hypnose. [En ligne]. 2016 [cité le 8 juillet 2023]: 69-72. Disponible sur: <https://www.cairn.info/hypnose--9782100746071-p-69.htm>
128. Cungi C. Note ID. Faire face à la dépression [En ligne]. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/sites/default/files/imce/378/Conf%C3%A9rences/190911%201159k%20Ch%20Cungi%20...Faire%20face%20%C3%A0%20la%20d%C3%A9pression.pdf>
129. Apprendre les TCC. La méthode des 4 R [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/la-methode-des-4r.html>
130. Liratni M. Chapitre 4. Techniques d'entretien favorisant l'alliance thérapeutique. Adapter la thérapie ACT pour les enfants, les adolescents et leurs parents. [En ligne]. 2021 [cité le 8 juillet 2023]:148-157. Disponible sur: <https://www.cairn.info/adapter-la-therapie-act-pour-les-enfants-les-adolescents-et-leurs-parents--9782100820894-p-148.htm>
131. Bebloom - Free yourself. Roue des émotions Adultes [En ligne]. 2017 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://bebloom.ch/produit/roue-des-emotions-adultes/>
132. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy. EDK; 2010;49(4):317-26. doi: 10.1051/pps/2010494317
133. Phaneuf M. L'alliance thérapeutique comme instrument de soins [En ligne]. 2016 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>

134. 4 grands principes de l'E.M. [Présentation PowerPoint en ligne]. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <http://courspsycho2011.free.fr/JeuDi2Avril/2-%20Principes%20de%20l%92EM.pdf>
135. Lietaer G. Acceptation / Considération positive inconditionnelle [En ligne]. [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.afpacp.fr/textes/doc087.pdf>
136. Linternaute. Déculpabiliser [En ligne]. 2023 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/deculpabiliser/>
137. Hôpitaux Universitaires Genève. Centre d'éducation thérapeutique du patient [En ligne]. 2022 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/centre-education-therapeutique-du-patient>
138. Hôpitaux Universitaires Genève. L'entretien motivationnel [En ligne]. 2022 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>
139. Molière F. Aide (relation d'). Dans: Les concepts en sciences infirmières. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. doi: 10.3917/arsi.forma.2012.01.0061
140. Qare. Thérapie cognitivo-comportementale : que permet-elle de résoudre ? [En ligne]. 2022 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.qare.fr/sante/psychotherapie/therapie-cognitivo-comportementale/>
141. Escavador. Cynthia Vieira Sanches Sampaio [En ligne]. 2022 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.escavador.com/sobre/5703762/cynthia-vieira-sanches-sampaio>
142. Universidad Zaragoza. Morillo Sarto, Héctor [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://sideral.unizar.es/sideral/CV/hector-morillo-sarto>
143. University of Cambridge. Dr Julia Mueller [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.mrc-epid.cam.ac.uk/people/julia-mueller/>
144. UEFConnect. Elina Järvelä-Reijonen. [En ligne]. [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://uefconnect.uef.fi/henkilo/elina.jarvela-reijonen/>
145. Psychologist Locator. Sarah Potts [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://locator.apa.org/profile/sarah-potts>
146. Collaborative Family Healthcare Association. Partnership Health Center [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.integratedcarenews.com/sites/partnership-health-center/>
147. Scinapse. Edie Goldbacher [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.scinapse.io/authors/2035401185>
148. Escavador. Ana Carolina Maciel Cancian [En ligne]. 2022 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.escavador.com/sobre/4954747/ana-carolina-maciel-cancian>
149. Maastricht University. Katrijn Houben (K.M.P.I.) [En ligne]. [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.maastrichtuniversity.nl/nl/kmpi-houben>
150. ResearchGate. Dimitrios Simos [En ligne]. 2023 [cité le 5 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.researchgate.net/profile/Dimitrios-Simos>
151. Migneault S. Qu'est-ce que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)? [En ligne]. 2021 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.stephanemigneault.com/blog/act-tcc>
152. Doctonat. Thérapie Comportementale Dialectique [En ligne]. 2021 [cité le 9 juillet 2023]. Disponible sur: <https://doctonat.com/therapie-comportementale-dialectique/>
153. Smith J, Ang XQ, Giles EL, Traviss-Turner G. Emotional Eating Interventions for Adults Living with Overweight or Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health. Int J Environ Res Public Health; 2023;20(3). doi: 10.3390/ijerph20032722
154. Chew HSJ, Lau ST, Lau Y. Weight-loss interventions for improving emotional eating among adults with high body mass index: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. Eur Eat Disord Rev. 2022;30(4):304-327. doi: 10.1002/erv.2906

155. Hensley-Hackett K, Bosker J, Keefe A, Reidlinger D, Warner M, D'Arcy A, et al. Intuitive Eating Intervention and Diet Quality in Adults: A Systematic Literature Review. *J Nutr Educ Behav*. 2022;54(12):1099-1115. doi: 10.1016/j.jneb.2022.08.008
156. Chew HSJ, Chng S, Rajasegaran NN, Choy KH, Chong YY. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviours and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2023;28(1):6. doi: 10.1007/s40519-023-01535-6
157. Iturbe I, Echeburúa E, Maiz E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2022;29(3):837-856. doi: 10.1002/cpp.2695
158. Markwald RR, Melanson EL, Smith MR, Higgins J, Perreault L, Eckel RH, et al. Impact of insufficient sleep on total daily energy expenditure, food intake, and weight gain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*; 2013;110(14):5695-5700. doi: 10.1073/pnas.1216951110
159. Julien Sweerts S, Zebdi R, Romo L, Fouques D. Fonctions exécutives versus alimentation intuitive. *Pratiques en nutrition*. 2019;15(58):28-29. doi: 10.1016/j.pranut.2019.03.007
160. Annesi JJ, Marengo N, McEwen K. Psychosocial predictors of emotional eating and their weight-loss treatment-induced changes in women with obesity. *Eat Weight Disord*. 2016;21(2):289-295. doi: 10.1007/s40519-015-0209-9
161. Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN et al. Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity*. 2012;18(4):725-735. doi: 10.1038/oby.2009.281
162. Mason C, de Dieu Tapsoba J, Duggan C, Wang C-Y, Alfano CM, McTiernan A. Eating behaviors and weight loss outcomes in a 12-month randomized trial of diet and/or exercise intervention in postmenopausal women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2019;16(1):113. doi: 10.1186/s12966-019-0887-1
163. Ford T, Lee H, Jeon M. The emotional eating and negative food relationship experiences of obese and overweight adults. *Soc Work Health Care*. 2017;56(6):488-504. doi: 10.1080/00981389.2017.1301620
164. Reichenberger J, Schnepfer R, Arend AK, Blechert J. Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proceedings of the Nutrition Society [En ligne]*. 2020[cité le 8 juillet 2023];79(3):290–299. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/emotional-eating-in-healthy-individuals-and-patients-with-an-eating-disorder-evidence-from-psychometric-experimental-and-naturalistic-studies/971ADF9FDF616EB6A7CCAACD76F68493>
165. Julien Sweerts S, Apfeldorfer G, Romo L, Kureta-Vanoli K. Treat or Enhance Cognitive Restraint in Individuals Suffering from Overweight or Obesity? Systematic Review of the Literature Methods Definition of Cognitive Restraint. 2016. doi: 10.15226/2374-6874/3/1/00125
166. Di Vetta V, Szymanski J, Clarisse M, Giusti V. Lorsque le patient obèse ne perd pas de poids ou continue à en prendre.... *Rev Med Suisse [En ligne]*. 2012 [cité le 19 décembre 2022];2(334):673–677. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-334/lorsque-le-patient-obese-ne-perd-pas-de-poids-ou-continue-a-en-prendre>
167. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement [En ligne]. 2010 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>

168. Andrieux S, Peyrodie C, Bulle G, Jankowski V, Behal H. Troubles du comportement alimentaire de l'obésité sévère : une prévalence trop sous-estimée. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2023;37(2):e28-9. doi: 10.1016/j.nupar.2023.03.046
169. La Clinique E-Santé. TCA : 11 astuces pour arrêter de manger ses émotions [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/tca/arreter-manger-ses-emotions>
170. Devaux G. L'alimentation émotionnelle : définition et solutions [En ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.auparadisduthe.com/blog/alimentation-emotionnelle-definition-et-solutions/>
171. Mon complément bien-être. Comment gérer l'alimentation émotionnelle ? [En ligne]. 2022. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.moncomplementbienetre.com/conseils-bien-etre/stabilite-emotionnelle/comment-gerer-l-alimentation-emotionnelle/>
172. Muula. Bien comprendre l'alimentation émotionnelle en 5 points [En ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.muula.ca/bien-comprendre-l-alimentation-emotionnelle-5-points/>
173. Métamorphose, éveille ta conscience. #30 Julie Rogeon : Libérez vous de l'alimentation émotionnelle [Vidéo en ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ex0vODzEXmY>
174. Chloé Bloom. Comment gérer les pulsions alimentaires ? L'alimentation émotionnelle [Vidéo en ligne]. 2019 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=ja2_9kU83o4
175. Elyane C. 🍷 Nourriture émotionnelle, comment arrêter définitivement X [Vidéo en ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=i-fTneYzYlw>
176. Wellso. L'alimentation émotionnelle : on vous dit TOUT ! [Vidéo en ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=8GuEDKCKRoY>
177. Julien Sweerts S, Romo L, Gonthier C, Fouques D. Overweight or obesity management by therapists of the obesity and overweight think thank group (G.R.O.S.). Pilot study comparing its effects with standard nutritional management. *European Review of Applied Psychology*. 2020;70(2):100522. doi: 10.1016/j.erap.2020.100522
178. Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. Formations d'approfondissement 2023 [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.gros.org/formations-dapprofondissement-2023>
179. UniDistance Suisse. CAS en Alimentation et comportement [En ligne]. 2023 [cité le 27 juillet 2023]. Disponible sur: <https://unidistance.ch/psychologie/formation-continue/cas-alimentation-et-comportement>
180. Université de Genève. CAS - Stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique [En ligne]. 2023. [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/formcont/cours/castcc>
181. P-ACT. Formations en thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) [En ligne]. 2016 [cité le 14 juillet 2023]. Disponible sur: <http://p-act.org/formationsact>
182. Institut Français de Formations. La Thérapie d'Acceptation et d'Engagement [En ligne]. 2023 [cité le 14 juillet 2023]. Disponible sur: <https://act-institut.com/>
183. Mind-Eat. Programmes Manger en pleine conscience [En ligne]. 2023 [cité le 14 juillet 2023]. Disponible sur: <https://mind-eat.fr/>
184. Université de Genève. CAS - Interventions basées sur la pleine conscience (Mindfulness Based Interventions) [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/formcont/cours/CASpleineconscience>
185. The Original Intuitive Eating Pros. How to Become a Certified Intuitive Eating Counselor or Lay Facilitator. [En ligne]. 2019 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <http://www.intuitiveeating.org/about-us/how-to-become-a-certified-intuitive-eating-counselor-or-lay-facilitator/>

186. HES-SO Numérique. Une image corporelle positive pour toutes et tous : comprendre et agir [En ligne]. 2022 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://numerique.hes-so.ch/?redirect=0&cid=222>
187. HES-SO Valais-Wallis. CAS HES-SO en Art et techniques hypnotiques, dans les domaines de la santé et du travail social [En ligne]. 2023 [cité le 14 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.hevs.ch/fr/autres-formations/cas-hes-so-en-art-et-techniques-hypnotiques-dans-les-domaines-de-la-sante-et-du-travail-social-1715>
188. Collège PNL. Formations [En ligne]. 2023 [cité le 14 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.pnl.ch/college-pnl/formations/>
189. Human & Health Center. PNL [En ligne]. 2023 [cité le 14 juillet 2023]. Disponible sur: <https://hhc-formations.ch/formation-en-pnl-valais-suisse/>
190. Association suisse des diététicien-ne-s ASDD. Devenir membre [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://svde-asdd.ch/fr/adhesion/devenir-membre/>
191. Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. Pourquoi devenir membre ? [En ligne]. 2023 [cité le 8 juillet 2023]. Disponible sur: <https://www.gros.org/pourquoi-devenir-membre>

12. Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des scores de l'alimentation émotionnelle les plus retrouvés dans la littérature, issu de la thèse de Léna Bourdier

(36)

Questionnaire	Items /Dimensions	Valence émotions	Modalités réponses	Caractéristiques
Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ): Sous-échelle « Désinhibition alimentaire » (1)*	3 items (parmi les 16 items de la sous-échelle « Désinhibition alimentaire »)	Négative	Vrai/Faux	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions.
Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18): Sous-échelle « Alimentation émotionnelle » (2)*	3 items	Négative	1 (<i>Tout à fait vrai</i>) à 4 (<i>Tout à fait faux</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions.
Three-Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ-R21): Sous-échelle « Alimentation émotionnelle » (3)	6 items	Négative	1 (<i>Tout à fait vrai</i>) à 4 (<i>Tout à fait faux</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions.
Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ): Sous-échelle « Alimentation émotionnelle » (4)*	13 items dont 9 évaluant des émotions clairement « identifiées » et 4 évaluant des émotions plus « diffuses ».	Négative	1 (<i>Jamais</i>) à 5 (<i>Très souvent</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue le « <i>désir de manger</i> » et non directement la consommation alimentaire.
Emotional Eating Scale (EES) (5)	25 items répartis en 3 sous-dimensions : - Colère/frustration (n=11) - Anxiété (n=9) - Dépression (n=5)	Négative	1 (Aucun désir de manger) à 5 (<i>Envie irrépressible de manger</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue le « <i>désir de manger</i> » et non directement la consommation alimentaire.
Emotional Eating Scale-2 (EES-2) (6)	34 items répartis en 4 sous-dimensions : - Colère (n=6) - Anxiété (n=5) - Humeur positive (n=11) - Dépression (n=12)	Négative Positive	1 (Intense diminution du désir de manger) à 5 (<i>Envie irrépressible de manger</i>)	- Évalue la tendance à manger <i>moins</i> et/ou à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue le « <i>désir de manger</i> » et non directement la consommation alimentaire.
Emotional Overeating Questionnaire (EOQ) (7)	6 émotions (5 négatives et 1 positive) présentées en lettres majuscules, suivies de deux ou trois synonymes entre parenthèses	Négative Positive	0 (<i>Aucun jour</i>) à 6 (<i>Tous les jours</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue la <i>fréquence</i> du recours à l'alimentation émotionnelle sur les 28 derniers jours.
Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ) (8)*	22 items répartis en 4 sous-dimensions : - Émotions négatives (n=9) - Émotions positives (n=5) - Situations négatives (n=5) - Situations positives (n=3)	Négative Positive	1 (<i>Beaucoup moins</i>) à 9 (<i>Beaucoup plus</i>)	- Évalue la tendance à manger <i>moins</i> et/ou à manger <i>plus</i> en réponse à des états émotionnels et des situations émotionnelles.
Intuitive Eating Scale-2 (IES-2): Sous-échelle « Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles » (9)*	8 items	Négative	1 (<i>Pas du tout d'accord</i>) à 5 (<i>Tout à fait d'accord</i>)	- Sous-échelle d'alimentation émotionnelle inversée : évalue la tendance à manger en réponse aux signaux internes de faim plutôt qu'en réponse aux émotions.

Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-V de trouble de l'usage d'une substance autre

(42)

Troubles liés à une substance autre (ou inconnue)

Trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
Intoxication par une substance autre (ou inconnue)
Sevrage d'une substance autre (ou inconnue)
Troubles induits par une substance autre (ou inconnue)
Trouble lié à une substance autre (ou inconnue) non spécifié

Trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique d'une substance psychoactive autre que l'alcool, la caféine, le cannabis, un hallucinogène (phencyclidine et autres), une substance inhalée, un opiacé, un sédatif, un hypnotique ou un anxiolytique, une substance stimulante ou le tabac, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes observées au cours d'une période de 12 mois :
1. La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.
 5. Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
 6. Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
 8. Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement.
 9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
 11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (*cf.* les critères A et B du sevrage d'une substance autre [ou inconnue] p. 749).
 - b. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Annexe 3 : Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires

(166)



Figure 1. Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires

Annexe 4 : Récapitulatif des différents TCA selon le DSM-5

(42)

Troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés	
Pica	Ingestion de substances non alimentaires, de manière répétée et continue pendant au moins un mois, et de façon suffisamment sévère pour nécessiter une prise en charge clinique.
Mérycisme	Régurgitation répétée de nourriture qui survient après un repas pendant une période d'au moins un mois.
Trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement	Restriction ou évitement de prises alimentaires manifesté par des apports nutritionnels ou oraux insuffisants.
Anorexie mentale	Trois caractéristiques : restriction prolongée des apports énergétiques, peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, et altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps.
Boulimie	Trois caractéristiques : survenue récurrente d'accès hyperphagiques (de glotonnerie), comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, et estime de soi influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
Accès hyperphagiques (binge eating disorder)	Survenue fréquente d'épisodes d'accès hyperphagique et quantifié à au moins une fois par semaine pendant au moins trois mois.

Autres trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifiés	
Anorexie mentale atypique	L'entièreté des critères de l'anorexie mentale sont remplis, sauf le poids de la personne qui se trouve dans les normes ou au-dessus. Cependant, ce trouble recense une importante perte de poids.
Boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée	L'entièreté des critères de la boulimie sont remplis, sauf celui de la fréquence et/ou celui de la durée. En effet, les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins de trois mois
Accès hyperphagiques de faible fréquence et/ou de durée limitée	Tous les critères du trouble accès hyperphagiques sont remplis, mais les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, moins d'une fois par mois et/ou pendant moins de trois mois.
Trouble purgatif	Comportement purgatif récurrent visant à influencer le poids ou la forme du corps en l'absence d'accès hyperphagiques.
Syndrome d'alimentation nocturne	Episodes récurrents d'alimentation nocturne, se manifestant par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommation excessive de nourriture après le repas du soir.

Troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifiés
Tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble concernant l'alimentation ou l'ingestion d'aliments. Ce trouble provoque de la détresse ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant les critères d'aucun des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre.

Annexe 5 : Critères diagnostiques du DSM-V des accès hyperphagiques (« binge-eating disorder »)

(42)

454

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

répondant aux critères d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité (le plus souvent la personnalité borderline) (Herpertz-Dahlmann 2009 ; Marques et al. 2011 ; Swanson et al. 2011 ; Woodside et Staab 2006).

Accès hyperphagiques (binge-eating disorder)

Critères diagnostiques **307.51 (F50.8)**

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (*binge-eating*). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :
1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- C. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) entraînent une détresse marquée.
- D. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- E. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Spécifier si :

En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée.

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

Spécifier la sévérité actuelle :

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

Léger : 1-3 accès hyperphagiques par semaine.

Moyen : 4-7 accès hyperphagiques par semaine.

Grave : 8-13 accès hyperphagiques par semaine.

Extrême : ≥ 14 accès hyperphagiques par semaine.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle de ce trouble est la survenue récurrente d'accès hyperphagiques (de gloutonnerie), en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois (critère D). Un accès hyperphagique (de gloutonnerie) (*binge-eating*) est défini par l'absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement

supérieure à ce que la plupart des individus absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances (critère A1). Le contexte dans lequel se passe la prise alimentaire doit permettre au clinicien d'évaluer si l'absorption est excessive. Par exemple, une quantité de nourriture qui serait considérée comme excessive pour un repas banal peut être considérée comme normale lors d'un repas de fête. Une « période de temps limitée » désigne habituellement une durée inférieure à 2 heures. Une même crise ne se produit pas nécessairement dans un seul lieu. Par exemple, une personne peut commencer une crise au restaurant et continuer à manger à son retour chez elle. Le grignotage continu de petites quantités de nourriture pendant toute la journée ne doit pas être considéré comme une crise de boulimie.

Pour être considérée comme un accès hyperphagique (de gloutonnerie), l'absorption excessive de nourriture doit être accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle (critère A2). Un indicateur de perte de contrôle est l'incapacité à se retenir ou à arrêter de manger après avoir commencé. Certaines personnes décrivent un état de dissociation, pendant ou au décours des accès hyperphagiques. La perte de contrôle associée aux accès hyperphagiques peut être incomplète ; par exemple, une personne peut continuer sa crise alors que le téléphone sonne mais l'arrêter si son conjoint ou quelqu'un d'autre entre à l'improviste dans la pièce. Certains patients expliquent parfois que ce n'est plus un sentiment aigu de perte de contrôle qui accompagne la survenue des accès hyperphagiques mais plutôt un mode plus général d'alimentation incontrôlée. Si les individus disent avoir renoncé à contrôler leur alimentation, on doit considérer que la perte de contrôle est avérée. Les accès hyperphagiques peuvent parfois être planifiés.

Le type d'aliments absorbés pendant les crises varie selon les personnes mais aussi chez un même individu. Les accès hyperphagiques se caractérisent davantage par la quantité d'aliments absorbés que par une envie impérieuse (*craving*) particulière pour tel ou tel type de nutriments.

Les accès hyperphagiques sont caractérisés par une détresse intense (critère C) et au moins trois des caractéristiques suivantes : manger beaucoup plus rapidement que la normale, manger jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale, manger de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim, manger seul par gêne vis-à-vis des autres par rapport aux quantités absorbées, se sentir ensuite dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable (critère B).

Typiquement, les personnes souffrant d'accès hyperphagiques éprouvent de la honte quant à leurs problèmes alimentaires et tentent de dissimuler leurs symptômes. Les crises surviennent habituellement en secret, ou de façon aussi discrète que possible. L'accès fait le plus souvent suite à des affects négatifs. D'autres éléments déclenchants comprennent les tensions interpersonnelles, les régimes restrictifs, les pensées négatives ayant trait au poids, à l'apparence corporelle et à la nourriture, et l'ennui. Les accès peuvent atténuer ou réduire les facteurs déclenchants à court terme, mais une autodépréciation et une humeur dépressive peuvent en être les conséquences tardives.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Ce trouble affecte les individus à poids normal ou en surpoids, et les patients obèses (Striegel-Moore et Franko 2008). Il est régulièrement associé au surpoids ou à l'obésité chez les personnes consultant en vue d'une prise en charge. Cependant les accès hyperphagiques sont distincts de l'obésité. La plupart des patients obèses ne présentent pas d'accès hyperphagiques récurrents. De plus, comparés aux personnes obèses sans accès hyperphagiques, dans les études sur le comportement alimentaire, celles qui en souffrent absorbent plus de calories et présentent un retentissement fonctionnel plus important, une qualité de vie moindre, une plus grande détresse personnelle, et une plus grande comorbidité psychiatrique (Wonderlich et al. 2009).

Annexe 6 : Complications des TCA

Complications somatiques et psychologiques de la dénutrition

(70)

Complications cardiovasculaires
<ul style="list-style-type: none"> • Hypotension, bradycardie • Altérations de l'électrocardiogramme • Atrophie ventriculaire, prolapsus mitral
Complications digestives
<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement de la vidange gastrique, du transit œsophagien • Constipation • Hépatite • Hypercholestérolémie
Complications hématologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Leucopénie, thrombopénie • Anémie par carence martiale et/ou vitaminique • Très rares complications infectieuses
Complications cutanées
<ul style="list-style-type: none"> • Lanugo, coloration orangée des plis
Complications du système nerveux central et musculaire
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatation ventriculaire et atrophies corticales • Diminution des performances aux épreuves d'attention, de perception visuo-spatiale et de mémoire • Altérations non spécifiques à l'électroencéphalogramme • Très rares crises épileptiques • Faiblesse et atrophie musculaires • Altération de la fonction respiratoire par déficience du diaphragme
Complications psychologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Labilité émotionnelle • Irritabilité • Humeur dépressive • Troubles anxieux • Conduites de stockage • Idées fixes alimentaires

Complications électrolytiques
<ul style="list-style-type: none"> • Hypophosphorémie • Hypocalcémie
Complications endocriniennes et métaboliques
<ul style="list-style-type: none"> • Hypothermie • Œdèmes de renutrition • Hypoglycémie • Aménorrhée secondaire à une malnutrition, déficit en œstrogène • Troubles de la fertilité • Élévation du taux basal de growth hormone, de cortisolémie, altération de suppression par dexaméthasone • Syndrome de T₃ basse • Ostéopénie, ostéoporose

Complications des TCA avec vomissement et abus de laxatifs et/ou diurétiques

(70)

Complications générales
<ul style="list-style-type: none"> • Parotidomégalie et hyperamylasémie • Érosion de l'émail dentaire • Œsophagite, saignements dans les vomissements • Hypokaliémie • Hyponatrémie • Alcalose métabolique • Arythmie secondaire à une hypokaliémie • Cardiomyopathie iatrogène à l'Ipéca • Insuffisance rénale • Paralysie de côlon, mélanose • Callosités sur dos de la main

Annexe 7 : Récapitulatif des rôles et des responsabilités des diététicien·ne·s dans la prise en charge de personnes souffrant d'un TCA

(81)

Évaluation nutritionnelle
Identifier les problèmes nutritionnels liés à une condition médicale ou physique, incluant les symptômes de TCA et les TCA.
Intervention nutritionnelle
Surveiller et calculer les apports en énergie et en macronutriments réels et attendus pour établir les objectifs au niveau du poids, de la composition corporelle et de la santé. Guider la fixation d'objectifs pour normaliser les habitudes alimentaires en vue d'une réhabilitation nutritionnelle et d'un rétablissement ou d'un maintien du poids.
Surveillance et réévaluation nutritionnelle
Surveiller les apports en nutriments et ajuster si nécessaire.
Coordination des soins
Conseiller l'équipe sur les protocoles visant à maximiser la tolérance du régime alimentaire ou des recommandations nutritionnelles, donner des conseils sur les suppléments afin d'assurer une absorption maximale, minimiser les interactions entre les médicaments et les nutriments, et si besoin orienter les patients vers la poursuite des soins.
Spécialisation
Rechercher une formation spécialisée dans d'autres techniques de conseil, telles que la TCC, la thérapie comportementale dialectique et l'entretien motivationnel.

Annexe 8 : Grille d'analyse de « The Joanna Briggs Institute » pour les essais contrôlés randomisés

Internal Validity		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Were outcomes measured in a reliable way		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to participant retention						
10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Statistical Conclusion Validity						
		Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
11	Were participants analysed in the groups to which they were randomized?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Was appropriate statistical analysis used?					
13	Was the trial design appropriate and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Include: <input type="checkbox"/> Exclude: <input type="checkbox"/> Seek Further Info: <input type="checkbox"/>						
Comments:						

Table 3 – The JBI Critical Appraisal Tool for RCTs

Annexe 9 : Déroulement de l'entretien et grille de question

PRÉSENTATION

- Prénoms, étudiantes en 3ème année de BSc en diététique et nutrition
- Intérêt pour le "côté psychothérapeutique" dans les prises en charge en lien avec l'aspect nutritionnel
- Déjà effectué les 3 des stages en lien avec l'obésité et/ou la psychothérapie
 - Solène : Centre de l'Enfance et de la Famille avec Patricia Nanchen, Vérolle
 - Sabrina : Hôpital de l'Enfance à Lausanne et AliNEA (= Alimentation et Nutrition chez l'Enfant et l'Adolescent) lors du stage au HUG en pédiatrie
 - Evolena : CCNP (Centre de Consultations Nutrition et Psychothérapie) avec Hélène Macke et Magali Volery

DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN

- Durée 1h
- Déroulement :
 - 1) Contexte de notre travail de Bachelor, Q de recherche, but de l'entretien
 - 2) Éthique et confidentialité
 - 3) Questions sur la base d'une grille d'entretien préparée en amont
 - 4) Remerciements

REMISE EN CONTEXTE DE L'ENTRETIEN

- Cadre du TB : travail de fin de Bachelor, projet encadré par la Haute École de Santé de Genève
- Q de recherche : « Chez les adultes en surpoids et/ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent améliorer la gestion de leur alimentation émotionnelle ? Parmi celles-ci, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ? »
- Population : surpoids ou obésité, sans diagnostic de TCA de type anorexie et boulimie
- But de l'entretien : comparer la théorie des articles scientifiques à la pratique lors de prise en charge d'une alimentation émotionnelle

ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ

- Étude menée par nous trois, étudiantes de la filière Nutrition et Diététique
- Étude non financée
- Rappel du droit de refuser ou d'interrompre les entretiens à tout moment, pour quelconques raisons et du droit de refuser de répondre à certaines questions si elles·ils estiment que cela va à l'encontre de leurs principes.
- Confidentialité et anonymisation respectées concernant de l'identité et le lieu de pratique, sauf si elles·ils désirent être cité·e·s dans le travail.
- Personnes tenues informées lorsque notre projet sera terminé. Un exemplaire de notre Travail de Bachelor en version électronique leur sera transmis.
- Demande d'enregistrement (et droit à l'image si entretien à distance) : dans le but de retranscrire l'entretien. Ces enregistrements seront conservés en sécurité et préservés de l'accès de tiers non autorisés. Ils seront, par la suite, détruits afin de ne pas divulguer les informations confidentielles. Les données transcrites seront gardées sous format anonymisé pour la réalisation du travail et une copie sera remise à la filière de Nutrition et Diététique de la Haute École de Santé de Genève, afin d'avoir un contrôle de l'école
- Consentement final pour l'interview, demander si elles·ils ont des questions

QUESTIONS

- À l'aide de la grille d'entretien

REMERCIEMENTS

- Demander l'adresse mail à laquelle on enverra l'exemplaire du TB
- Donner le cadeau de remerciement

MATÉRIEL NÉCESSAIRE :

- Support audio pour les enregistrements
- Grille d'entretien
- Cadeau de remerciement

GRILLE D'ENTRETIEN

N°	Questions :	Relances :
1	Quel est votre parcours de formation ?	<p>Avez-vous fait des formations continues, des spécialisations dans le domaine ou des formations supérieures type CAS, DAS, MAS ?</p> <p>Des formations dans d'autres domaines que la nutrition et diététique ?</p> <p>Pour quelles raisons avez-vous choisi d'effectuer ces formations complémentaires ? Quel était votre objectif ?</p>
2	Quel est votre parcours professionnel ?	Dans quels lieux avez-vous travaillé ?
3	Pouvez-vous nous décrire votre lieu de travail actuel ?	Quelles sont vos responsabilités dans cet établissement ? Et votre marge de manœuvre en termes d'indépendance/ de liberté ?
4	Comment définiriez-vous l'alimentation émotionnelle ?	D'où tirez-vous cette définition ? Avez-vous des ouvrages de référence / des guidelines ?
5	Afin d'illustrer votre pratique, pouvez-vous nous raconter votre dernier cas de prise en charge d'alimentation émotionnelle ?	

6	Utilisez-vous des scores pour poser un diagnostic d'alimentation émotionnelle ?	Si oui, lesquels ? Si non, comment faites-vous pour repérer une alimentation émotionnelle chez un·e patient·e ?
7	Quels sont les caractéristiques de votre patientèle souffrant d'alimentation émotionnelle? Quelles sont les caractéristiques alimentaires les plus visibles en lien avec cette problématique chez vos patient·e·s ? (grignotages, fringales, ...) A-t-elle des spécificités ? (Âge, sexe, mode de vie, image corporelle, estime de soi, ...) A-t-elle des pathologies associées ? Des symptômes particuliers ?	Si associé à des troubles psychologiques, quelle est la prise en charge effectuée (interprofessionnalité, ...) ?
8	Quelles méthodes et quels outils utilisez-vous lors de la prise en charge de patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle ?	Suivez-vous un protocole théorique ? Sur quoi basez-vous votre intervention (guideline, société savante, expérience personnelle) ?
9	Avez-vous l'impression d'avoir des outils adéquats pour prendre en charge les patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle ?	Auriez-vous besoin d'outils supplémentaires ? Si oui, quel type d'outils ?
10	Avez-vous le sentiment d'être assez formé·e pour prendre en charge des patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle ?	Si non, avez-vous des possibilités d'approfondir vos connaissances et compétences pour ce domaine ? Par quel moyen ? Si oui, grâce à quelles formations ? Est-ce que la formation de base de diététicien·ne HES apporte suffisamment de compétences et connaissances pour prendre en charge cette patientèle ? Qu'est-ce qu'il faudrait inclure dans la formation de diététicien·ne HES pour qu'à la sortie des études, les nouveaux·elles diététicien·ne·s soient prêts à prendre en charge des patients souffrant d'AE ?

11	Si vous en constatez, quelles sont, selon vous, les limites dans la prise en charge de l'alimentation émotionnelle par un·e diététicien·e en termes de compétences, rôle... ?	Que pouvez-vous faire si vous atteignez ces limites ? Quelles sont vos ressources ?
12	Vous arrive-t-il de solliciter d'autres professionnel·le·s dans la prise en charge des patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle ?	Si oui, quels types de professionnel·le·s ? Redirigez-vous parfois ce type de patient·e·s ? A qui, et dans quelles situations ? Interprofessionnalité en interne de l'établissement ou en externe ?

JUSTIFICATION DES QUESTIONS

Les questions 1 et 2 ont pour but d'apprendre à connaître la personne interviewée en termes de profession et de formation. Elles ont pour but, avec la question 3 explorant le lieu de travail, de nous aider à comprendre le contexte général de l'interview.

La question 4 vise à nous informer des connaissances de la personne interviewée sur la définition de l'alimentation émotionnelle, afin d'explorer son point de vue.

La question 5 permettra d'illustrer la pratique de la personne interviewée lorsqu'elle prend en charge un·e patient·e souffrant d'alimentation émotionnelle.

La question 6 précise les méthodes permettant le diagnostic de l'alimentation émotionnelle en pratique.

La question 7 vise à relever les différentes caractéristiques de la patientèle de la personne interviewée.

La question 8 a pour but de faire ressortir les outils et méthodes utilisés dans la pratique, afin d'assurer la prise en charge de l'alimentation émotionnelle.

Les questions 9 et 10 cherchent à faire ressortir d'éventuelles lacunes dans les outils existants et la formation des diététicien·ne·s face à cette problématique.

Enfin, les questions 11 et 12 visent à mettre en lumière les limites de la prise en charge de l'alimentation émotionnelle par un·e diététicien·ne et d'explorer la place de l'interprofessionnalité dans cette situation.

Annexe 11 : Tableaux récapitulatifs de la première sélection

Articles gardés lors de la première sélection

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet
Evolena	PubMed	Impact of early time-restricted eating on diet quality, meal frequency, appetite, and eating behaviors: A randomized trial	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36575143/
Evolena	PubMed	Supporting Weight Management during COVID-19 (SWiM-C): twelve-month follow-up of a randomised controlled trial of a web-based, ACT-based, guided self-help intervention	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36369513/
Evolena	PubMed	Intuitive eating in general aspects of eating behaviors in individuals with obesity: Randomized clinical trial	Binge Eating Scale and Three Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871931/
Evolena	PubMed	Type of Physical Training and Selected Aspects of Psychological Functioning of Women with Obesity: A Randomised Trial	The Three-Factor Eating Questionnaire-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444714/
Evolena Solène	PubMed Cinahl	Effect of Healing Meditation on stress and eating behavior in overweight and obese women: A randomized clinical trial	the Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352597/
Solène	PubMed	A combined mindfulness-prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating	Dutch Eating Behavior Questionnaire Intuitive Eating Scale-2	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30570305/
Solène Sabrina	PubMed Cinahl	Taking control: Working memory training in overweight individuals increases self-regulation of food intake	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349707/
Solène Sabrina	PubMed Cinhal	Mindful decision making and inhibitory control training as complementary means to decrease snack consumption	Three-Factor Eating Questionnaire Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083129/

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet
Solène Solène	PubMed PsycINFO	A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients	EES Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26990279/
Solène Solène	PubMed PsycINFO	An initial evaluation of a weight loss intervention for individuals who engage in emotional eating	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26341357/
Solène Sabrina	PubMed Cinhal	Indirect effects of exercise on emotional eating through psychological predictors of weight loss in women	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26184339/
Solène	PubMed	Lifestyle intervention has a beneficial effect on eating behavior and long-term weight loss in obese adults	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26112229/
Solène Solène	PubMed PsycINFO	Consumption of thylakoid-rich spinach extract reduces hunger, increases satiety and reduces cravings for palatable food in overweight women	TFEQR18-V2 questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25895695/
Evolena Solène	PubMed Cinahl	A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma	the Dutch Eating Behavior Questionnaire Emotional Eating	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33251823/
Evolena Evolena	PubMed Psycinfo	Eating behaviors and weight loss outcomes in a 12-month randomized trial of diet and/or exercise intervention in postmenopausal women	The revised 18-item Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31775800/
Evolena	PubMed	Efficacy of a mindful-eating programme to reduce emotional eating in patients suffering from overweight or obesity in primary care settings: a cluster-randomised trial protocol	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) Mindful eating (Mindful Eating Scale)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753880/
Evolena	PubMed	Pythagorean self-awareness intervention: A novel cognitive stress management technique for body weight control	Dutch Eating Behaviour Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421060/
Evolena	PubMed	Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study	The Emotional Eating Scale (EES)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29197947/

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet
Evolena	PubMed	Relationship of Emotional Eating and Mood Changes Through Self-Regulation Within Three Behavioral Treatments for Obesity	The Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180790/
Sabrina Evolena	PubMed Cinhal	The mind your health project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23666772/
Sabrina	PubMed	Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265404/
Sabrina	PubMed	The effects of the dopamine D ₃ receptor antagonist GSK598809 on attentional bias to palatable food cues in overweight and obese subjects	TFEQ-R18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21745436/
Sabrina	PubMed	Effect of weight loss intervention on the association between eating behaviour measured by TFEQ-18 and dietary intake in adults	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20955744/
Sabrina	PubMed	Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20801180/
Sabrina	PubMed	The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20149955/
Solène	Cinahl	'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial.	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36397211/
Solène	Cinahl	The effect of a web-based psychoeducation on emotional functioning, eating behaviors, and body image among premenopausal women with excess body weight.	Three-Factor Eating Questionnaire Mindful Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175237/
Solène	Cinahl	A Randomized Pilot Study of a Phone-Based Mindfulness and Weight Loss Program	Internal Disinhibition subscale of the Eating Inventory The Binge Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985151/

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet
Evolena	Psycinfo	Effects of food-related behavioral activation therapy on eating styles, diet quality and body weight change: Results from the MoodFOOD randomized clinical trial.	Three Factor Eating Questionnaire Revised	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32798835/
Solène	PsycINFO	The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: A randomized controlled trial.	TFEQ-R18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29482636/
Solène	PsycINFO	Food for thought: A randomised controlled trial of emotional freedom techniques and cognitive behavioural therapy in the treatment of food cravings.	Food Craving Inventory Revised Restraint Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27140673/
Solène	PsycINFO	Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the SHINE randomized controlled trial.	The 9-item Reward-based Eating Drive (RED) scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26867697/
Solène	PsycINFO	Emotional eating is associated with weight loss success among adults enrolled in a weight loss program	Three Factor Eating Questionnaire-Revised	Analyse d'un RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26931635/
Solène	PsycINFO	Acute responses to opioidergic blockade as a biomarker of hedonic eating among obese women enrolled in a mindfulness-based weight loss intervention trial.	The 13-item Emotional Eating subscale of the Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25931433/
Sabrina	PsycINFO	Computer-delivered intervention for individuals with obesity and elevated anxiety sensitivity: feasibility, acceptability, and initial test	The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)	RCT	https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506073.2021.2018487?tab=permissions&scroll=top
Sabrina	PsycINFO	Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) Binge Eating Scale (BES)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35753441/
Sabrina	PsycINFO	Rethinking emotional eating: Retrospective and momentary indices of emotional eating represent distinct constructs	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666321005110
Sabrina	PsycINFO	A 1-day acceptance and commitment therapy workshop leads to reductions in emotional eating in adults	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31541426/

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet
Solène Sabrina	PubMed Cinahl	Psychosocial predictors of emotional eating and their weight-loss treatment-induced changes in women with obesity	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26233235/
Evolena Solène Evolena	PubMed Cinahl Psycinfo	The Effect of Motivational Interviewing on Women with Overweight and Obesity Before Conception	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32591267/
Sabrina Evolena	PubMed Cinhal	Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial	Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ R-21)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25147733/
Sabrina Solène	PubMed PsycINFO	Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19696752/
Solène	PsycINFO	Stress management can facilitate weight loss in Greek overweight and obese women: A pilot study.	Dutch Eating Behaviour Questionnaire	Etude pilote RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23627835/
Sabrina	PsycINFO	Habitual behavior as a mediator between food-related behavioral activation and change in symptoms of depression in the MooDFOOD trial.	18-item Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18)	RCT	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702620979785

Articles exclus lors de la première sélection

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Evolena	PubMed	The Role of Physical Activity in Long-term Weight Loss: 36-month Results From a Randomized Controlled Trial	? pas indiqué dans l'abstract et pas accès à l'article	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35640225/	N'évalue pas l'impact de l'AP sur l'AE mais sur la perte de poids
Evolena	PubMed	The Impact of Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health Distress and Disordered Eating Among Bariatric Surgery Patients During COVID-19: Preliminary Results from a Multisite Randomized Controlled Trial	Emotional Eating Scale (EES)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35218006/	Chirurgie bariatrique
Evolena	PubMed	Characteristics of Active Duty Service Members Referred to the Navy's Weight-Management Program	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34910186/	Pas tous le bon BMI
Evolena	PubMed	The INTER-ACT E-Health Supported Lifestyle Intervention Improves Postpartum Food Intake and Eating Behavior, but Not Physical Activity and Sedentary Behavior-A Randomized Controlled Trial	Three Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33919758/	Post-partum
Evolena	PubMed	Lipidemic Profile Changes over a Two-Year Intervention Period: Who Benefited Most from the Feel4Diabetes Program?	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33291645/	Population pas uniquement obésité et surpoids, cherche impact sur profile lipidique et pas sur AE
Evolena	PubMed	Eating Behavior, Physical Activity and Exercise Training: A Randomized Controlled Trial in Young Healthy Adults	Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33260423/	Population avec IMC à 24,95 +/- 4,57 kg/m2 (pas surpoids et obésité)
Solène	PubMed	Uncontrolled Eating during Pregnancy Predicts Fetal Growth: The Healthy Mom Zone Trial	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31010102/	Effet de l'alimentation de la mère durant la grossesse sur le développement du fœtus
Solène	PubMed	Effectiveness of a brief behavioural intervention to prevent weight gain over the Christmas holiday period: randomised controlled trial	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30530821/	Intervention comportementale pour prévenir la prise de poids pendant les fêtes

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Solène Sabrina	PubMed Cinhal	Preventing Childhood Obesity Through a Mindfulness-Based Parent Stress Intervention: A Randomized Pilot Study	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30241766/	Prévention de l'obésité chez l'enfant en intervenant sur les parents
Solène Sabrina	PubMed Cinhal	Benefits for African American and white low-income 7-10-year-old children and their parents taught together in a community-based weight management program in the rural southeastern United States	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30200925/	Comparaison des interventions pour la gestion de poids chez les personnes afro-américaines et chez les personnes blanches à faible revenu
Solène	PubMed	Patient-Reported Outcome Measures 2 Years After Standard and Distal Gastric Bypass-a Double-Blind Randomized Controlled Trial	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28865057/	chirurgie bariatrique
Solène	PubMed	Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor Sitagliptin Prevented Weight Regain in Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome Previously Treated with Liraglutide: A Pilot Randomized Study	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064743/	Femmes obèses atteintes du syndrome des ovaires polykystiques
Solène	PubMed	A Pilot Study on Telephone Cognitive Behavioral Therapy for Patients Six-Months Post-Bariatric Surgery	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27491293/	chirurgie bariatrique
Solène	PubMed	A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27670865/	chirurgie bariatrique
Solène	PubMed	Relationships of cognitive load on eating and weight-related behaviors of young adults	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26826647/	Mesure de la relation entre la charge cognitive et les comportements liés au surpoids, tels que l'AE et BMI pas dans nos critères
Solène	PubMed	Emotional eating is associated with increased brain responses to food-cues and reduced sensitivity to GLP-1 receptor activation	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26331843/	AE associée à des réponses cérébrales altérées aux signaux alimentaires et une diminution de la sensibilité aux effets centraux de l'activation des récepteurs GLP-1

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Solène	PubMed	The impact of psychological support on weight loss post weight loss surgery: a randomised control trial	pas cherché, car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25200170/	chirurgie bariatrique
Evolena	PubMed	A Pilot Study of a Videoconferencing-Based Binge Eating Disorder Program in Overweight or Obese Females	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32503392/	Binge Eating Disorder
Evolena Evolena	PubMed Psycinfo	Moderators of two dual eating disorder and obesity prevention programs	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31005674/	BMI= 23,5, SD 2,5
Sabrina	PubMed	Determinants of weight loss success utilizing a meal replacement plan and/or exercise, in overweight and obese adults with asthma	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25366866/	Perte de poids chez adultes en surpoids ou obèses souffrant d'asthme
Sabrina	PubMed	The Effects of a Hatha Yoga Intervention on Facets of Distress Tolerance	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25952547/	Population : toutes femmes ayant une AE
Sabrina	PubMed	Effect of consecutive intragastric balloon (BIB®) plus diet versus single BIB® plus diet on eating disorders not otherwise specified (EDNOS) in obese patients	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23881346/	Patients avec ballon intragastrique
Sabrina	PubMed	Gastrointestinal function and eating behavior after gastric bypass and duodenal switch	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22951078/	patient avec pontage gastrique et switch duodénal
Sabrina	PubMed	The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment--study protocol	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22480247/	Chirurgie bariatrique
Sabrina	PubMed	The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22243980/	Effet sur la gestion du poids
Sabrina	PubMed	Diabetes prevention and control in the workplace: a pilot project for county employees	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21464685/	Améliorer la nutrition et l'activité physique des employés du comté et favoriser la perte de poids.
Sabrina	PubMed	Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20870000/	BED

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Evolena	Cinahl	Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating—a longitudinal experimental design.	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25787999/	Enfants
Evolena Sabrina	Cinahl PubMed	Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women.	Three-Factor Eating Behavior Questionnaire 18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22378728/	Pas d'intervention pour améliorer EA
Evolena	Psycinfo	Do stress eating or compulsive eating influence metabolic health in a mindfulness-based weight loss intervention?	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31724424/	Recherche effet du « stress eating » et « compulsive eating » sur métabolisme= pas dans le bon sens
Evolena	Psycinfo	Effect of a responsive parenting intervention on child emotional overeating is mediated by reduced maternal use of food to soothe: The INSIGHT RCT.	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32372570/	Enfants
Evolena	Psycinfo	Confirmatory factor analysis of the Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties-Revised (AAQW-R) in a United States sample of adults with overweight and obesity.	Pas cherché	clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32257780/	Pas un RCT
Evolena	Psycinfo	Acceptability and preliminary test of efficacy of the Mind Programme in women with breast cancer: An acceptance, mindfulness, and compassion-based intervention.	Pas cherché	clinical trial	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212144719301711	Pas un RCT
Evolena	Psycinfo	Physical activity rather than sedentary behaviour is socially determined in French adolescents with overweight and obesity.	Pas cherché	clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32097754/	Pas un RCT
Evolena	Psycinfo	Eating behavior and weight gain during pregnancy.	Three-Factor Eating Questionnaire	clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032810/	Grossesse, Pas RCT
Evolena	Psycinfo	Proof of concept trial for a new theory-based intervention to promote child and adult behavior change.	Pas cherché	RCT	https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-019-00061-0	Public : Enfants

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Evolena	Psycinfo	Effects of a mindfulness-based intervention on distress, weight gain, and glucose control for pregnant low-income women: A quasi-experimental trial using the ORBIT model	Pas cherché	quasi-experimental trial	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785577/	Femmes enceintes, pas RCT
Evolena	Psycinfo	Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map.	Pas cherché	Revue systématique	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6598008/	Pas RCT
Evolena	Psycinfo	The feasibility of a behavioral group intervention after weight-loss surgery: A randomized pilot trial	Pas cherché	randomized pilot study	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31634365/	Postoperative weight-loss surgery patients
Evolena	Psycinfo	A randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention on cardiovascular reactivity to social-evaluative threat among adults with obesity.	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32266044/	Pas de mention de score ni de lien avec AE
Evolena	Psycinfo	Ecological momentary assessment of using food to soothe during infancy in the INSIGHT trial.	Pas cherché	RCT	https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-019-0837-y	Utilisation de l'alimentation pour apaiser les bébés
Evolena	Psycinfo	Examining the effects of an eHealth intervention from infant age 6 to 12 months on child eating behaviors and maternal feeding practices one year after cessation: The Norwegian randomized controlled trial Early Food for Future Health.	?	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31442241/	Nouveaux-nés
Evolena	Psycinfo	Compulsive eating behaviors in Parkinson's disease.	?	Clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30715681/	Parkinson, pas RCT
Evolena	Psycinfo	Mindfulness-based intervention among patients with obesity and binge eating disorder: Preliminary results of the MindOb randomized controlled trial.	Three-Factor Eating Questionnaire R18	RCT	https://psycnet.apa.org/record/2019-11828-003	BED
Evolena	Psycinfo	Randomized trial of planning tools to reduce unhealthy snacking: Implications for health literacy.	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30653531/	Pas de mention d'AE
Evolena	Psycinfo	Psychological effects of belonging to a Facebook weight management group in overweight and obese adults: Results of a randomised controlled trial.	-	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29774616/	Pas de mention d'AE ni de score

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Evolena	Psycinfo	Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status.	21-item Three-Factor Eating Questionnaire	Clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30189878/	Pas un RCT
Evolena	Psycinfo	Binge eating and other eating-related problems in adolescents undergoing gastric bypass: Results from a Swedish nationwide study (AMOS).	Three Factor Eating Questionnaire	Clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29746881/	Bypass
Evolena	Psycinfo	Testing a mobile mindful eating intervention targeting craving-related eating: Feasibility and proof of concept.	?	Clinical trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28918456/	Pas un RCT
Solène	PsycINFO	INSIGHT responsive parenting intervention and infant feeding practices: Randomized clinical trial.	pas en lien avec AE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29986721/	en lien avec l'alimentation des nourrissons et l'obésité infantile
Solène	PsycINFO	Effectiveness of a healthy lifestyle intervention for chronic low back pain: A randomised controlled trial.	pas cherché car hors sujet	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528963/	Patients souffrant de lombalgie chronique
Solène	PsycINFO	Impact of the I2AO2 interdisciplinary program led by nursing on psychological comorbidity and quality of life: Randomized controlled clinical trial.	aucun en lien avec AE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29579523/	Ne parle pas d'AE
Solène	PsycINFO	The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial.	Difficulties in Emotion Regulation Scale Binge Eating Scale	RCT	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212657017300065	Patients diagnostiqués avec un BED
Solène	PsycINFO	Psychological status and weight variability over eight years: Results from Look AHEAD.	Pas en lien avec l'AE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29504788/	Patients avec diabète de type 2
Solène	PsycINFO	Behavioral weight loss intervention for migraine: A randomized controlled trial.	Pas en lien avec AE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29178659/	Lien perte de poids et migraines
Solène	PsycINFO	Patient predictors of weight loss following a behavioral weight management intervention among US veterans with severe obesity.	pas en lien avec AE	pas regardé comme pas AE	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28853051/	perte de poids chez les vétérans, pas de lien avec l'AE

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Solène	PsycINFO	Effects of a food-specific inhibition training in individuals with binge eating disorder-Findings from a randomized controlled proof-of-concept study.	Yale Food Addiction Scale Food Craving Questionnaire State-Reduced	Findings from a randomized controlled proof-of-concept study.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271453/	<patients diagnostiqués avec un BED
Solène	PsycINFO	Neurofeedback against binge eating: A randomized controlled trial in a female subclinical threshold sample	Pas en lien avec AE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121224/	Pas en lien avec AE
Solène	PsycINFO	Effects of a mindfulness-based weight loss intervention in adults with obesity: A randomized clinical trial.	Pas en lien avec AE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26955895/	Pas en lien avec AE
Solène	PsycINFO	Heated hatha yoga to target cortisol reactivity to stress and affective eating in women at risk for obesity-related illnesses: A randomized controlled trial.	Dutch Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26963599/	BMI aussi < 25 kg/m2
Solène	PsycINFO	Outcomes of neurofeedback training in childhood obesity management: A pilot study.	Three Factor Eating Questionnaire	Etude pilote	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25188371/	Obésité infantile
Solène	PsycINFO	The Active Balance Childhood Program for Improving Coping and Quality of Life in Chinese American Children	Pas cherché car hors sujet	Pas cherché car hors sujet	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20585223/	Enfant
Sabrina	PsycINFO	Three- and five-year follow-up results of a randomized controlled trial on the effects of cognitive behavioral therapy before bariatric surgery	Pas cherché	RCT	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10092022/	Chirurgie bariatrique
Sabrina	PsycINFO	Associations of somatic depressive symptoms with body mass index, systemic inflammation, and insulin resistance in primary care patients with depression	Pas cherché	?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36074315/	Pas de lien avec AE
Sabrina	PsycINFO	Patterns of eating behavior in people with severe obesity seeking weight loss treatment: An exploratory study	Pas cherché	Etude transversale	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34752827/	Identifier des profils d'individus, pas sur des interventions

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Sabrina	PsycINFO	Participants' experiences of mental health during a COVID-19 tailored ACT-based behavioural weight management intervention: A qualitative study	Pas cherché	étude qualitative	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36097888/	Pas RCT
Sabrina	PsycINFO	Correlates of interpersonal emotion regulation problems in loss of control eating (LOC) in youth: Study protocol of the combined online and App based questionnaire, laboratory and randomized controlled online intervention i-BEAT trial.	Pas cherché	?	https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-021-00690-8	BMI pas dans nos critères
Sabrina	PsycINFO	The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A pilot randomised wait-list control trial	Pas cherché	?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33407948/	BED
Sabrina	PsycINFO	Prospective relations between maternal emotional eating, feeding to soothe, and infant appetitive behaviors	Pas cherché	?	https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-021-01176-x	AE maternelle sur alimentation du nourrisson
Sabrina	PsycINFO	The role of parental depression during early childhood obesity treatment-Secondary findings from a randomized controlled trial	Pas cherché	RCT	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8243967/	Obésité infantile
Sabrina	PsycINFO	Internalized weight stigma and intuitive eating among stressed adults during a mindful yoga intervention: Associations with changes in mindfulness and self-compassion	Pas cherché	?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34868736/	BMI pas dans les critères
Sabrina	PsycINFO	Negative Mood and Food Craving Strength Among Women with Overweight: Implications for Targeting Mechanisms Using a Mindful Eating Intervention	-	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34584574/	Pas de questionnaires en lien avec l'AE
Sabrina	PsycINFO	Characterising binge eating over the course of a feasibility trial among individuals with binge eating disorder and bulimia nervosa	Pas cherché	?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33819528/	Prends en compte la boulimie
Sabrina	PsycINFO	Keeping weight off: Mindfulness-Based Stress Reduction alters amygdala functional connectivity during weight loss maintenance in a randomized control trial	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33428638/	Perte de poids

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Sabrina	PsycINFO	INSIGHT responsive parenting intervention effects on child appetite and maternal feeding practices through age 3 years	Pas cherché	?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33276013/	Alimentation des enfants
Sabrina	PsycINFO	The project COMPASS protocol: Optimizing mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for binge-eating spectrum disorders	Pas cherché	?	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23426	TCA
Sabrina	PsycINFO	Individual differences and moderating participant characteristics in the effect of reducing portion size on meal energy intake: Pooled analysis of three randomized controlled trials	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33227385/	BMI pas dans nos critères
Sabrina	PsycINFO	Pilot trial of acceptance-based behavioral weight loss and neurocognition among American Indians	Pas cherché	Essai pilote	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33622505/	Pas de groupe controle
Sabrina	PsycINFO	A lifestyle intervention randomized controlled trial in obese women with infertility improved body composition among those who experienced childhood adversity	Pas cherché	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32761731/	Ne parle pas d'AE
Sabrina	PsycINFO	Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: A controlled study	Pas cherché	?	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7285554/	La version originale de cet article contenait des erreurs
Sabrina	PsycINFO	Binge eating predicts adherence to digital self-monitoring during behavioral weight loss	Pas cherché	?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33157520/	Perte de poids
Sabrina Evolena	PubMed Cinahl	Development of a novel mindfulness and cognitive behavioral intervention for stress-eating: a comparative pilot study	Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire Emotion- and Stress-Related Eating subscale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25462029/	BMI pas dans nos critères
Sabrina Evolena Solène	PubMed Cinhal PsycINFO	Influence of eating behaviors on short-term weight loss by anorectic agent	DEBQ TFEQ	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24411757/	Influence des comportements alimentaires, donc de l'AE, sur la perte de poids et non d'une thérapie qui joue sur la gestion de l'AE

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Sabrina	PubMed	Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern	Dutch Eating Behaviour Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22265753/	IMC pas bon
Sabrina	PsycINFO	The efficacy of a transdiagnostic emotion regulation skills training in the treatment of binge-eating disorder—Results from a randomized controlled trial	Eating Disorder Examination Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35567309/	BED

Annexe 12 : Tableaux récapitulatifs de la deuxième sélection

Articles gardés lors de la deuxième sélection

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Intervention	Effet sur l'AE
Evolena	PubMed	Supporting Weight Management during COVID-19 (SWiM-C): twelve-month follow-up of a randomised controlled trial of a web-based, ACT-based, guided self-help intervention	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36369513/	Basé sur l'ACT	Oui
Evolena	PubMed Cinahl	Effect of Healing Meditation on stress and eating behavior in overweight and obese women: A randomized clinical trial	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352597/	Méditation	Oui
Evolena	PubMed Cinahl	A Pilot Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy Guided Self-Help for Overweight and Obese Adults High in Weight Self-Stigma	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33251823/	Livre d'auto-assistance ACT +/- conseils téléphoniques	Non
Evolena	PubMed	Pythagorean self-awareness intervention: A novel cognitive stress management technique for body weight control	Dutch Eating Behaviour Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421060/	Intervention cognitivo-comportementale de gestion du stress	Oui
Solène	PubMed Cinahl	Taking control: Working memory training in overweight individuals increases self-regulation of food intake	Dutch Eating Behaviour Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349707/	Travail sur mémoire de travail	Oui
Solène	PubMed PsycINFO	An initial evaluation of a weight loss intervention for individuals who engage in emotional eating	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26341357/	Traitement comportemental amélioré vs traitement comportemental standard	Oui, mais pas de différence entre les groupes
Evolena	Cinahl	'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial.	Dutch Eating Behaviour Questionnaire BITE	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36397211/	Pleine conscience	Oui

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Intervention	Effet sur l'AE
Sabrina	PubMed	Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study	Emotional Eating Scale (EES)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29197947/	Thérapie comportementale dialectique	Oui
Solène	PsycINFO	Stress management can facilitate weight loss in Greek overweight and obese women: A pilot study.	Dutch Eating Behaviour Questionnaire	Etude pilote RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23627835/	Programme de gestion du stress en plus du programme d'amaigrissement	Oui
Sabrina	PsycINFO	The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: A randomized controlled trial.	The Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18) The Intuitive Eating Scale (IES)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29482636/	Thérapie d'acceptation et d'engagement sur le comportement alimentaire	Oui

Articles exclus lors de la deuxième sélection

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Evolena	PubMed Cinhal	Mindful decision making and inhibitory control training as complementary means to decrease snack consumption	Three-Factor Eating Questionnaire Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27083129/	BMI pas toujours ≥ 25
Solène	PubMed	Impact of early time-restricted eating on diet quality, meal frequency, appetite, and eating behaviors: A randomized trial	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36575143/	Pas une intervention en elle-même qui pourrait aider à la gestion
Solène	PubMed PsycINFO	Consumption of thylakoid-rich spinach extract reduces hunger, increases satiety and reduces cravings for palatable food in overweight women	TFEQ18-V2	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25895695/	Poids normal également inclus
Solène	PubMed	Efficacy of a mindful-eating programme to reduce emotional eating in patients suffering from overweight or obesity in primary care settings: a cluster-randomised trial protocol	Dutch Eating Behaviour Questionnaire Mindful Eating Scale	Protocole	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753880/	Protocole d'une étude
Evolena	PubMed	Effect of weight loss intervention on the association between eating behaviour measured by TFEQ-18 and dietary intake in adults	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20955744/	Lien de l'AE sur la perte de poids et pas lien d'une intervention sur l'AE
Sabrina	PubMed	Lifestyle intervention has a beneficial effect on eating behavior and long-term weight loss in obese adults	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26112229/	Programme de perte de poids
Evolena	Psycinfo	Effects of food-related behavioral activation therapy on eating styles, diet quality and body weight change: Results from the MoodFOOD randomized clinical trial.	Three Factor Eating Questionnaire Revised	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32798835/	Axé sur la dépression
Sabrina	PubMed Psycinfo	Eating behaviors and weight loss outcomes in a 12-month randomized trial of diet and/or exercise intervention in postmenopausal women	The revised 18-item Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31775800/	Intervention axés sur une perte de poids

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Evolena	PsycINFO	Computer-delivered intervention for individuals with obesity and elevated anxiety sensitivity: feasibility, acceptability, and initial test	The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)	RCT	https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506073.2021.2018487?tab=perceptions&scroll=top	Axé sur la sensibilité à l'anxiété
Evolena	PsycINFO	A 1-day acceptance and commitment therapy workshop leads to reductions in emotional eating in adults	Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31541426/	BMI aussi < 25kg/m2
Evolena	PubMed Cinhal	Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial	Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ R-21)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25147733/	Chirurgie bariatrique
Evolena	PsycINFO	Habitual behavior as a mediator between food-related behavioral activation and change in symptoms of depression in the MoodFOOD trial.	The revised 18-item Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18)	RCT	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702620979785	Axé sur la dépression
Sabrina	PubMed	Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20801180/	Interventions multiples
Solène	PsycINFO	Rethinking emotional eating: Retrospective and momentary indices of emotional eating represent distinct constructs	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT je crois	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666321005110	Trouver un nouveau moyen de mesurer l'AE
Sabrina	PsycINFO	Emotional eating is associated with weight loss success among adults enrolled in a weight loss program	Three Factor Eating Questionnaire-Revised	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26931635/	Comparaison entre une perte standard et un programme de perte de poids
Evolena	PubMed Cinhal	Indirect effects of exercise on emotional eating through psychological predictors of weight loss in women	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26184339/	Interventions multiples
Sabrina	PubMed	Intuitive eating in general aspects of eating behaviors in individuals with obesity: Randomized clinical trial	Binge Eating Scale and Three Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871931/	Chirurgie bariatrique

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Sabrina	PubMed	A combined mindfulness-prolonged chewing intervention reduces body weight, food craving, and emotional eating	Dutch Eating Behavior Questionnaire Intuitive Eating Scale-2	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30570305/	BMI pas > 25
Sabrina	PubMed PsycINFO	A pilot randomized controlled trial of telephone-based cognitive behavioural therapy for preoperative bariatric surgery patients	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26990279/	Chirurgie bariatrique
Sabrina	PubMed	Psychosocial predictors of emotional eating and their weight-loss treatment-induced changes in women with obesity	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26233235/	Interventions multiples
Sabrina	PubMed PsycINFO	Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women	TFEQ-R18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19696752/	Interventions multiples
Solène	PubMed Cinahl Psycinfo	The Effect of Motivational Interviewing on Women with Overweight and Obesity Before Conception	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32591267/	Préconception
Solène	PubMed	The effects of the dopamine D ₃ receptor antagonist GSK598809 on attentional bias to palatable food cues in overweight and obese subjects	TFEQ-R18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21745436/	Axé sur la restriction cognitive et non sur l'alimentation émotionnelle
Evolena	PubMed Cinhal	The mind your health project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity	Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23666772/	Interventions multiples
Evolena	PsycINFO	Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the SHINE randomized controlled trial.	The 9-item Reward-based Eating Drive (RED) scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26867697/	Axé sur l'alimentation par la récompense et non l'alimentation émotionnelle

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Sabrina	Cinahl	The effect of a web-based psychoeducation on emotional functioning, eating behaviors, and body image among premenopausal women with excess body weight.	Three-Factor Eating Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175237/	Interventions multiples
Solène	PsycINFO	Food for thought: A randomised controlled trial of emotional freedom techniques and cognitive behavioural therapy in the treatment of food cravings.	Food Craving Inventory Revised Restraint Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27140673/	Résultat pas ciblé sur l'alimentation émotionnelle
Sabrina	PsycINFO	Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) Binge Eating Scale (BES)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35753441/	Résultat pas ciblé sur l'alimentation émotionnelle
Solène	PubMed	Relationship of Emotional Eating and Mood Changes Through Self-Regulation Within Three Behavioral Treatments for Obesity	The Emotional Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30180790/	Trop de différences entre les interventions
Solène	Cinahl	A Randomized Pilot Study of a Phone-Based Mindfulness and Weight Loss Program	The Binge Eating Scale	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985151/	Ne cible pas l'alimentation émotionnelle
Solène	PubMed	The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation	TFEQ-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20149955/	Effet de l'AE sur le poids
Solène	PsycINFO	Acute responses to opioidergic blockade as a biomarker of hedonic eating among obese women enrolled in a mindfulness-based weight loss intervention trial.	The 13-item Emotional Eating subscale of the Dutch Eating Behavior Questionnaire	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25931433/	Interventions multiples
Sabrina	PubMed	Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women	Eating Inventory (= Three-Factor Eating Questionnaire)	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265404/	L'intervention ne vise pas l'amélioration de l'alimentation émotionnelle

Etudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Questionnaires utilisés	Devis d'étude	Lien internet	Raisons d'exclusion
Solène	PubMed	Type of Physical Training and Selected Aspects of Psychological Functioning of Women with Obesity: A Randomised Trial	The Three-Factor Eating Questionnaire-18	RCT	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444714/	Pas de groupe contrôle

Annexe 13 : Extraction des données des articles

Christaki E et al. (2013) (104)		
But de l'étude	Évaluer l'efficacité de l'ajout d'un programme de gestion du stress, composé de relaxation musculaire progressive et de respiration diaphragmatique, à un régime de perte de poids, et comparer les effets sur la perception du stress, la perte pondérale, l'AE, l'alimentation externe, ainsi que la restriction alimentaire.	
Intervention	<p>Comparaison d'un programme de gestion du stress auto-administré de huit semaines, appliqué en même temps qu'un régime alimentaire de perte de poids, à un groupe de femmes obèses et à un groupe de contrôle qui n'a suivi que le régime de perte de poids.</p> <p>Toutes les participantes ont été soumises à un régime équilibré à faible teneur énergétique (45-50 % de glucides, 30-35 % de lipides, 15-20 % de protéines) produisant un déficit énergétique d'environ 600 kcal/jour. Elles ont été encouragées à consommer des produits laitiers à faible teneur en matières grasses, davantage de fruits et de légumes, des céréales complètes et à réduire les sucres et les graisses saturées.</p> <p>La consultation nutritionnelle s'est déroulée sous forme de séances individuelles (20 minutes chacune) et comprenait l'évaluation de l'état nutritionnel et du mode de vie, la motivation à changer de mode de vie et la suggestion d'un plan d'alimentation à faible teneur énergétique. Après la séance de consultation nutritionnelle, les participantes du groupe d'intervention ont assisté à une séance individuelle de 40 minutes de l'intervention de gestion du stress. Ces séances étaient animées par un-e nutritionniste clinique spécialisé-e dans la gestion du stress. La séance de gestion du stress comprenait l'apprentissage de techniques de relaxation musculaire progressive et de respiration diaphragmatique. Les participantes de ce groupe ont été informées de la technique et ont reçu un CD avec des instructions enregistrées. Elles ont reçu l'instruction de pratiquer la technique deux fois par jour pendant huit semaines. Elles ont également reçu un journal dans lequel elles devaient consigner quotidiennement leur pratique de la technique de relaxation. Elles ont assisté à deux autres séances individuelles de consultation nutritionnelle et à des séances de gestion du stress après quatre et huit semaines, afin d'évaluer si elles respectaient leur régime alimentaire, leurs changements de mode de vie et leur programme de gestion du stress.</p>	
Echantillon	Femmes	100%
	Age moyen (années)	48
	IMC moyen (kg/m ²)	38,2
	Taille	34
Pays	Grèce	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	DEBQ	
Outcomes	Comportement alimentaire, Poids corporel, Perception du stress	
Principaux résultats et conclusion	<p>Les résultats ont indiqué des différences significatives dans la perte de poids entre le groupe d'intervention et le groupe témoin.</p> <p>Des différences significatives ont également été trouvées dans les comportements alimentaires restrictifs. Plus précisément, les femmes du groupe d'intervention ont obtenu des scores significativement plus élevés en alimentation restrictive après huit semaines d'intervention diététique que les femmes du groupe témoin.</p> <p>En ce qui concerne l'AE, aucune différence n'a été détectée avant et après l'intervention entre les groupes.</p> <p>Le groupe d'intervention a obtenu un score inférieur pour le stress après huit semaines d'intervention, contrairement au groupe témoin qui a obtenu un score plus élevé, bien qu'il n'y ait aucune preuve statistique suggérant une différence.</p>	

Goldbacher E et al. (2016) (105)		
But de l'étude	Comparer l'efficacité du nouveau traitement comportemental amélioré au traitement comportemental standard pour l'obésité.	
Intervention	<p>Les deux groupes ont suivi, chaque semaine, une séance de 90 minutes, et cela pendant 20 semaines, avec des tâches à réaliser à domicile.</p> <p>Pour le groupe avec le traitement comportemental standard, il y a eu une restriction calorique progressive et une augmentation progressive de l'activité physique. Les participant-e-s ont également reçu des instructions sur les stratégies comportementales standard de perte de poids, comme le contrôle du stimulus, l'autosurveillance de l'apport énergétique, la remise en question des cognitions inutiles ou encore la prévention des rechutes.</p> <p>Le groupe avec le traitement comportemental amélioré a eu la même base de traitement que le groupe contrôle, mais a bénéficié en plus d'instructions de techniques spécifiques à l'AE.</p> <p>Ces techniques portaient sur la surveillance et la compréhension des épisodes alimentaires émotionnels : les émotions avant et après l'action de manger, les précipitants, le contexte et les conséquences (positives et négatives).</p> <p>Les compétences du traitement comportemental amélioré ont été développées sur les bases de la pleine conscience, de la méditation en pleine conscience, de la relaxation, de la thérapie cognitive et de la thérapie comportementale dialectique, la gestion et l'acceptation des émotions.</p>	
Echantillon	Femmes	95%
	Age moyen (années)	45,6
	IMC moyen (kg/m ²)	36,2
	Taille	79
Pays	Etats-Unis	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	EES	
Outcomes	Poids, AE	
Principaux résultats et conclusion	<p>Concernant le poids, il y a une perte significative chez les participant-e-s des deux groupes, à la suite de 20 semaines d'intervention. Cependant, aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes.</p> <p>Concernant l'AE, il y a une diminution significative chez les participant-e-s des deux groupes, mais pas de différence significative entre les groupes.</p> <p>De manière générale, cette étude a indiqué que les personnes souffrant d'obésité et mangeant émotionnellement ont pu obtenir des réductions significatives de leur poids et de leur AE lorsqu'elles ont uniquement participé à un programme comportemental standard de perte de poids sur 20 semaines, mais les effets à plus long terme restaient tout de même inconnus. Elle a tout de même suggéré que la pleine conscience et l'acceptation permettrait de faciliter le maintien de la perte de poids.</p>	

Houben K et al. (2016) (106)		
But de l'étude	Évaluer l'effet de l'entraînement à la mémoire de travail sur la suralimentation et le poids corporel.	
Intervention	<p>La formation à la mémoire de travail se composait de trois tâches : une de mémoire de travail visuospatiale, une d'étendue de chiffres vers l'arrière et une d'étendue de lettres (présentées dans cet ordre). Au cours de la tâche de mémoire de travail visuospatiale, une séquence de carrés dans une grille 4 x 4 a changé de couleur sur l'écran de l'ordinateur. Les participant-e-s devaient reproduire cette séquence en cliquant sur les carrés qui avaient changé de couleur dans le bon ordre à l'aide de la souris de l'ordinateur. Au cours de l'intervalle de chiffres en arrière, une séquence de nombres était présentée sur l'écran de l'ordinateur, que les participant-e-s devaient reproduire dans l'ordre inverse, à l'aide de la souris ou du clavier de l'ordinateur. Dans la tâche d'étendue de lettres, une séquence de lettres a été présentée sur l'écran de l'ordinateur dans un cercle. Une des positions de ce cercle était alors indiquée et les participant-e-s devaient reproduire la lettre correspondante à l'aide du clavier. Les trois tâches consistaient en 30 essais.</p> <p>Deux groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Groupe contrôle : le niveau de difficulté des tâches à la mémoire de travail est resté au niveau initial facile. 2. Groupe d'intervention : le niveau de difficulté des trois tâches à la mémoire de travail était automatiquement ajusté au cas par cas. 	
Echantillon	Femmes	74%
	Age moyen (années)	36,9
	IMC moyen (kg/m ²)	31,6
	Taille	50
Pays	Pays-Bas	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	DEBQ	
Outcomes	Mémoire de travail, Psychopathologie alimentaire (problème d'alimentation, problème de forme, problème de poids et restriction alimentaire), AE, Alimentation externe, Prise de nourriture, IMC	
Principaux résultats et conclusion	<p>Dans les conditions d'entraînement et de contrôle, l'augmentation de la performance de la mémoire de travail du prétest au post-test était significative, avec une augmentation significativement plus importante dans la condition d'entraînement.</p> <p>Une diminution significative de l'AE et des préoccupations alimentaires au fil du temps dans la condition d'entraînement a été démontrée immédiatement après la formation et à suivi d'un mois.</p> <p>Une diminution significative de l'alimentation externe a été démontrée dans les deux conditions.</p> <p>Une augmentation non significative de la correspondance entre les objectifs alimentaires et l'apport alimentaire a été relevée.</p> <p>Pour la restriction alimentaire, il n'y avait pas d'effets significatifs</p> <p>Aucune différence entre la condition d'entraînement et la condition de contrôle en ce qui concerne la faim, l'apport alimentaire et l'IMC</p>	

Cancian ACM et al. (2017) (107)		
But de l'étude	Analyser les effets d'une intervention de groupe de formation basée sur les compétences en thérapie comportementale dialectique sur les comportements alimentaires problématiques et adaptatifs.	
Intervention	<p>Il y avait deux groupes d'intervention de maximum neuf personnes.</p> <p>Les séances de groupe, menées par deux formateur·rice·s, débutaient par une pratique de pleine conscience, continuaient avec la révision des devoirs de la séance précédente (environ 40 min) et se terminaient par l'enseignement de nouveau matériel (1 heure et 15 minutes), selon le format standard de compétences en thérapie comportementale dialectique.</p> <p>Les séances étaient dispensées deux fois par semaine, pendant cinq semaines et chacune d'elles durait deux heures, avec une pause de cinq minutes.</p> <p>Des devoirs étaient donnés à la fin de chaque séance afin de favoriser la généralisation des compétences.</p> <p>Lors des séances, les formateur·rice·s ont utilisé des ressources audiovisuelles qui leur ont été livrées, afin d'avoir un contenu identique dans les deux groupes.</p> <p>L'intervention comprenait trois modules : pleine conscience, régulation des émotions et tolérance à la détresse.</p> <p>1. La partie sur la pleine conscience comprenait l'apprentissage de l'attention aux pensées, aux émotions et aux impulsions qui peuvent déclencher des comportements alimentaires problématiques, et celui de l'observation de ces expériences, sans y réagir de manière impulsive. Cette partie comprenait trois compétences fondamentales : "Esprit sage", "Quoi", "Comment". Des exercices de pleine conscience ont également été pratiqués avant chaque séance de groupe, tels que la pratique de la pleine conscience aux raisins secs.</p> <p>2. La partie sur la régulation des émotions comprenait l'explication de la fonction des émotions et de la réduction de la vulnérabilité émotionnelle, ainsi que l'enseignement de compétences de résolution de problèmes pour la planification d'actions efficaces et de la capacité d'action opposée.</p> <p>3. Enfin, la partie sur la tolérance à la détresse s'est concentrée sur les comportements permettant la survie lors d'événements douloureux sans aggraver la situation.</p> <p>Lors de la dernière séance, il y a eu un examen sur tout le contenu comprenant également l'élaboration d'un plan de prévention des rechutes. Les participant·e·s ont également pu faire un retour de l'intervention et remplir des questionnaires post-test.</p> <p>Les participant·e·s aux conditions de contrôle de la liste d'attente ont également rempli des questionnaires post-test après une période d'attente de deux mois.</p>	
Echantillon	Femmes	94%
	Age moyen (années)	40
	IMC moyen (kg/m ²)	> 30
	Taille	60
Pays	Brésil	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	EES, IES-2	
Outcomes	Régulation des émotions, Dépression, Stress, Anxiété, Comportements alimentaires problématiques, Comportements alimentaires adaptatifs	
Principaux résultats et conclusion	<p>L'analyse n'a montré aucune différence significative, malgré des tailles d'effet importantes.</p> <p>A la suite de l'intervention, tendance tout de même à l'amélioration de tous les résultats (compulsions, comportements alimentaires adaptatifs, AE, dépression, stress, anxiété, stratégies de régulation des émotions), à l'exception de l'alimentation consciente.</p> <p>Néanmoins, aucune différence entre les groupes n'était statistiquement significative.</p>	

Järvelä-Reijonen E et al. (2018) (108)		
But de l'étude	Évaluer les effets d'une intervention sur l'ACT prodiguée de deux manières différentes, sur le comportement alimentaire, ainsi que sur la qualité de l'alimentation.	
Intervention	<p>Les interventions étaient basées sur le même programme ACT construit par le même groupe de recherche. Ainsi, seule la méthode d'administration de l'intervention différait. Les deux interventions comprenaient les principales composantes suivantes : la clarification des valeurs, agir selon ses propres valeurs, les compétences de pleine conscience, l'observation de soi et les compétences d'acceptation. L'accent était mis sur les compétences ACT, mais des parties mineures de l'alimentation consciente, de la relaxation et de l'activité physique quotidienne ont également été incluses.</p> <p>Le groupe en face à face a eu six séances de groupe dirigées par un psychologue pendant la période d'intervention de huit semaines. Les séances comprenaient des exercices, des discussions en binôme et en groupe et des devoirs pour lesquels les participant-e-s recevaient un cahier de travail.</p> <p>Le groupe mobile a eu une session de groupe au cours de laquelle les participant-e-s ont appris les principes de l'ACT et ont reçu des smartphones. L'application Oiva contient 46 exercices en formats texte et audio et des vidéos d'introduction sur les compétences ACT. Les participant-e-s étaient libres de choisir des exercices et des vidéos dans n'importe quel ordre et de les faire autant de fois qu'elles-ils le souhaitaient pendant la période d'intervention de huit semaines</p> <p>Un groupe témoin était sur liste d'attente.</p>	
Echantillon	Femmes	85 %
	Age moyen (années)	49,5
	IMC moyen (kg/m ²)	31,3
	Taille	219
Pays	Finlande	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	IES, TFEQ-R18	
Outcomes	Alimentation intuitive, Alimentation incontrôlée, Utilisation de la nourriture comme récompense, Acceptation des aliments, Régulation intégrée et identifiée du comportement alimentaire	
Principaux résultats et conclusion	<p>Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles (= alimentation intuitive) a augmenté dans les groupes en face-à-face et mobile (de manière significative)</p> <p>Les régulations intégrée et identifiée du comportement alimentaire, ainsi que l'acceptation des aliments ont augmenté dans le groupe face à face (de manière significative)</p> <p>L'alimentation non contrôlée a diminué dans le groupe face à face par rapport au groupe témoin (de manière significative).</p> <p>L'utilisation de la nourriture comme récompense et l'AE ont diminué dans les deux groupes (manière non significatif)</p> <p>Les interventions basées sur l'ACT ont montré des effets bénéfiques sur le comportement alimentaire sans nécessiter de modifications parallèles du régime alimentaire.</p> <p>Nos résultats suggèrent que l'ACT a changé les raisons de manger : les déclencheurs émotionnels ou environnementaux ont été remplacés par des signaux de faim et de satiété.</p> <p>Les différents résultats suggèrent tout de même que la thérapie de l'acceptation et de l'engagement peut diminuer l'alimentation émotionnelle.</p>	

Simos DS et al. (2019) (109)		
But de l'étude	Analyser l'effet d'une technique de gestion du stress cognitivo-comportementale avec l'ajout de la technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore à une intervention diététique.	
Intervention	<p>Les participant-e-s des deux groupes ont reçu un régime alimentaire méditerranéen hypocalorique personnalisé basé sur l'apport alimentaire quotidien recommandé de chaque individu, réduit de 500 kcal pour atteindre la perte de poids recommandée de quatre kilogrammes par mois. La composition de chaque régime en macronutriments était de 20% en protéines, 50% en glucides et 30% en lipides.</p> <p>1. Les participant-e-s du groupe témoin ont eu un contact hebdomadaire par téléphone pendant huit semaines pour rendre compte de leurs progrès.</p> <p>2. Le groupe d'intervention a eu des séances de groupe hebdomadaires pendant huit semaines où ils ont appris la technique d'intervention de conscience de soi de Pythagore. Ils l'ont ensuite pratiqué deux fois par jour chez eux dans un endroit calme. Cette technique était composée d'un rappel de chaque événement quotidien, de son évaluation critique permettant un auto-renforcement positif et négatif, et de la fixation de nouveaux objectifs pour le lendemain.</p> <p>Un suivi de 12 semaines a été effectué pour les deux groupes.</p>	
Echantillon	Femmes	79,6%
	Age moyen (années)	53,5
	IMC moyen (kg/m ²)	31,3
	Taille	62
Pays	Grèce	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	DEBQ	
Outcomes	Poids, IMC, Graisse corporelle et viscérale / AE, Restriction alimentaire, Alimentation externe / Stress, Cortisol / Paramètres métaboliques : HbA1c, LDL, triglycéridémie, glycémie à jeun	
Principaux résultats et conclusion	<p>Une réduction statistiquement significative du poids et de l'IMC a été démontrée dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin. De plus, le groupe d'intervention a montré une diminution statistiquement significative de la graisse corporelle et viscérale, par rapport au groupe témoin.</p> <p>Les participant-e-s du groupe d'intervention ont démontré une amélioration du comportement alimentaire restreint, émotionnel et externe, par rapport à celles-ceux du groupe témoin.</p> <p>Les participant-e-s du groupe d'intervention ont montré une forte diminution statistiquement significative du stress perçu ainsi que des concentrations sériques de cortisol 30 minutes après le réveil, par rapport au groupe témoin.</p> <p>Enfin, les participant-e-s du groupe d'intervention présentaient des concentrations plus faibles de plusieurs paramètres métaboliques, notamment la glycémie à jeun, les LDL, les triglycérides et HbA1c, que ceux du groupe témoin, mais ces changements étaient significatifs uniquement pour l'Hb1Ac.</p>	

Sampaio CVS et al. (2021) (110)		
But de l'étude	Analyser l'effet de l'ajout de la méditation de guérison à un programme standard de perte de poids sur le comportement alimentaire et le stress.	
Intervention	<p>Toutes les participantes ont suivi le programme standard de perte de poids au Complexo Comunitário Vida Plena avec un suivi par un-e nutritionniste, par un-e médecin de famille, par un-e gynécologue et par un-e endocrinologue.</p> <p>Le groupe d'intervention a également suivi un programme de méditation en groupe de manière hebdomadaire dirigé par l'un-e des chercheur-euse-s, pendant huit semaines puis avec un suivi de 16 semaines. Les séances duraient une heure. La méditation de guérison est caractérisée par l'attitude d'auto-perception. Le principe est de se concentrer sur l'anatomie et la physiologie du corps, tout en restant dans un état de pleine attention. Les participantes étaient invitées à pratiquer la méditation de manière quotidienne à la maison pendant 20 minutes.</p> <p>Pendant également huit semaines, le groupe contrôle a participé à deux tables rondes de deux heures chaque mois, afin de rapporter leurs expériences de comportement alimentaire. Ces tables rondes permettaient de s'assurer que les participantes suivaient le traitement de perte de poids standard.</p>	
Echantillon	Femmes	100%
	Age moyen (années)	49
	IMC moyen (kg/m ²)	32,7
	Taille	55
Pays	Brésil	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	DEBQ	
Outcomes	Stress, AE, Alimentation externe, Restriction alimentaire, Frénésie alimentaire	
Principaux résultats et conclusion	<p>Les femmes du groupe d'intervention ont eu une diminution significativement plus importante du stress, de l'AE, de l'alimentation externe et de la frénésie alimentaire par rapport au groupe témoin. La restriction alimentaire a augmenté significativement de manière plus importante chez le groupe d'intervention.</p> <p>Dans le groupe contrôle, il y a également eu une diminution du stress, de l'AE et de l'alimentation externe, mais plus faible. La restriction alimentaire a également augmenté légèrement. Il n'y a cependant pas eu d'amélioration concernant la frénésie alimentaire.</p> <p>Durant le suivi de 16 semaines du groupe d'intervention, l'alimentation externe et l'AE sont restés stables, et il y a eu une légère amélioration du stress total et de la frénésie alimentaire. Cependant, une légère diminution de la restriction alimentaire a été observée.</p>	

Potts S et al. (2022) (111)		
But de l'étude	Évaluer l'effet de la lecture du livre d'auto-assistance <i>The Diet Trap</i> , basé sur l'ACT, avec des conseils par téléphone et/ou avec des brefs messages électroniques.	
Intervention	<p>Les participant-e-s des deux groupes d'intervention ont reçu une copie physique du livre <i>The Diet Trap</i> et ont été invité-e-s à lire l'un des sept chapitres du livre par semaine, pendant sept semaines. De plus, elles-ils devaient répondre à un quiz en lien avec le chapitre de la semaine afin d'assurer l'adhésion et d'aider à la surveillance de l'engagement et la compréhension des participants. Au total, l'intervention a duré huit semaines.</p> <p>1. Auto-assistance guidée avec des messages électroniques : Les participant-e-s ont reçu un mail hebdomadaire contenant un rappel des tâches à effectuer et un bref message d'encouragement / de soutien. Si un-e participant-e n'avait pas terminé une semaine le quizz, elle-il a également reçu un mail de rappel avec du soutien et un nouveau délai.</p> <p>2. Auto-assistance guidée avec coaching téléphonique et messages électroniques : Les participant-e-s ont reçu les mêmes messages électroniques et le même soutien que les participants du premier groupe, mais ont également reçu des séances de coaching téléphonique chaque semaine. Ces appels visaient à promouvoir l'engagement des supports d'auto-assistance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} appel de 30 minutes sur l'augmentation de la motivation et la résolution des obstacles potentiels à l'engagement - 2-7^{ème} appels de 5-10 minutes axés sur le suivi et le renforcement de l'adhésion, les réponses aux questions, la résolution d'éventuels problèmes et l'amélioration de la motivation - 8^{ème} appel de 30 minutes visait à passer en revue les expériences du programme et à aider à généraliser les compétences et les connaissances acquises <p>Le groupe témoin était sur liste d'attente.</p>	
Echantillon	Femmes	81,8%
	Age moyen (années)	38,7
	IMC moyen (kg/m ²)	37
	Taille	55
Pays	Etats-Unis	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	DEBQ-EE	
Outcomes	Auto-stigmatisation du poids, Activité physique, Choix diététique, Adaptations psychologiques, Auto-surveillance, Binge eating / hyperphagie boulimique, AE, Activité physique, IMC, Inflexibilité psychologique avec le poids, Inflexibilité psychologique générale	
Principaux résultats et conclusion	<p>Diminution significative de l'auto-stigmatisation, du poids, du binge eating et de l'inflexibilité psychologique chez les deux groupes d'intervention, sans différence significative entre les groupes.</p> <p>Amélioration du choix alimentaire de manière significative et de l'activité physique de manière non significative uniquement dans le groupe avec coaching téléphonique et messages électroniques.</p> <p>Aucune amélioration de l'AE pour les groupes d'intervention.</p>	

Mueller J et al. (2023) (112)		
But de l'étude	Évaluer l'effet de l'intervention « Supporting Weight Management during COVID-19 » sur le poids, le comportement alimentaire, l'activité physique, le bien-être, la dépression, l'anxiété, le stress perçu et l'évitement expérientiel/la flexibilité psychologique.	
Intervention	<p>Deux groupes :</p> <p>1. L'intervention d'auto-assistance guidée basée sur l'ACT, basée sur le Web, comprend l'accès à une plateforme Web en ligne avec 12 modules hebdomadaires, donc pendant 12 semaines, composés de contenu psychoéducatif, d'exercices de réflexion et d'expériences comportementales. Une fois que les participantes ont terminé la session 4, ils ont reçu un appel téléphonique de leur coach (un appel de 20 minutes axé sur la révision des exercices, le dépannage et la garantie que les participants ont compris le contenu). L'entraîneur a également envoyé un e-mail personnalisé à la semaine 10.</p> <p>2. Le groupe témoin était sur liste d'attente et a reçu des conseils standards sous la forme d'une brochure de l'Association européenne pour l'étude de l'obésité sur l'alimentation, l'activité physique et l'humeur des personnes obèses pendant la pandémie de COVID-19. Ils ont eu accès à la plate-forme Web après avoir terminé l'évaluation des résultats de quatre mois, mais n'ont pas reçu d'assistance téléphonique ou par e-mail d'un coach</p> <p>Des suivis ont été réalisés à quatre mois et à 12 mois.</p>	
Echantillon	Femmes	100%
	Age moyen (années)	50,7
	IMC moyen (kg/m ²)	34,8
	Taille	388
Pays	Royaume-Uni	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	TFEQ-R21	
Outcomes	Perte de poids, Évitement expérientiel, Alimentation non contrôlée, AE, Activité physique, Anxiété	
Principaux résultats et conclusion	<p>Les deux conditions ont perçu une perte de poids non significative et légèrement plus importante pour le groupe d'intervention, mais différence non significative. Cette observation montre la perte de poids du début de l'étude jusqu'au 12 mois.</p> <p>A la fin des 12 mois d'études, pour le groupe d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative de l'évitement expérientiel/flexibilité psychologique - Diminution significative de l'alimentation incontrôlée et émotionnelle - Augmentation significative activité physique - Diminution significative de la contrainte cognitive de l'apport alimentaire - Diminution non significative de la dépression - Augmentation non significative de l'anxiété chez l'intervention <p>Pas de changement du stress, ni du bien-être/capacité chez les groupes d'intervention.</p>	

Morillo-Sarto H et al. (2023) (113)		
But de l'étude	Évaluer l'effet de l'ajout d'un programme d'alimentation consciente à un traitement habituel sur les habitudes alimentaires émotionnelles.	
Intervention	<p>Le programme d'« alimentation consciente » était une intervention de sept semaines dispensée une fois par semaine en séances de groupe de deux heures. Il est basé sur d'autres programmes tels que la formation de sensibilisation à l'alimentation basée sur la pleine conscience. Chaque session combine un contenu théorique avec des pratiques de pleine conscience, et des tâches entre les sessions sont prescrites chaque semaine.</p> <p>Les participant-e-s du groupe témoin et du groupe d'intervention ont continué à recevoir leur traitement habituel, qui est le traitement que les médecins généralistes administrent aux patient-e-s en surpoids ou obèses. Les médecins généralistes adressent généralement leurs actions à la réduction de l'IMC à une plage normale (c'est-à-dire <25), en utilisant des prescriptions personnalisées pour chaque cas en fonction de la motivation et de la disposition de la-du patient-e à changer. Dans ce cas, le traitement habituel comprenait deux entretiens avec la-le médecin généraliste et une-e infirmier-ère, l'élaboration d'un plan nutritionnel et quelques entretiens sur la santé et la nutrition, pour un total de sept séances, soit une par semaine</p> <p>Un suivi est réalisé à 12 mois.</p>	
Echantillon	Femmes	63,2%
	Age moyen (années)	58,5
	IMC moyen (kg/m ²)	32,2
	Taille	76
Pays	Espagne	
Questionnaires utilisés pour évaluer l'AE	DEBQ	
Outcomes	AE, Alimentation externe, IMC	
Principaux résultats et conclusion	<p>Le groupe d'intervention avait significativement diminué ses scores d'AE par rapport au groupe témoin. Ce résultat s'est prolongé jusqu'au suivi de 12 mois</p> <p>Le groupe d'intervention a été plus efficace pour réduire les scores dans la sous-échelle de l'alimentation externe après le traitement et dans l'évaluation de suivi</p> <p>Aucun groupe d'étude n'a connu de réduction significative de l'IMC</p> <p>Réduction significative de la fréquence des crises de boulimie chez le groupe d'intervention dans le suivi, mais pas juste après l'intervention</p> <p>Diminution non significative après l'intervention, puis significative lors du suivi de l'échelle du BITE dans le groupe d'intervention</p>	

Annexe 14 : Extraction des données des entretiens

		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
1	Parcours de formation	<p>Elle-il a effectué :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Bachelor en nutrition et diététique HES, La formation du GROS, Des formations continues, dont une journée sur l'ACT. <p>Le partage d'expérience entre diététicien-ne-s et la supervision font également partie du parcours de formation.</p>	<p>Elle-il a effectué :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Bachelor en nutrition et diététique HES, Le CAS en santé communautaire, Le CAS en thérapie cognitive et comportementale, Le CAS de praticien-ne formateur-trice, La formation du GROS. <p>Le partage d'expérience entre diététicien-ne-s fait également partie du parcours de formation. Elle-il a effectué une formation informelle donnée par sa collègue de travail lors de ses débuts dans le cabinet.</p>	<p>Elle-il a effectué :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Bachelor en nutrition et diététique HES, Le Master en Science de l'éducation, Le CAS en éducation thérapeutique, Plusieurs formations d'entretien motivationnel, de gestion de projets et de relation d'aide.
1'	Raisons des formations	<ul style="list-style-type: none"> Elle-il avait l'impression d'être au bout de ses ressources pour prendre en charge des patient-e-s souffrant d'obésité avec des TCA. Elle-il ressentait le besoin d'avoir plus d'outils. L'aspect financier de certaines formations, comme la formation du GROS qui est moins chère en France que le CAS en TCC en Suisse. Les différents retours de ses collègues à propos de la formation du GROS, augmentant ainsi l'intérêt de la suivre. 	<ul style="list-style-type: none"> L'intérêt pour le domaine. Pour qu'elle-il se sente légitime d'effectuer le travail au cabinet. Pour approfondir ses connaissances. Pour qu'elle-il soit reconnu-e en tant que praticien-ne formateur-trice. 	<ul style="list-style-type: none"> Elle-il voulait se spécialiser dans les thématiques qu'elle-il affectionne, soit les troubles du comportement alimentaire, l'obésité et la chirurgie bariatrique. Le financement des formations par l'hôpital. Pour se tenir informé-e de l'actualité, des nouvelles études et guidelines.
2	Parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> Un cabinet privé, avec des consultations ambulatoires, dont 70% des demandes sont au sujet de l'obésité et du surpoids. Une clinique privée pouvant accueillir 150 patient-e-s hospitalisé-e-s et des consultations ambulatoires. Un EMS dans une petite commune. Un hôpital privé pouvant accueillir plus de 170 patient-e-s hospitalisé-e-s. 	<ul style="list-style-type: none"> Assistant-e à la Haute École de Santé. Co-responsable dans un camp pour enfants diabétiques. Centre de consultations pluridisciplinaire pour enfants et adolescents. Hôpital cantonal. Membre d'un comité d'une association de promotion de la santé. Cabinet spécialisé dans les troubles alimentaires et les problèmes de poids. 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche sur le métabolisme à la faculté de médecine Remplaçant-e enseignant-e Diabétologie Centre de l'obésité

		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
3	Lieu de travail actuel	<p>Lieu : cabinet indépendant dans une grande ville avec toutes demandes en lien avec l'alimentation, sauf celles des patient-e-s sportif-ve-s</p> <p>Principale demande : obésité et surpoids</p> <p>Fonction : effectuer une prise en charge individuelle</p> <p>Patientèle : personnes atteintes de toutes pathologies confondues</p>	<p>Lieu : cabinet de consultations pluridisciplinaire (psychologues, psychiatre, diététicien-ne)</p> <p>Principale demande : troubles psychologiques de l'adulte autour de l'alimentation (anorexie, boulimie, hyperphagie, obésité)</p> <p>Fonction : effectuer une prise en charge diététique et proposer un suivi avec un-e psychologue si nécessaire. Travailler sur le comportement et un peu sur les pensées → restructuration cognitive</p> <p>Patientèle : adultes mais prise en charge de plus en plus jeune (pouvant aller dès 12 ans)</p> <p>Autres professionnels : psychologues, psychiatre</p>	<p>Lieu : centre de l'obésité qui fait partie du service de l'endocrinologie, diabétologie et métabolisme</p> <p>Patientèle : patient-e-s qui souffrent d'obésité et qui envisagent la chirurgie bariatrique, un traitement médicamenteux ou un traitement conservateur</p> <p>Fonction : diététicien-ne de développement : consultations, animations d'ateliers, formation et accueil d'étudiant-e-s, référence pour le personnel soignant, réflexions sur différents thèmes, congrès, recherche, publications, ...</p> <p>Liberté/indépendance : se réfère à ses supérieurs, il n'est pas toujours possible de faire ce qu'elle-il veut mais est libre de faire des propositions à l'équipe. Elle-il se sent libre avec la-le patient-e, en se basant sur les guidelines, sur les références, sur les critères éthiques de la-du diététicien, etc.</p> <p>Autres professionnels : médecins, psychologues, psychiatre, infirmier-ère-s</p>
4	Définition de l'AE	<p>Ce besoin, cette envie de manger pour soulager et reconforter les émotions.</p>	<p>Distinction entre les appels physiques, les appels psychologiques ou les émotions. L'AE n'est pas forcément en lien avec un besoin physiologique de se nourrir mais plutôt un mode de réconfort ou de récompense.</p>	<p>Manger pour d'autres raisons que la faim physiologique, mais bien dans l'acte du comportement.</p> <p>Point de vigilance : ce n'est pas l'alimentation qui est forcément émotionnelle. L'AE n'est pas comme une alimentation méditerranéenne, soit un type d'alimentation.</p>
4'	Origine de la définition	<p>Elle-il n'avait pas de définition précise mais les termes viennent du GROS.</p>	<p>Elle-il a défini ce comportement de manière intuitive et pense retrouver ces définitions dans le livre de Zermati "Maigrir sans régime".</p>	<p>L'AE est originaire de la traduction anglo-saxonne. En français, nous ne parlons pas d'AE mais d'un trouble du comportement alimentaire non spécifié.</p>
4''	Références sur l'AE	<ul style="list-style-type: none"> • Zermati • Apfeldorfer • Michael Macht • Fairburn 	<ul style="list-style-type: none"> • Zermati • Apfeldorfer 	<p>Pas de références sur l'AE mais sur les comportements alimentaires : DSM-V, Apfeldorfer</p>

		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
5	Cas de prise en charge d'AE	<p>Une dame, mère de famille, qui est ambulancière. Elle avait un IMC entre 18 et 25 kg/m², alternant depuis presque toute sa vie des restrictions et craquages alimentaires.</p> <p>Elle avait un parcours psychologique et était consciente de ce fonctionnement de réponse aux émotions en mangeant.</p> <p>La-le diététicien-ne travaillait avec cette patiente sur la restriction cognitive, la relation apaisée avec les aliments, les pensées automatiques et la restructuration cognitive.</p> <p>Cette patiente a repris une psychothérapie en parallèle car elle a un passé émotionnel assez fort qu'elle avait de la peine à évoquer.</p>	<p>Une femme, avec un IMC supérieur à 35 kg/m², suivie depuis quelques mois, qui décrivait beaucoup d'ennui et de frustrations par rapport à la vie avec une alimentation réconfortante.</p> <p>La-le diététicien-ne a proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des analyses fonctionnelles pour comprendre le mode de fonctionnement de la patiente. La recherche d'autres solutions au niveau comportemental que le fait de manger en cas d'émotion, accompagnée de pleine conscience et d'un travail sur la structure alimentaire. <p>La-le diététicien-ne lui a conseillé une psychothérapie pour la gestion et l'acceptation des émotions afin de régler la problématique de départ qui induit ce comportement.</p>	<p>Une dame, en train de divorcer, son compagnon actuel a deux enfants en bas âge et elle est encore aux études. Elle a remarqué qu'elle mange lorsqu'elle est stressée et tendue.</p> <p>Elle n'avait pas de structure alimentaire dans sa journée car elle étudie toute la journée et se restreignait de manger puis craquait vers les 16-17 heures.</p> <p>La-le diététicien-ne a travaillé avec cette patiente la structure alimentaire et sur ses émotions.</p>
6	Questionnaires utilisés pour diagnostic de l'AE	<p>Le questionnaire ESSCA est fait systématiquement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'ESSCA pour évaluer le comportement alimentaire Le BITE pour évaluer le côté émotionnel 	<p>Le BITE est réalisé par la-le médecin et la-le diététicien-ne utilise les résultats de ce questionnaire lors des consultations.</p> <p>D'autres questionnaires sont remplis par les psychologues sur l'anxiété, liés aux émotions et à l'affirmation de soi : l'échelle d'affirmation de soi de Rathus, le BDI-2, les questionnaires d'anxiété d'auto-évaluation.</p> <p>Elle-il n'utilise pas de questionnaires spécifiques à l'AE mais se base sur les critères du DSM-V et sur son expérience pour repérer les comportements alimentaires problématiques.</p>
7	Caractéristiques et spécificités de la patientèle souffrant d'AE	<ul style="list-style-type: none"> Patient-e-s en souffrance avec leur corps, leur apparence, leur poids, et ceci quel que soit le poids ou l'IMC Le plus souvent des femmes, autour de 50 ans, mères au foyer dont les enfants sont partis, présentant un changement de rythme de vie Souffrant de troubles psychologiques, tels que la dépression, le burnout, les troubles bipolaires ou encore la schizophrénie En surpoids et obésité Ayant un mode de vie stressant, consacrant beaucoup de temps pour le travail et/ou la famille, avec des compulsions lorsqu'elles-ils retrouvent du temps pour elles-eux 	<ul style="list-style-type: none"> Âgé-e-s de plus de 30 ans Le plus souvent des femmes Étant souvent stressé-e-s, dans l'ennui, la déception et la tristesse, soit dans les émotions négatives Ayant une mauvaise image corporelle et estime de soi diminuée Avec un poids au-dessus de la norme conduisant à des mouvements plus limités, plus lent et une transpiration plus importante 	<ul style="list-style-type: none"> Étant majoritairement des femmes De tout âge En détresse Ressentant de la culpabilité avec l'impact de se refermer sur soi, de ne pas oser en parler, en pensant que ce sont les seul-e-s à vivre avec cette problématique Avec une prise de poids ou un effet yoyo Ayant de la peine à identifier les sensations alimentaires

		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
7'	Caractéristiques alimentaires les plus visibles	<ul style="list-style-type: none"> Des grignotages De la restriction cognitive De l'hyperphagie prandiale De la compulsion alimentaire à tout moment de la journée Une perte de l'écoute des sensations alimentaires 	<ul style="list-style-type: none"> Des grignotages Des compulsions Un manque de structure alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> De l'hyperphagie aux repas Des grignotages compulsifs Du binge eating disorder
7''	Pathologies associées / prise en charge si présence d'un trouble psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> L'obésité Les troubles bipolaires La schizophrénie La dépression Le diabète 	<ul style="list-style-type: none"> L'obésité La dépression Le trouble borderline 	<ul style="list-style-type: none"> Le surpoids L'obésité
8	Méthodes utilisées pour la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> La TCC, dont la recontextualisation et l'ACT L'acceptation inconditionnelle des envies de manger, en mettant un cadre à ces envies Le travail sur la restriction cognitive, les croyances alimentaires, les aliments qui font grossir L'entretien motivationnel Le travail sur les sensations alimentaires La pleine conscience 	<ul style="list-style-type: none"> La pleine conscience La TCC Le travail sur le comportement alimentaire au niveau de la structure, du rythme, de la conscience et de l'interrogation des sensations alimentaires Le recentrage des personnes sur elles-mêmes, sur leurs besoins physiologiques et la distinction des besoins physiologiques et psychologiques 	<ul style="list-style-type: none"> L'entretien motivationnel L'ACT L'éducation thérapeutique La relation d'aide Établir un lien de confiance pour parler du problème de comportement et partir de ce que nous dit le-la patient-e La déculpabilisation
8'	Outils utilisés pour la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> L'ESSCA Les colonnes de Beck Le Pic Poc, travaillant la restructuration cognitive Le carnet alimentaire Les étapes du changement de Prochaska Les dégustations en pleine conscience La méditation Les quatre R La balance décisionnelle L'échelle pour engager le changement Les métaphores La défusion La roue des émotions Les techniques d'alliance thérapeutique L'analyse fonctionnelle 	L'analyse fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Des outils pédagogiques en lien avec la problématique du comportement : la structure, le rythme, la mastication, les sensations, les cinq sens, etc. lors de consultations en individuel ou lors d'ateliers en groupe Techniques d'alliance thérapeutique, afin de faire prendre conscience le-la patient-e de sa problématique Parler de la grossophobie ou de la stigmatisation Reprendre la faim physiologique et le pourquoi il est important de manger
8''	Protocole d'intervention	Elle-il n'utilise pas de protocole. La prise en charge est propre à chaque patient-e.	Elle-il n'utilise pas de protocole. La prise en charge est propre à chaque patient-e.	Elle-il n'utilise pas de protocole. La prise en charge est propre à chaque patient-e.

		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
9	Sentiment d'avoir suffisamment d'outils adéquats	Oui, grâce aux formations supplémentaires et grâce au partage d'expérience, mais elle-il exprime vouloir apprendre à mieux utiliser les outils existants.	Oui, pour réguler l'AE mais elle-il a un sentiment de frustration pour la-le patient-e car il n'y a pas nécessairement de perte de poids comme elle-il le souhaite.	Oui, elle-il pense gérer une prise en charge d'AE.
9'	Si besoin d'outils supplémentaires, lesquels	-	-	-
10	Sentiment d'être assez formé-e	Oui, pour tout le côté nutritionnel et alimentaire, sur les croyances, la restriction cognitive et les sensations alimentaires. Il existe beaucoup d'outils qui vont aider à atténuer cette AE. Non, en ce qui concerne l'aspect émotionnel.	Oui, mais avec les formations faites après le Bachelor et par les connaissances acquises avec ses collègues psychologues, les colloques et l'expérience du terrain.	Oui, grâce aux formations supplémentaires et à l'expérience.
10'	Avis sur la formation HES	Intégrer au programme un cours sur l'AE en plus des TCA en proposant une définition et une présentation de quelques outils. Elle-il précise qu'il serait préférable d'effectuer une formation complète sur le sujet par la suite, car tous les étudiant-e-s ne souhaitent pas se spécialiser dans ce domaine. Cependant, il faudrait encore que les formations existent.	L'école permet d'acquérir des bases solides avec des connaissances complètes mais si les diététicien-ne-s se spécialisent dans un domaine, elles-ils vont sûrement vouloir suivre des séminaires ou des journées de formation sur le sujet pour aller plus loin.	La formation HES est une formation de base, afin que les jeunes diplômé-e-s soient fonctionnel-le-s à la sortie mais il faut quelques années avant d'être performant-e-s. L'objectif de ceci est que chaque diététicien-ne se spécialise par la suite. Selon elle-il, il ne serait donc pas nécessaire d'ajouter d'autres modules.
10''	Propositions pour améliorer la formation	<ul style="list-style-type: none"> Le CAS en TCC Le Bachelor ou Master en psychologie Les formations dans l'ACT, ou un diplôme universitaire en France 	La formation HES est appropriée mais en cas d'intérêt pour le sujet, la-le diététicien-ne propose de la compléter avec des formations complémentaires telles que : <ul style="list-style-type: none"> Le CAS en TCC La formation du GROS La formation proposée par certains établissements 	Elle-il propose de partir des représentations des étudiant-e-s sur l'AE pour ensuite en discuter.
11	Limites dans la prise en charge de l'AE	<ul style="list-style-type: none"> La charge émotionnelle trop importante Des traumatismes dans le passé Les patient-e-s atteint-e-s de pathologies psychologiques 	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge de l'aspect émotionnel dans la distinction "comportement, pensées, émotions". La-le diététicien-ne a la possibilité d'identifier les émotions qui déclenchent une AE, mais pour la gestion et l'acceptation des émotions, elle-il réoriente vers un-e psychologue. Les limites au niveau de la santé de la-du patient-e, telles que des problèmes cardiaques ou encore une analyse de sang. Les troubles psychologiques, tels que la dépression, l'humeur, etc. Les antécédents de vie, comme une problématique lourde. 	Dès que la prise en charge touche l'émotionnel, le social, le psychosocial et/ou l'économique.

		Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
11'	Ressources si limites atteintes	<ul style="list-style-type: none"> Un·e psychologue Un·e art-thérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> Un·e psychologue Un·e psychiatre Un·e médecin généraliste Un·e pharmacien·ne 	L'interprofessionnalité via des colloques, des consultations en binôme ou une réorientation.
12	Interprofessionnalité utilisée	La·le diététicien·ne propose de démarrer une autre thérapie.	La·le diététicien·ne propose de démarrer une autre thérapie ou une collaboration avec d'autres professionnel·le·s pour la prise en charge.	<ul style="list-style-type: none"> Des médecins Des psychologues Des psychiatres Des infirmier·ère·s Des assistant·e·s sociales·aux Des éducateur·rice·s Toutes les personnes qui sont autour de la·du patient·e
12'	Raison du recours à l'interprofessionnalité	Lorsque les limites sont atteintes.	Lorsque les limites sont atteintes.	Lorsque la prise en charge touche un domaine ne faisant pas partie de la pratique de la·du diététicien·ne.

Annexe 15 : Critères qualitatifs des articles sélectionnés

Article	Echantillon		Intervention			Auteur·rice principal·e	Score JBI	Outcome
Auteur·rice·s (date)	% Femmes	Taille	Mode d'administration	Durée	Groupe contrôle			Diminution de l'AE
Pleine conscience								
Sampaio CVS et al. (2021) (110)	100%	55	Séance hebdomadaire + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 8 semaines Suivi : 16 semaines	Programme standard de perte de poids	Psychologie clinique, médecine et santé humaine Cliniquement active (141)	75%	oui
Morillo-Sarto H et al. (2023) (113)	63,2%	76	Séance hebdomadaire + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 7 semaines Suivi : 12 mois	Traitement habituel	Psychologie et sociologie Psychologie de l'évolution et de l'éducation Faculté d'éducation, assistant (142)	67%	oui

Article	Echantillon		Intervention			Auteur-riche principal-e	Score JBI	Outcome
Auteur-riche-s (date)	% Femmes	Taille	Mode d'administration	Durée	Groupe contrôle			Diminution de l'AE
ACT								
Mueller J et al. (2023) (112)	100%	388	Auto-assistance guidée avec accès à une plateforme Web en ligne 1 module à réaliser chaque semaine Appel téléphonique et message électronique du coach aux semaines 4 et 10	Intervention : 12 semaines Suivi : 4 et 12 mois 12 mois : effet important	Liste d'attente	Psychologie de la santé Chercheuse dans l'unité épidémiologique du Conseil de la recherche médicale, Université de Cambridge (143)	75%	oui
Järvelä-Reijonen E et al. (2018) (108)	85%	219	Face à face : 6 séances en groupe + réalisation de devoirs à domicile entre les séances Application mobile : 1 séance pour les explications puis auto-administration à domicile	Intervention : 8 semaines Suivi : 36 semaines ACT prometteuse à long terme car améliore les autres aspects du comportement alimentaire avant	Liste d'attente	Nutritionniste diplômée Chercheuse dans le domaine de la santé publique et de la nutrition clinique, à l'Université de Finlande Orientale (144)	55%	Oui, mais pas de manière significative
Potts S et al. (2022) (111)	81,8%	55	Auto-assistance guidée avec des messages électroniques contenant : Mail hebdomadaire pour les deux conditions Coaching téléphonique hebdomadaire supplémentaire pour l'une des conditions	Intervention : 8 semaines	Liste d'attente	Psychologie clinique Directrice du Partnership Health Center, centre de soins primaires pour enfants et adultes : sur le terrain (145,146)	64%	non

Article	Echantillon		Intervention			Auteur-riche principal-e	Score JBI	Outcome
Auteur-riche-s (date)	% Femmes	Taille	Mode d'administration	Durée	Groupe contrôle			Diminution de l'AE
Thérapie comportementale dialectique et pleine conscience								
Goldbacher E et al. (2016) (105)	95%	79	Séances hebdomadaires + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 20 semaines	Traitement comportemental standard	Psychologie clinique et en santé Professeure et chercheuse à l'Université La Salle, à Philadelphie (147)	75%	Oui, mais pas plus que pour le groupe contrôle
Cancian ACM et al. (2017) (107)	94%	60	2 séances par semaines + réalisation de devoirs à domicile entre les séances Post-test	Intervention : 5 semaines	Liste d'attente	Psychologie clinique et thérapies comportementales (contextuelles et dialectiques) Enseignante, superviseuse, mentor et psychothérapeute avec des patient.e.s (148)	82%	Oui, mais pas de manière significative
Mémoire de travail								
Houben K et al. (2016) (106)	74%	50	Pré-test 20-25 sessions de 30 minutes à faire à domicile Post-test Test de suivi, un mois plus tard	20-25 sessions de 30min : moyenne de 33,92 jours pour la réalisation de tous les tests Suivi : 1 mois	Entraînement basique et de faible niveau à la mémoire	Sciences psychologiques cliniques Professeure et chercheuse à l'Université de Maastricht, Faculté de psychologie et neurosciences, Section Troubles alimentaires et obésité (149)	73%	oui

Article	Echantillon		Intervention			Auteur-riche principal-e	Score JBI	Outcome
Auteur-riche-s (date)	% Femmes	Taille	Mode d'administration	Durée	Groupe contrôle			Diminution de l'AE
Gestion du stress								
Christaki E et al. (2013) (104)	100%	34	Séance pré-intervention pour apprentissage de la technique de gestion du stress Auto-administration du programme à domicile Séances aux semaines 4 et 8 pour l'évaluation de la compliance	Intervention : 8 semaines	Régime de perte de poids	Gestion du stress et promotion de la santé Recherche biomédicale à l'École de médecine, à l'Université d'Athènes	62%	non
Simos DS et al. (2019) (109)	79,6%	62	Séance hebdomadaire + réalisation de tâches à domicile entre les séances	Intervention : 8 semaines Suivi : 12 semaines	Régime alimentaire méditerranéen hypocalorique	Diététicien Master en gestion du stress et promotion de la santé (150)	55%	oui

Annexe 16 : Protocole



Protocole de Travail de Bachelor

Chez les adultes en surpoids et/ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent améliorer la gestion de leur alimentation émotionnelle ? Parmi celles-ci, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ?

Solène, DE GOL

Evolena, KAESER

Sabrina, NUNES GAMEIRO

**Sous la direction de : Eliséo, MONTANINI, Diététicien ASDD, Chargé de cours
HES**

Décembre 2022

Table des matières

1. Résumé	3
2. Introduction	4
2.1. Alimentation émotionnelle	4
2.1.1. Définition de l'alimentation émotionnelle	4
2.1.2. Émotion et régulation émotionnelle	4
2.1.3. Influence des émotions sur l'alimentation	4
2.1.4. Étiologie de l'alimentation émotionnelle	5
2.1.5. Physiopathologie de l'alimentation émotionnelle	5
2.1.6. Mesures de l'alimentation émotionnelle	6
2.1.7. Différence avec l'addiction à l'alimentation	6
2.2. Surpoids et obésité	7
2.2.1. Définition du surpoids et de l'obésité	7
2.2.2. Étiologie du surpoids et de l'obésité	7
2.2.3. Complications du surpoids et de l'obésité	7
2.2.4. Prévention du surpoids et de l'obésité	8
2.3. La stigmatisation et l'insatisfaction corporelle	8
2.4. Justification du thème et de la population	10
2.5. But et objectifs	11
2.6. Écriture en inclusif	12
3. Questions de recherches	12
4. Méthodes et entretiens	12
4.1. Déroulement	12
4.2. Recherche littéraire	13
4.2.1. Devis d'étude : Revue systématique :	13
4.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	13
4.2.3. Stratégie de recherche	14
4.2.4. Sélection des articles	14
4.2.5. Évaluation de la qualité	15
4.2.6. Extraction des données	16
4.3. Entretiens	16
4.3.1. But et justification des entretiens	16
4.3.2. Méthodologie entretiens	16
4.4. Synthèse des données et présentation des résultats	17
4.5. Interprétation des résultats et discussion	18

	Filière Nutrition et diététique 2022
5. Considérations éthiques	18
5.1. Pour la recherche littéraire	18
5.2. Pour les entretiens	18
6. Budget et ressources	19
6.1. Budget	19
6.2. Ressources	19
7. Bibliographie	21
8. Annexes	25
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des scores de l'alimentation émotionnelle les plus retrouvés dans la littérature, issu de la thèse de Léna Bourdier	25
Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-V de trouble de l'usage d'une substance autre	26
Annexe 3 : Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires	27
Annexe 4 : Diagramme de Gantt	28
Annexe 5 : Flowchart sélection et analyse qualité des articles	31
Annexe 6 : Grilles JBI pour RCT	32

1. Résumé

Introduction : L'alimentation émotionnelle correspond au fait de s'alimenter pour répondre à une émotion, contrairement aux signaux physiologiques. Elle est relativement commune et peut toucher toutes les populations, sans pour autant être toujours considérée comme un comportement alimentaire néfaste. De plus, l'alimentation émotionnelle est considérée comme une stratégie à la gestion des émotions qui vont, à leur tour, influencer le choix des aliments, les quantités ingérées, la motivation à manger, la réponse affective aux aliments, la mastication et la vitesse du repas. Les patient·e·s sont ainsi pris·es dans une boucle où le problème réside dans le manque de stratégie adaptée pour réguler leurs émotions. Elles·ils relèvent un certain mal-être, une mauvaise santé mentale ou des problèmes avec leur poids.

Ce Travail de Bachelor portera sur les interventions recommandées afin d'améliorer la gestion de l'alimentation émotionnelle dans la population adulte atteinte de surpoids ou d'obésité. Nous avons sélectionné cette population car la prévalence de ces pathologies augmente de manière exponentielle. De plus, elles entraînent diverses complications, somatiques et psychiques. Étant caractérisées par une accumulation anormale ou excessive de masse grasse et une modification du tissu adipeux, elles sont principalement dues à une balance énergétique positive. Ainsi, la gestion de leur problématique réside en partie dans la perte de poids ; mais l'alimentation émotionnelle semble avoir un rôle dans le maintien de l'excès pondéral et est ainsi un frein dans cette résolution. Pour la perte de poids, l'aide d'un·e diététicien·ne est parfois indispensable.

À la sortie de leur formation à la Haute Ecole de Santé de Genève, les diététicien·ne·s sont censé·e·s être capables de prendre en charge des patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle. Il a cependant été constaté qu'elles·ils semblaient manquer d'outils concrets pour cette gestion.

Ce travail a donc pour but de relever les méthodes concrètes et efficaces à la gestion de l'alimentation émotionnelle pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s et/ou dans le cadre d'une prise en charge interprofessionnelle.

Méthode : Une revue de littérature systématique sera effectuée sur la question de recherche suivante : *Chez les adultes en surpoids et/ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent améliorer la gestion de leur alimentation émotionnelle ? Parmi celles-ci, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ?*

La recherche d'articles se fera sur les bases de données PubMed, Cinahl et PsycINFO selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Les trois étudiantes se répartiront les articles retenus pour le tri de manière équitable. La sélection des études se fera en deux phases : avec le titre, l'abstract et le score, puis avec le texte en entier. Une analyse qualitative sera ensuite menée, afin d'inclure uniquement les articles pertinents à notre revue.

De plus, trois entretiens semi-structurés seront menés auprès de diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'alimentation émotionnelle afin d'allier la pratique aux aspects théoriques. Ils seront à chaque fois effectués par deux étudiantes et retranscrits par la troisième.

Les données obtenues lors de la recherche et durant des entretiens seront comparées dans les résultats.

Conclusion : Ce Travail de Bachelor permettra de proposer des outils et techniques, pouvant être directement utilisés par les diététicien·ne·s ou dans le cadre d'une prise en charge interprofessionnelle, permettant d'améliorer la gestion de l'alimentation émotionnelle.

2. Introduction

2.1. Alimentation émotionnelle

2.1.1. Définition de l'alimentation émotionnelle

L'alimentation émotionnelle (« emotional eating ») est un terme très utilisé dans la littérature. Il désigne le fait de s'alimenter pour répondre à une émotion (1). A cela s'oppose l'alimentation en réponse à un stimulus physiologique de faim et de satiété (2).

L'alimentation émotionnelle est relativement commune et peut toucher toute la population. De plus, elle peut avoir différents degrés, allant de grignotages occasionnels pour améliorer l'humeur à des épisodes de compulsions alimentaires, par exemple dans le cadre de pathologies comme la boulimie ou le binge-eating disorder (BED) (1).

2.1.2. Émotion et régulation émotionnelle

Afin de mieux comprendre le terme d'alimentation émotionnelle, nous trouvons important de nous pencher sur les termes d'émotion et de régulation émotionnelle.

Il existe de nombreuses définitions de l'émotion, et la majorité semblent se mettre d'accord concernant trois points clés (3) :

- a. Les émotions impliquent des changements dans différents domaines. Elles induisent une expérience subjective, impliquent des changements comportementaux et posturaux, tels que des changements au niveau du faciès, de la posture, ou le fait de prendre la fuite. Elles impliquent également des changements autonomes et neuroendocriniens qui ont pour but d'anticiper le comportement, en fournissant un soutien métabolique.
- b. Les émotions se déroulent dans un temps limité allant de quelques secondes à quelques minutes.
- c. Selon le contexte, les émotions peuvent être utiles ou néfastes. Une émotion sera utile si elle guide de manière appropriée la réaction et le comportement, dans le but d'améliorer la prise de décision face à une situation. Au contraire, elle sera néfaste si son intensité, sa durée et/ou sa fréquence n'est pas appropriée à la situation, et qu'elle induit une mauvaise réaction cognitive ou comportementale.

La régulation émotionnelle peut se définir comme les efforts fournis pour influencer une émotion, afin d'augmenter les chances que cette émotion soit utile plutôt que néfaste (3,4). Elle comprend des processus automatiques et volontaires, qui peuvent agir sur l'apparition d'émotions, leur maintien, leur intensité et leur durée (1).

Il existe de nombreuses stratégies de régulation des émotions, et l'alimentation de petites ou de grandes quantités de nourriture en fait partie (1).

2.1.3. Influence des émotions sur l'alimentation

Les émotions peuvent avoir différents effets sur l'alimentation, et ces effets peuvent être très variables. Ils peuvent varier d'un individu à un autre, par exemple une même émotion peut augmenter la consommation alimentaire chez une personne, la diminuer chez une autre, ou ne pas la modifier chez une tierce (5). De plus, chez une même personne, une émotion, comme l'ennui, peut augmenter la consommation et une autre, telle que la tristesse, peut la diminuer (5). De ce fait, il est difficile de prévoir comment une émotion influencera la consommation alimentaire. D'une manière générale, il semblerait que les émotions intenses, positives ou négatives, ont tendance à inhiber la prise alimentaire et que les émotions négatives moins intenses peuvent soit augmenter soit diminuer la prise alimentaire.

L'influence des émotions positives n'a pas encore été suffisamment démontrée dans les études (5).

Michael Macht a proposé un « five-way model » expliquant les influences des émotions sur l'alimentation (traduit de l'anglais sur DeepL) : (5)

- a. Les émotions suscitées par les caractéristiques gustatives des aliments, par exemple le gras, le sucré ou l'amer, affectent le choix des aliments.
- b. Les émotions très intenses diminuent la prise alimentaire en raison de réponses comportementales, telles que la fuite, et physiologiques, telles que la digestion perturbée par le stress, en interférant avec l'alimentation.
- c. Les émotions d'intensité modérée affectent l'alimentation selon le type de comportement alimentaire :
 - i. Dans le cas d'une alimentation avec une restriction cognitive, les émotions négatives et positives augmentent la prise alimentaire en raison de l'altération du contrôle cognitif.
 - ii. Dans le cas d'une alimentation en réponse aux émotions, les émotions négatives suscitent la tendance à se réguler en mangeant et, par conséquent, augmentent la consommation d'aliments sucrés et riches en graisses.
 - iii. Dans le cas d'un comportement alimentaire dit « normal », les émotions affectent l'alimentation en fonction de leurs caractéristiques cognitives et motivationnelles, par exemple la tristesse diminue et la joie augmente le plaisir et la motivation à manger.

Les émotions ont donc une influence sur le choix des aliments et les quantités ingérées, mais également sur la motivation à manger, la réponse affective aux aliments, la mastication et la vitesse du repas (5).

L'alimentation émotionnelle comprend donc différents aspects, mais souvent, dans les études, seul l'aspect d'une augmentation de consommation en réponse à une émotion négative est pris en compte. C'est le cas concernant les parties de ce travail sur l'étiologie et la physiopathologie de l'alimentation émotionnelle.

2.1.4. Étiologie de l'alimentation émotionnelle

L'alimentation émotionnelle pourrait trouver ses origines déjà dans l'enfance. Les nourrissons, dont les parents auraient tendance à répondre à leurs pleurs par des aliments, seraient plus à risque de développer ce comportement alimentaire (1). Une autre hypothèse serait que l'alimentation émotionnelle est la conséquence d'une influence culturelle, en particulier de la combinaison entre une société toujours plus stressante et la profusion d'aliments très palatables et à haute densité énergétique (1). Enfin, l'alimentation émotionnelle pourrait dépendre de notre constitution génétique, car les gènes peuvent influencer la sensibilité au goût, ce qui aurait un impact sur l'alimentation émotionnelle (1). Mais cela reste des hypothèses qui manquent de preuves scientifiques pour pouvoir les confirmer.

2.1.5. Physiopathologie de l'alimentation émotionnelle

Plusieurs théories expliquent la tendance à augmenter sa consommation en réponse à une émotion. L'une d'elle est que les grignotages seraient une tentative d'échappatoire de la conscience de soi négative. Ceci permettrait de se décentrer des informations cognitives menaçant l'égo, mais cette attention reportée sur les aliments créerait un état de désinhibition, amenant un risque plus élevé de basculer dans des compulsions alimentaires (4).

Une autre théorie est que le fait de manger certains types d'aliments augmenterait l'expérience d'émotions positives, soit lié à la palatabilité des aliments, soit lié au fait de manger des aliments que les consommateurs s'interdisent (4). Ceci s'expliquerait par deux axes agissant conjointement. Le premier est que durant l'ingestion, des réponses hédoniques améliorent l'état émotionnel. Le second est qu'après l'ingestion, les nutriments agissent sur les systèmes neurochimiques et endocriniens, liés au stress et à l'humeur (1).

Enfin, une théorie est que le fait de manger en excès serait une tentative pour modifier l'origine du stress et détourner l'attention de sa source de départ (4).

Toutes les théories se rejoignent pour affirmer que l'alimentation émotionnelle est une stratégie utilisée pour la gestion des émotions. Le problème n'est donc pas l'émotion négative en tant que telle, mais le manque de stratégies adaptées pour réguler cette émotion (4).

2.1.6. Mesures de l'alimentation émotionnelle

Il existe plusieurs auto-questionnaires pour évaluer l'alimentation émotionnelle. La nature, la variété et la fréquence des émotions varient selon les questionnaires. Les plus anciens abordent uniquement le lien entre une augmentation de la consommation en réponse à une émotion négative, alors que les plus récents parlent également des émotions positives et de la diminution de la consommation en lien avec certaines émotions (6).

Ces auto-questionnaires mènent à l'obtention d'un score qui reflète l'intensité et/ou la fréquence de l'alimentation émotionnelle. Toutefois, aucun score-seuil n'est proposé (6).

L'avantage de ces mesures est qu'elles permettent d'avoir des méthodes communes aux études pour évaluer l'alimentation émotionnelle. Cependant une limite à relever est le fait que ces questionnaires sont auto-rapportés, et donc comportent une part de subjectivité, ce qui peut mener à des résultats parfois éloignés de la consommation réelle (6).

Les scores les plus utilisés dans la littérature pour évaluer l'alimentation émotionnelle ainsi que leurs caractéristiques principales sont résumées dans le tableau en annexe 1.

2.1.7. Différence avec l'addiction à l'alimentation

L'alimentation émotionnelle peut parfois être confondue avec l'addiction à l'alimentation, mais ces deux termes n'ont pas la même signification, et leurs liens ne sont pas encore clairs.

L'addiction à l'alimentation est définie comme une relation de dépendance d'un individu vis-à-vis de certains aliments riches en graisses ou en sucres. Les critères du DSM-IV de dépendance à une substance, mise à jour sous le nom du DSM-V de trouble de l'usage d'une substance autre (annexe 2), peuvent être appliqués au comportement alimentaire (7). D'une manière générale, on peut définir une addiction comme une pathologie chronique caractérisée par l'impossibilité de contrôler et d'arrêter un comportement malgré des conséquences négatives (7).

De ce fait, le concept d'addiction à l'alimentation regroupe les difficultés cliniques de certaines personnes dans leur rapport à l'alimentation, par exemple une perte de contrôle, une incapacité à diminuer la consommation, ou le fait de continuer à manger tout en sachant qu'il y a des effets néfastes pour sa santé (7).

Dans la littérature, certains liens entre l'alimentation émotionnelle et l'addiction à l'alimentation ont été démontrés, mais aucun lien de causalité n'a été établi. Certaines études ont montré que l'alimentation émotionnelle avait un lien avec la sévérité des symptômes d'addiction à l'alimentation. D'autres études ont démontré que des personnes avec un diagnostic d'addiction à l'alimentation avaient un niveau d'alimentation émotionnelle plus élevé. Une théorie suggère que l'alimentation émotionnelle pourrait être un facteur du développement de l'addiction à l'alimentation, mais ceci n'a pas encore pu être démontré (7).

Les liens entre ces deux concepts restant encore flous, nous avons choisi de ne pas aborder l'addiction à l'alimentation dans ce travail, autre que pour la différencier de l'alimentation émotionnelle.

2.2. Surpoids et obésité

2.2.1. Définition du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité se caractérisent par une accumulation anormale ou excessive de masse grasse et une modification du tissu adipeux. Cela peut nuire à la santé, notamment en réduisant l'espérance de vie de la personne. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le surpoids est défini lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) d'une personne est supérieur ou égal à 25 kg/m² et l'obésité lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 30 kg/m² (8,9).

2.2.2. Étiologie du surpoids et de l'obésité

Les causes de ces problématiques sont multifactorielles. Certains facteurs sont expliqués ci-dessous mais cette liste n'est pas exhaustive (8,9).

La cause principale est le déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Une alimentation riche en calories ainsi qu'une sédentarité accrue augmentent le risque de surpoids et d'obésité. Ces facteurs influençant le statut nutritionnel ne suffisent pas pour expliquer une prise pondérale. Certaines personnes peuvent prendre plus de poids que d'autres tout en ayant les mêmes modes de vie (8,9).

La prédisposition génétique explique également la survenue de ces problématiques. Un individu à plus de risque d'être obèse si des membres de sa famille le sont. Selon plusieurs recherches scientifiques françaises, de nombreux gènes sont impliqués dans la prise de poids et interagissent avec des facteurs externes tels que le déséquilibre nutritionnel aboutissant à une prise pondérale. De plus, il existe des obésités dites monogéniques dues à une anomalie d'un gène unique (8,9).

L'environnement entre également en jeu dans les causes du surpoids et de l'obésité. Il a été prouvé que l'insuffisance de sommeil, l'irrégularité des repas ou le travail nocturne perturbent l'horloge biologique du corps et augmentent donc le risque de prendre du poids. Il y a d'autres aspects tels que le stress, certains médicaments, la composition du microbiote intestinal ou encore l'exposition à des polluants à prendre en compte dans les facteurs de risque. De plus, six facteurs de risque prénatal ont pu être identifiés : tabagisme maternel, diabète ou surpoids maternel, prise de poids excessive pendant la grossesse, déficit ou excès de croissance du fœtus ainsi que le milieu socioéconomique défavorable (8,9). Ce dernier facteur influence également la prise de poids dans la population générale (10).

Un autre facteur de ces deux problématiques est leur association avec les troubles du comportement alimentaire tels que la boulimie ou l'hyperphagie, dont les causes sont également multifactorielles (8,9).

2.2.3. Complications du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité entraînent diverses complications pouvant s'aggraver au fur et à mesure que l'indice de masse corporelle augmente. Ces pathologies sont des facteurs de risque de plusieurs maladies chroniques telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux ou le diabète de type II. Les risques tels l'hypertension artérielle, l'athérosclérose ou encore les dyslipidémies sont également augmentés (8,9).

Dû à la surcharge pondérale sur l'ossature et les articulations, des troubles musculosquelettiques, dont l'arthrose, peuvent survenir. De plus, un excès de poids

pathologique est associé à certains cancers tels que ceux du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, des reins ou encore du côlon (8,9).

Diverses maladies respiratoires peuvent également se manifester. Parmi celles-ci nous pouvons citer le syndrome d'apnée du sommeil ou encore l'hypoventilation (8,9).

Pour finir, nous oublions souvent les complications d'ordre psychologique et social de ces maladies qui sont fortement présentes chez les personnes en surpoids ou obèses, d'autant plus que nous sommes dans une société très axée sur le culte de la minceur (8,9). Les personnes en surpoids et/ou obèses sont souvent atteintes d'une baisse de l'estime de soi et d'une insatisfaction corporelle. La stigmatisation joue également un rôle dans cette perception corporelle pouvant conduire à des troubles psychiques comme la dépression, l'anxiété et les troubles bipolaires (11).

2.2.4. Prévention du surpoids et de l'obésité

Certains facteurs causant ces pathologies sont évitables et réversibles. Malgré l'aspect génétique sur lequel il est compliqué d'agir, le déséquilibre de la balance énergétique reste une cause fondamentale du surpoids et de l'obésité. Ces dernières années, nous avons connu une hausse de la consommation d'aliments à densité énergétique élevée, riches en graisses et en sucres libres. De plus, une diminution de l'activité physique s'est fait ressentir à la suite de l'amélioration de l'accès aux transports ainsi qu'à la hausse de l'urbanisation. L'évolution de la mécanisation joue également un rôle dans l'augmentation de la sédentarité dans certains modes de travail, tels que dans l'agriculture et dans l'industrie, où le travail fait autrefois manuellement est aujourd'hui mécanisé. Le télétravail diminue aussi les mouvements quotidiens et conduit à une sédentarité (8,9).

Dans le but de réduire cette pandémie mondiale, il est conseillé de réduire le nombre de calories provenant essentiellement de graisses et de sucres afin de rééquilibrer la balance énergétique. De plus, d'autres recommandations nutritionnelles sont conseillées telle que l'augmentation de la consommation de fruits, de légumes, de légumineuses, de céréales complètes ainsi que d'oléagineux. Enfin, une pratique sportive régulière, soit 150 heures par semaine pour un adulte, montre des effets positifs sur la prévention du surpoids et de l'obésité (8,9).

2.3. La stigmatisation et l'insatisfaction corporelle

2.3.1. La stigmatisation

La stigmatisation est définie comme étant « un phénomène social basé sur la discrimination d'un individu ou d'un sous-groupe d'individus par un groupe dominant ou majoritaire. » (12). Autrement dit, cette action permet de mettre à l'écart une personne dû à ses différences considérées comme contraires aux normes sociales. Il existe trois cibles de la stigmatisation : (12)

- Manifestations physiques ou déformations corporelles visibles, telles que des cicatrices, des infirmités physiques ou encore l'obésité ;
- Différences comportementales, comme des troubles mentaux ou une addiction ;
- Nationalité, ethnie, religion ou appartenance politique considérées comme différentes des normes sociales locales.

La stigmatisation de l'obésité peut se définir comme des « croyances et attitudes négatives relativement au poids, qui se manifestent par des stéréotypes, une discrimination et des préjugés à l'égard d'individus parce qu'ils sont en surpoids ou obèses » (13). Cette stigmatisation, basée sur la croyance que les personnes en excès pondéral sont responsables

de leur poids et qu'ils n'ont pas de volonté, est aujourd'hui très fréquente (12). De plus, sa prévalence a augmenté en parallèle à l'augmentation de celle du surpoids et de l'obésité (14).

La stigmatisation se déclare sous forme d'affirmations d'apparence banales ou via d'autres manifestations, telles qu'avec des lois sociales défavorables et discriminantes à certains sous-groupes de personnes. Elle peut également se dérouler via les médias par le biais de messages pouvant conduire à des généralisations superficielles, telles que le physique filiforme valorisé par la société. Les proches d'une personne stigmatisée peuvent également y contribuer, par exemple en évitant la prise de photographies par honte. De plus, certains soignants peuvent avoir une attitude stigmatisante à l'égard de certains patients, selon leurs pathologies, et particulièrement chez la population en obésité et surpoids (12).

En plus de rejeter l'individu stigmatisé, la stigmatisation entraîne également un phénomène d'auto-stigmatisation, où l'individu va à l'encontre de son bien-être à travers certaines actions, comme en s'excluant d'un groupe d'individus car il se considère hors de la norme (12).

2.3.2. L'insatisfaction corporelle et l'estime de soi

Afin de comprendre ce qu'est l'insatisfaction corporelle, il est nécessaire de se pencher sur la notion d'image corporelle. L'image corporelle est le résultat de quatre composantes : (15)

- Une composante perceptuelle : comment on voit son corps
- Une composante cognitive : ce qu'on pense de son corps
- Une composante comportementale : comment on agit en relation à son corps
- Une composante affective : comment on se sent par rapport à son corps

A partir de cela, on peut comprendre l'insatisfaction corporelle comme un décalage entre un idéal, soit la composante cognitive, et la manière dont on se perçoit, soit la composante perceptuelle (16). L'insatisfaction corporelle renvoie donc à « des évaluations subjectives négatives de son corps physique, telles que la silhouette, le poids, le ventre et les hanches » (17).

L'insatisfaction corporelle doit être différenciée de la distorsion de l'image corporelle, qui est le fait de percevoir son corps différemment de la réalité (17). Les personnes en surpoids ou obèses souffrent donc d'insatisfaction corporelle, car « la représentation des proportions du corps est le plus souvent réaliste » (18). Cependant, cette même représentation « possède souvent une connotation émotionnelle très négative et peut avoir une influence défavorable au niveau de l'estime de soi » (18). En effet, « une insatisfaction corporelle plus élevée est associée à une plus faible estime de soi » (19).

L'estime de soi peut se définir comme « l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, ainsi que l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine » (20). Cela suggère qu'un individu puisse s'estimer selon sa propre perception, ainsi que son sentiment d'avoir de l'importance et d'être unique (20). De plus, l'estime de soi devrait être construite à partir de nombreux éléments, par exemple les amis, la vie affective, le travail, l'image corporelle, etc, mais ne devrait pas uniquement se résumer à son image corporelle (21,22).

2.3.3. Impact de la stigmatisation et de l'insatisfaction corporelle sur la personne en surpoids ou obèse

La stigmatisation du surpoids et de l'obésité a de nombreuses conséquences, physiques et psychiques. Les moqueries, harcèlements et intimidations ont un impact sur le cursus et les résultats scolaires, en augmentant l'absentéisme chez les enfants stigmatisés. Le risque d'échouer est donc plus élevé et la probabilité de continuer les études en est réduite. La

stigmatisation induit également des conséquences sur la santé psychologique, sur le comportement alimentaire et l'évitement de l'activité physique (23,24). De plus, la discrimination au travail a également un impact sur la qualité de vie, car certaines études ont démontré que les personnes stigmatisées ont tendance à gagner moins d'argent et à avoir moins de possibilités de promotion (23,25,26). Enfin, la stigmatisation venant du personnel médical affecte la santé en décourageant les personnes stigmatisées à aller consulter et à faire les contrôles de prévention (12).

L'insatisfaction corporelle a aussi de nombreuses conséquences psychologiques, physiques, relationnelles et liées aux études et au travail. Au niveau psychologique, elle peut induire une estime de soi basse, des complexes, de la dépression et de l'automutilation. Sur le plan de la santé physique, elle peut avoir comme conséquence un désordre alimentaire via un cercle vicieux (annexe 3), du tabagisme, des abus d'alcool, des risques sur la santé sexuelle, un excès ou un évitement de l'activité physique, une exposition au solarium à risque, ou encore un manque d'adhésion aux traitements. Dans les relations interpersonnelles, l'insatisfaction corporelle peut engendrer de l'anxiété sociale, un manque de compétences ou de soutien social, ou de l'exclusion sociale. Enfin, dans le domaine des études et du travail, elle peut induire un manque de concentration, des difficultés de mémoire, un faible taux de participation aux discussions, ainsi qu'un niveau d'étude inférieur (15).

2.3.4. Lien avec l'alimentation émotionnelle

Nous pouvons constater parmi les conséquences expliquées ci-dessus que la stigmatisation et l'insatisfaction corporelle peuvent avoir un impact sur l'alimentation. De plus, certaines études ont relevé qu'une « insatisfaction corporelle plus élevée était associée à un niveau élevé d'alimentation émotionnelle » (19) et avait un effet sur les troubles alimentaires (19).

Nous avons également vu que la stigmatisation et l'insatisfaction corporelle ont des conséquences négatives au niveau psychologique des personnes en surpoids ou obèses. Une étude suggère que « l'obésité peut être vécue comme un stressor psychique permanent engendrant un état dépressif qui tend à être compensé par la nourriture » (18), et que « l'insatisfaction corporelle module la relation entre le degré d'obésité et la détresse psychologique » (18).

Nous pouvons donc voir que la stigmatisation et l'insatisfaction corporelle sont des phénomènes complexes engendrant de nombreuses conséquences, qui peuvent avoir un impact sur l'alimentation et engendrer une alimentation émotionnelle (12,15,18,19,23–26).

2.4. Justification du thème et de la population

L'alimentation émotionnelle est un comportement alimentaire dont son recours deviendrait de plus en plus courant depuis une vingtaine d'années. Les gens qui en souffrent relèvent un certain mal-être, une mauvaise santé mentale ou des problèmes avec leur poids (2).

Ce comportement a pu être observé dans différentes populations. Celles comportant une prévalence plus élevée sont caractérisées par une restriction cognitive, un trouble du comportement alimentaire (TCA), un surpoids ou une obésité. Cependant, l'alimentation émotionnelle est également fréquente chez les personnes en bonne santé ne présentant aucune de ces caractéristiques, consommant occasionnellement des aliments "réconforts" sans impact négatif sur la santé, ni sur le bien-être (1,4). Nous avons décidé, pour ce travail, de nous consacrer à la population souffrant de surpoids et d'obésité, car ces deux pathologies, pouvant découler de l'alimentation émotionnelle, sont des facteurs de risque pour le développement de maladies non transmissibles et chroniques (MNT) (27). De plus, leur prévalence exponentielle est une problématique majeure de santé et représente un important défi pour le système de santé (28). En effet, en 2021, l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) estime qu'environ 42% de la population suisse adulte est en surpoids, dont 11% en

obésité (28). Les statistiques mondiales ne sont guère plus positives : en 2016, l'OMS estime à 39% la prévalence de surpoids, dont 13% d'obésité (10). L'OMS ajoute que la prévalence de l'obésité a triplé en 40 ans (10). Cette population nous intéresse d'autant plus, car la participation active des diététicien·ne·s est essentielle dans la prise en charge de leur problématique. Ces dernier·ère·s ont comme rôle de favoriser une perte pondérale, en accompagnant les patient·e·s dans l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires et dans la mise en place d'une activité physique régulière (27). Cependant, l'alimentation émotionnelle semble avoir un rôle dans le maintien de l'excès pondéral et est ainsi un frein dans la perte de poids (29).

Nous constatons donc que les diététicien·ne·s nécessitent d'avoir les outils permettant l'amélioration de la gestion de l'alimentation émotionnelle chez leurs patient·e·s. Durant leur formation à la Haute Ecole de Santé de Genève, elles·ils acquièrent de nombreuses compétences et connaissances dans plusieurs domaines, tel que le biomédical et la pédagogie. Ceci leur permettra d'être des expert·e·s en nutrition dans les domaines de la thérapie, la prévention et la promotion de la santé (27). De plus, quatre axes de cette formation les préparent particulièrement à la prise en charge de patients souffrant d'alimentation émotionnelle. Ce sont les suivants : (27,30,31)

1. *Les interventions thérapeutiques* prennent en compte les étapes du Processus de Soins en Nutrition (PSN), l'éducation et la relation thérapeutique, la consultation diététique, l'accompagnement au changement, ainsi que l'éthique. L'alliance thérapeutique est étudiée afin de pouvoir se créer dans une ambiance collaborative, motivationnelle et empathique. Les diététicien·ne·s seront également capables d'utiliser des éléments de l'entretien motivationnel, des approches systémiques et bio-psycho-sensorielle, ainsi que de stratégies cognitivo-comportementales lors des consultations.

2. *L'étude des comportements alimentaires* permet aux diététicien·ne·s de comprendre l'impact des dimensions socio-culturelles de l'alimentation sur les comportements, de percevoir et connaître les représentations et les tabous en lien avec l'alimentation, ainsi que d'acquérir les connaissances nécessaires à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

3. *Les enseignements méthodologiques* sont utiles, dans ce cas, pour la pédagogie, pour l'apprentissage des techniques de communication et pour l'ingénierie d'outils, techniques et méthodes pédagogiques.

4. *Les périodes de formation pratique* permettent aux apprenants de mettre la théorie vue lors des cours en pratique, ainsi que de les confronter avec la réalité de cette population et leurs problématiques.

Les diététicien·ne·s sont donc capables et doivent avoir leur place dans la prise en charge de patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle. Nous avons cependant constaté que, malgré ces capacités, les diététicien·ne·s semblaient manquer d'outils concrets pour cette gestion. Nous aimerions donc connaître les méthodes concrètes et efficaces à la gestion de l'alimentation émotionnelle pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s ou par interprofessionnalité.

De plus, sur la base de différentes bases de données, nous pouvons justifier notre thème par l'abondance d'études observationnelles et descriptives de l'alimentation émotionnelle, ainsi que par le faible nombre de revues systématiques.

2.5. But et objectifs

Ce travail a pour but de relever les méthodes concrètes et efficaces à la gestion de l'alimentation émotionnelle pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s ou par interprofessionnalité.

Pour arriver à cela, nous avons comme objectifs de :

- Recenser un maximum de méthodes qui existent dans la littérature pour gérer l'alimentation émotionnelle des personnes en surpoids ou obèses,
- Clarifier lesquelles sont utilisables par les diététicien·ne·s,
- Identifier, grâce à trois entretiens avec des professionnel·le·s, les outils et méthodes de gestion de l'alimentation émotionnelle utilisés dans la pratique.
- Discuter de la place des diététicien·ne·s dans la gestion de l'alimentation émotionnelle, des limites de leur formation et de la pertinence de l'interprofessionnalité

2.6. Écriture en inclusif

Nous avons choisi pour ce travail d'utiliser l'écriture inclusive afin d'être en accord avec nos valeurs. Pour ce faire, nous utiliserons le point médian pour décliner les mots autant au féminin qu'au masculin et nous ordonnerons les pronoms et les terminaisons selon l'alphabet.

3. Questions de recherches

Dans le but de définir notre question de recherche principale, nous avons utilisé la méthode PICO :

P : Hommes et femmes adultes ayant un IMC $> 24,9 \text{ kg/m}^2$, souffrant d'alimentation émotionnelle mesuré par un score

I : Toutes les interventions confondues

C : Pas d'intervention

O : Une meilleure gestion de l'alimentation émotionnelle

Notre question de recherche est la suivante :

Chez les adultes en surpoids et/ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent améliorer la gestion de leur alimentation émotionnelle ? Parmi celles-ci, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ?

4. Méthodes et entretiens

4.1. Déroulement

Ce travail sera structuré en deux parties distinctes, mais qui se chevaucheront dans le temps.

D'une part, dans le but de répondre à la question de recherche principale, il s'agira d'effectuer une recherche de littérature afin de recenser un maximum de méthodes, telles que des pratiques, des thérapies ou des outils, pouvant participer à la gestion de l'alimentation émotionnelle.

D'autre part, pour répondre à la question de recherche secondaire, nous clarifierons quelles sont les méthodes qui peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s, en nous appuyant sur des fiches modules, des formations disponibles et des entretiens que nous mènerons avec des diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'alimentation émotionnelle. Ces entretiens semi-structurés nécessiteront une préparation préalable, qui est détaillée plus loin dans la partie « méthodologie entretiens ».

Nous commencerons la partie des entretiens, à savoir la création des grilles d'entretiens, en parallèle de la recherche de littérature afin de respecter l'impératif de temps et de pouvoir nous inspirer des recherches en cours pour la création de la grille.

Toutes les étapes de ce travail seront effectuées soit conjointement, soit en nous répartissant le travail de manière équitable. Nous effectuerons ces étapes de la manière la plus autonome possible, et notre directeur de travail sera présent en cas de besoin. De plus, nous planifierons plusieurs rendez-vous avec lui afin qu'il puisse suivre l'avancée de notre travail et répondre à nos questions. Des procès-verbaux (PV) seront réalisés à chaque rendez-vous formel avec notre directeur de travail ou avec une personne tierce, afin d'avoir une trace des sujets discutés et des décisions prises.

Notre diagramme de Gantt se trouve en annexe 4.

4.2. Recherche littéraire

4.2.1. Devis d'étude : Revue systématique :

Dans le courant du 20^{ème} siècle débute l'augmentation exponentielle du nombre de publications médicales et, avec elle, l'incapacité des professionnels de santé à se tenir au courant de l'avancée des multiples preuves et nouvelles découvertes. La revue systématique apparaît donc, dans le but de résumer et réunir les résultats des différentes études. Afin que les professionnels puissent s'y fier, elle doit être d'une grande pertinence et regrouper des informations de bonne qualité. En synthétisant donc toutes les preuves et les résultats, la revue systématique permet d'établir l'efficacité et la faisabilité d'un traitement ou d'une intervention (32,33).

Une revue systématique doit être réalisée de manière rigoureuse et impartiale, afin de limiter au maximum les biais et de pouvoir la reproduire si nécessaire (32,33). Ainsi, elle se classe au sommet de la hiérarchie d'évidence des études en usant parfaitement de l'evidence based practice (33).

Afin d'explorer notre problématique avec la meilleure pertinence, nous procédons à une revue systématique. Au vu du temps imparti pour la réalisation de notre travail, nous nous consacrons à trois bases de données et à quelques entretiens auprès de professionnels.

4.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

En parcourant la littérature au sujet de l'alimentation émotionnelle, nous avons vu qu'il existait de nombreuses études, sur une population variée et dans des contextes différents.

Nous avons donc défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin de cibler et de limiter le champ de la recherche.

Au niveau de l'étude, nous avons choisi d'inclure uniquement les méta-analyses, les revues systématiques et les essais contrôlés randomisés (RCT), car ce sont les types d'études avec le niveau de preuve le plus élevé (33,34).

Nous avons décidé de limiter la recherche aux publications datant de 2010 à 2023, car les résultats ont été en majorité publiés à partir de 2010 et les études antérieures nous semblaient moins pertinentes. Pour la langue, nous garderons uniquement les études en français, anglais et portugais.

Au niveau de la population étudiée, nous nous intéresserons pour ce travail aux personnes avec un surpoids (IMC 25-29,9 kg/m²) ou une obésité (IMC \geq 30 kg/m²) (35). Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les adultes (\geq 19 ans) et d'inclure les hommes et les femmes. L'alimentation émotionnelle doit être confirmée par un score validé, pour avoir des mesures

communes entre les articles. Afin de ne pas nous éparpiller, nous avons choisi d'exclure les études en lien avec la chirurgie bariatrique et les femmes en post-partum.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Études	<ul style="list-style-type: none"> o RCT o 2010-2023 o Anglais, français et portugais 	<ul style="list-style-type: none"> o Méta-analyses o Revues systématiques
Population de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> o Adultes (≥ 19 ans) o Hommes et Femmes o Alimentation émotionnelle évaluée par un score o IMC ≥ 25 kg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> o Chirurgie bariatrique o Post-partum o Troubles du comportement alimentaire, sauf binge eating

Tableau 1 – Critères d'inclusion et d'exclusion

4.2.3. Stratégie de recherche

Nous allons effectuer nos recherches littéraires sur trois bases de données. PubMed permettra de trouver des articles dans divers domaines pouvant nous intéresser pour notre problématique, tels que la médecine fondamentale et clinique, la biologie ou encore la nutrition. Ensuite, Cinhal est une base de données spécialisée en sciences infirmières et paramédicales, telle que la branche de la nutrition. Elle couvre également le domaine de la psychologie et de l'éducation sanitaire contrairement à PubMed. Nous utiliserons également PsycINFO qui est spécialisé dans les domaines de la psychologie, de la médecine et de la sociologie (36).

Lors de notre recherche, nous allons utiliser différents filtres. Nous avons choisi de cibler la recherche sur les adultes ≥ 19 ans et de garder uniquement les RCT. De plus, nous allons garder les articles ayant une date de parution allant de 2010 à 2023.

Notre équation de recherche est la suivante : (« emotional eating ») AND ((intervention) OR (therapy)) AND ((overweight) OR (obesity)).

4.2.4. Sélection des articles

Pour la sélection des articles, nous avons décidé de nous répartir équitablement le nombre de publications à trier et de le faire chacune de notre côté, afin d'organiser nos emplois du temps comme nous le souhaitons. Nous commencerons le tri grâce au titre, à l'abstract et à la présence d'un score dans l'abstract ou dans l'article en entier. Après cette première sélection, nous nous répartirons, à nouveau de manière équitable, les articles et nous les trierons selon le texte en entier de manière individuelle. Nous indiquerons les raisons pour lesquelles l'article sera exclu. De plus, afin d'avoir un suivi précis de notre sélection d'articles, nous classerons les articles gardés à chaque étape dans différents tableaux et noterons leur nombre. Voilà deux exemples de tableaux que nous utiliserons :

Nom de l'étudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Score utilisé	Devis d'étude	Lien internet ou doi

Tableau 2 – Récapitulatif pour articles gardés lors de la sélection

Nom de l'étudiante qui a sélectionné l'article	Bases de données	Titre de l'article	Score utilisé	Devis d'étude	Lien internet ou doi	Raisons d'exclusion

Tableau 3 – Récapitulatif pour articles exclus lors de la sélection

De plus, à chaque sélection, si l'une d'entre nous a un doute concernant un article, elle demandera l'avis de ses deux camarades et s'il perdure, nous ferons appel au directeur de Travail de Bachelor.

Lors d'un cas litigieux, c'est-à-dire un article intéressant mais qui ne correspond pas à nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous en discuterons en trinôme. Cependant, nous sommes tout à fait conscientes et nous acceptons qu'il ne sera pas possible de tous les traiter. Nous partons donc du principe qu'un cas litigieux sera très probablement exclu.

La sélection des articles est résumée dans le flowchart qui se trouve en annexe 5 (37).

4.2.5. Évaluation de la qualité

Afin d'analyser la qualité des articles sélectionnés, nous allons utiliser la grille d'analyse de « The Joanna Briggs Institute » (JBI). Cet organisme de recherche international propose divers types de grille en fonction du design de l'étude effectuée. Dans notre cas, nous allons choisir les grilles de RCT (annexe 6). Cette grille d'analyse permet d'évaluer la qualité méthodologique d'une étude, ainsi que d'indiquer sa validité et sa fiabilité. Elle détermine également la prise en considération de la possibilité de biais dans la conception de l'étude, la façon dont elle a été menée et son analyse. Pour ce faire, nous allons répartir les articles sélectionnés entre nous trois et allons mettre en commun nos analyses (38).

Pour avoir une meilleure visualisation des résultats, un tableau récapitulatif sera rempli en utilisant les légendes suivantes : O – oui, N – non, I – imprécis, Ø – ne s'applique pas

Citations	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Auteur-riche-s											
Auteur-riche-s											

Tableau 4 – Récapitulatif grille d'évaluation JBI

De plus, l'évaluation qualitative des articles est synthétisée dans le flowchart de leur sélection en annexe 5 (37).

4.2.6. Extraction des données

Afin d'extraire les données des articles sélectionnés de manière claire et synthétique, nous effectuerons un tableau regroupant les données et variables suivantes :

- **Données** : les auteur·rice·s, l'année de parution de l'article, le devis d'étude, l'intervention, le score utilisé, l'outcome, les principaux résultats, la conclusion et la qualité de l'étude ;
- **Variables** : le sexe, l'âge, l'IMC, et la présence d'éventuels TCA de la population de l'étude.

Le tableau aura la forme suivante :

Étude	Devis d'étude	But de l'étude	Intervention	Population				Score utilisé	Outcome	Principaux résultats	Conclusion	Qualité de l'étude
				Sexe	Âge	IMC	TCA					
Auteur·rice·s (année)												
Auteur·rice·s (année)												

Tableau 4 – Synthèse de l'extraction des données

Ces informations seront récoltées lors d'une lecture en profondeur de chaque article, et pour cela nous nous répartirons équitablement les articles sélectionnés.

4.3. Entretiens

4.3.1. But et justification des entretiens

Après avoir exploré le sujet des interventions pour la gestion de l'alimentation émotionnelle d'un point de vue théorique grâce à une recherche de littérature, nous trouvons pertinent de l'aborder d'un point de vue pratique en récoltant l'avis de professionnel·le·s travaillant dans ce domaine. Nous avons donc décidé d'interviewer trois diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'alimentation émotionnelle à l'aide d'un entretien semi-structuré, afin de constater si les méthodes que nous avons trouvées dans la littérature sont utilisées par les professionnel·le·s. Nous souhaitons également voir si certaines méthodes, qui ne sont pas ressorties dans la recherche, sont utilisées sur le terrain. Le but de ceci sera de comprendre comment les diététicien·ne·s interviennent dans la gestion de l'alimentation émotionnelle dans la pratique.

Nous avons choisi de mener ces interviews sous la forme d'entretiens semi-structurés et de privilégier l'aspect qualitatif. Cela permet de prendre connaissance de pratiques dans un certain milieu grâce à un discours spontané des professionnel·le·s interrogé·e·s.

4.3.2. Méthodologie entretiens

Pour compléter notre Travail de Bachelor, nous allons procéder à des entretiens semi-dirigés. Ce type d'entretien est structuré grâce à des questions préparées en amont mais offre une certaine liberté et permet d'approfondir les thématiques en rebondissant sur les réponses des participant·e·s. Cela nous permettra de comparer les interventions faites dans les études et celles faites réellement lors d'une consultation sur l'alimentation émotionnelle.

Pour répondre à nos questions, nous allons contacter, par mail courant du mois de mars, trois professionnel·le·s de la santé ayant l'habitude de travailler avec des patient·e·s souffrant

d'alimentation émotionnelle. Un mail sera préparé à l'avance et validé par notre directeur de Travail de Bachelor.

Notre grille comprendra des questions ouvertes pouvant répondre à différentes thématiques, telles que les méthodes utilisées, les limites et le recours à l'interprofessionnalité lors de la prise en charge de patient·e·s souffrant d'alimentation émotionnelle. Nous investiguerons également le lieu de travail des professionnel·le·s, leur niveau de formation et leur parcours professionnel ainsi que les spécificités de leur patientèle. Après conception de cette grille, elle sera revue par notre directeur de Travail de Bachelor ainsi que par Mischa Piraud, docteur en sociologie urbaine et chercheur en science sociale, qui a accepté notre sollicitation.

Les entretiens auront lieu à partir de la fin avril jusqu'à la mi-mai. Plusieurs lieux seront proposés aux participant·e·s selon leurs disponibilités, en présentiel ou via visio-conférence. À la suite de cela, elles·ils choisiront l'endroit en fonction de leurs préférences. La durée des entretiens est estimée à environ une heure. Ils s'effectueront par deux étudiantes et la troisième transcrira l'entretien.

Tous les entretiens seront enregistrés dans le but de nous aider lors de leur transcription et d'être le plus proche possible des idées des professionnel·le·s. Cela garantit à la fois la scientificité de la démarche et le respect de la parole des personnes interrogées. Les entretiens seront anonymisés, c'est-à-dire qu'aucun nom ne sera inscrit dans la transcription et aucun indice sur les professionnel·le·s ne sera dévoilé. De plus, le secret professionnel sera tenu et la confidentialité sur les propos abordés au cours des entretiens sera gardée. Cependant, il est possible de citer les professionnel·le·s si ceux-ci le demandent.

Pour analyser les entretiens, nous allons sélectionner les informations pertinentes qui permettront de répondre à notre problématique. Nous pensons regrouper les informations par thématiques, telles que le portrait de la personne interviewée, la description de la situation d'entretien, les rapports aux hypothèses grâce aux réponses aux questions posées ainsi que les apports inattendus de l'entretien. Si besoin, nous demanderons également l'avis de Mischa Piraud dans le but de récolter le plus d'informations possible de ces entretiens.

Afin de structurer les données recueillies, les résultats de l'analyse seront synthétisés sous forme de schémas, ressemblant à cet exemple :



Schéma 1 – Synthèse de l'analyse des entretiens

4.4. Synthèse des données et présentation des résultats

A partir du tableau d'extraction des données, nous présenterons les résultats des articles sélectionnés, ainsi que la synthèse de l'analyse des entretiens auprès de professionnel·le·s,

à l'aide de tableaux et/ou de schémas. Ce chapitre sera écrit au passé, car ce sont des éléments factuels, qu'on ne peut ni analyser, ni soumettre à l'interprétation.

4.5. Interprétation des résultats et discussion

Pour l'interprétation des résultats, nous reprendrons la question de recherche avec les informations PICO, soit la population, les interventions, les comparaisons, ainsi que les outcomes, et nous y répondrons sous forme de discussion en incluant des tableaux et schémas si besoin. Nous présenterons ainsi les résultats concordants et discordants.

De plus, nous discuterons des biais et limites de notre revue, dont la représentativité des résultats des entretiens, car nous prendrons un faible échantillon de professionnel·le·s choisi·e·s de manière non aléatoire.

Finalement, par notre synthèse, nous tirerons des implications pour la pratique diététique, ainsi que pour d'éventuelles recherches futures.

5. Considérations éthiques

5.1. Pour la recherche littéraire

En recherche médicale, des normes éthiques doivent être respectées, comme de protéger la santé, les droits, la dignité et le bien-être des participant·e·s aux études scientifiques, ainsi que la confidentialité de leurs informations personnelles. Les participant·e·s doivent également faire part de leur consentement de manière éclairée, lorsqu'elles·ils acceptent de prendre part à une étude (39).

De plus, les recherches médicales, impliquant des sujets humains, doivent être précédées d'une évaluation des risques pour les participant·e·s, ainsi que d'être menées ou supervisées par des professionnel·le·s de santé. Elles doivent également présenter les éventuels conflits d'intérêts possibles, tels que les sources de financement (39).

Nous serons attentives à ces différents éléments dans les études que nous inclurons dans notre revue systématique. Cependant, tout projet de recherche doit passer par une commission d'éthique. Si celle-ci accepte sa réalisation, cela signifie que les règles éthiques ont normalement été appliquées. Nous pouvons partir de ce constat-là (39,40).

En outre, tout au long de notre projet, tout mail ou toute autre forme de contact envers une personne tierce se fera avec l'accord au préalable de notre directeur de Travail de Bachelor.

5.2. Pour les entretiens

Lors des entretiens semi-dirigés, la transparence de toutes les données récoltées et utilisées sera respectée. L'étude sera menée par nous trois, étudiantes de la filière Nutrition et Diététique et ne sera pas financée. Ce projet sera encadré par la Haute École de Santé de Genève et permettra de comparer la théorie des articles scientifiques à la pratique lors de prise en charge d'une alimentation émotionnelle. Selon le Code d'éthique professionnelle des diététicien·ne·s suisses, ces informations seront transmises aux interviewé·e·s (41).

Les participant·e·s auront le droit de refuser ou d'interrompre les entretiens à tout moment, pour quelconques raisons. Elles·ils peuvent refuser de répondre à certaines questions si elles·ils estiment que cela va à l'encontre de leurs principes. De plus, selon le code de Déontologie de l'Association Suisse des Diététiciens, nous enregistrerons les entretiens sur un support audio avec l'accord préalable des interviewé·e·s (42).

De plus, la confidentialité et l'anonymisation des données seront également respectées (41). À la suite des entretiens, nous utiliserons les enregistrements pour nous aider à la retranscription. Ces enregistrements seront conservés en sécurité et préservés de l'accès de tiers non autorisés (42). Ils seront, par la suite, détruits afin de ne pas divulguer les informations confidentielles. Afin d'assurer le respect de ces éléments, une copie des données transcrites sera remise à la filière de Nutrition et Diététique de la Haute École de Santé de Genève.

Les personnes interviewées doivent être consentantes volontairement et seront tenues informées lorsque notre projet sera terminé. Un exemplaire de notre Travail de Bachelor leur sera transmis.

6. Budget et ressources

6.1. Budget

La réalisation de ce travail se fera en deux temps. La première est composée par la recherche et la sélection d'articles ; le budget se limitera donc à l'accessibilité et à d'éventuelles impressions de publications. A cet effet, la Haute Ecole de Santé de Genève nous permet d'obtenir maximum dix articles payants chacune, ce qui nous fait un total de trente articles. La deuxième partie contiendra la réalisation des entretiens auprès de professionnel·le·s. Nous aurons donc un budget pour les trajets en transports publics jusqu'au lieu choisi par les professionnel·le·s, les boissons à proposer durant l'entretien, ainsi qu'un cadeau pour les remercier. Plusieurs éléments entrent dans le budget impossible à chiffrer, tels que les stylos, les feuilles blanches, les ordinateurs personnels, ainsi que toute autre fourniture de bureau.

A la fin de la réalisation de notre Travail de Bachelor, l'impression d'un poster A0 sera réalisée et payée par la Haute Ecole de Santé. Aucun budget additionnel n'est prévu pour la réalisation de ce travail.

6.2. Ressources

Différentes ressources, humaines, matérielles et organisationnelles, sont à notre disposition pour la réalisation de ce travail. Elles sont présentées dans la liste suivante :

Ressources humaines :

- Eliséo Montanini, Directeur de Travail de Bachelor, chargé de cours HES
- Jean-David Sandoz, Bibliothécaire-documentaliste
- Isabelle Carrard et Corinne Jotterand Chaparro, Professeures Associées et Responsables du Module de Travail de Bachelor (TBS)
- Mischa Piraud, Docteur en sociologie urbaine et chercheur en science sociale
- Professeur·e·s HES et/ou diététicien·ne·s de formation pratique
- Autres professionnel·le·s de santé
- Camarades de classe
- Notre trinôme

Ressources matérielles :

- Bases de données scientifiques (PubMed, Cinahl, PsycINFO)
- Accès au centre de documentation (CEDOC)
- Sociétés savantes
- Littérature scientifique
- Ordinateur
- Support de cours de la Filière Nutrition et diététique
- Procès-verbaux
- Travaux de Bachelor des années précédentes
- Zotero

Ressources organisationnelles :

- Rendez-vous entre étudiantes
- Rendez-vous avec directeur de Travail de Bachelor
- Participation aux divers séminaires
- Temps alloué à la réalisation
- Calendrier Gantt
- Rendez-vous avec professionnel·le·s de la santé pour entretien
- Groupe WhatsApp entre étudiantes
- Google drive entre étudiantes, avec accès du directeur de Travail de Bachelor
- Agendas (électroniques ou papiers)

7. Bibliographie

1. Macht M, Simons G. Emotional Eating. Dans: Nyklicek I, Vingerhoets A, Zeelenberg M, directeurs. *Emotion Regulation and Well-Being*. New York, NY: Springer New York; 2011. doi:10.1007/978-1-4419-6953-8_17
2. Berthoz S. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. *European Psychiatry*. 2015;30(8, Supplement):S29-30. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.09.088
3. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*. 2015;26(1):1-26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781
4. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DTD. Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Pers Soc Psychol Bull*. 2010;36(6):792-804. doi:10.1177/0146167210371383
5. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 2008;50(1):1-11. doi:10.1016/j.appet.2007.07.002
6. Léna Bourdier. Affectivité et alimentation : étude de leurs liens au travers des concepts d'alimentation émotionnelle et d'addiction à l'alimentation [Thèse de Doctorat en ligne]. Nanterre: Université Paris Nanterre; 2017 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100142/2017PA100142.pdf>
7. Cathelain S, Brunault P, Ballon N, Réveillère C, Courtois R. L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. *La Presse Médicale*. 2016;45(12, Part 1):1154-63. doi:10.1016/j.lpm.2016.03.014
8. Organisation mondiale de la santé. Obésité [En ligne]. 2022 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
9. Inserm. Obésité - Une maladie des tissus adipeux [En ligne]. 2019 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
10. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [En ligne]. 2020 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
11. Giusti V, Panchaud M. Profil psychologique du patient obèse *Rev Med Suisse* [En ligne]. 2007 [cité le 19 décembre 2022];7(105):846-849. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-105/profil-psychologique-du-patient-obese>
12. Bichsel N. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev Med Suisse*. 2017;3(551):478-481. doi:10.53738/REVMED.2017.13.551.0478
13. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*. 2007;23(2):347-58. doi:10.1093/her/cym052
14. Latner JD, O'Brien KS, Durso LE, Brinkman LA, MacDonald T. Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes*. 2008;32(7):1145-52. doi:10.1038/ijo.2008.53

15. Rumsey N, Persson M, Yager Z, Diedrichs P, Harcourt D, Moss T. Theoretical Report: The incidence & impact of appearance dissatisfaction: What do we know? 2015.
16. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. Bulletin de psychologie. Paris: Groupe d'études de psychologie; 2010;Numéro 509(5):321-34. doi:10.3917/bupsy.509.0321
17. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. Journal of Psychosomatic Research. 2002;53(5):985-93. doi:10.1016/S0022-3999(02)00488-9
18. Schiltz L, Brytek-Matera A. Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. L'Évolution Psychiatrique. 2013;78(4):625-40. doi:10.1016/j.evopsy.2013.02.008
19. Rahme C, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Hallit R, Salameh P, et al. Emotional eating among Lebanese adults: scale validation, prevalence and correlates. Eat Weight Disord. 2021;26(4):1069-78. doi:10.1007/s40519-020-01001-7
20. Doré C. L'estime de soi : analyse de concept. Recherche en soins infirmiers. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2017;129(2):18-26. doi:10.3917/rsi.129.0018
21. Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008.
22. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):611-27. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004
23. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. Obesity. 2009;17(5):941-64. doi:10.1038/oby.2008.636
24. Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. Weight-Based Victimization Toward Overweight Adolescents: Observations and Reactions of Peers. Journal of School Health. 2011;81(11):696-703. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00646.x
25. Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, Schäffeler N, Zahn C, Wessel D, et al. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. BMC Public Health. 2012;12(1):525. doi:10.1186/1471-2458-12-525
26. O'Brien KS, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C, Griva K, et al. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. Appetite. 2016;102:70-6. doi:10.1016/j.appet.2016.02.032
27. Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Plan d'études cadre 2022 Bachelor of Science HES-SO en Nutrition et diététique [En ligne]. 2022 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/DIET/Reglements/pec_2022_nutrition_et_dietetique_def.pdf
28. Office fédéral de la santé publique OFSP. Surpoids et obésité [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas.html>

29. Schoumacker G. Prise en charge de l'obésité modérée à sévère: identification des freins à un suivi dédié par le médecin généraliste, le point de vue des patients [Thèse de Doctorat en ligne]. Nancy: Faculté de médecine de Nancy; 2019 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297699/document>
30. Haute Ecole de Santé Genève. Education thérapeutique du patient (2) [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/DIET/Modules/2021-2022/BSc2_20/nd_s3_2101_etp2_21-22.pdf
31. Swissuniversities, Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Domaine Santé : Bachelor HES-SO [En ligne]. 2019 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.hes-so.ch/fileadmin/documents/HES-SO/Documents_HES-SO/pdf/Bachelor/BROCHURE_Bachelor_Sante_2020.PDF
32. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions. *Annals of Internal Medicine*. 1997;126(5):337-416. doi : 10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006
33. Hemingway P, Brereton N. What is a systematic review? [En ligne]. 2009 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/Syst-review.pdf>
34. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [En ligne]. 2013 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
35. Office fédéral de la santé publique OFSP. IMC et tour de taille chez les adultes en Suisse. [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-koerpergewicht-bewegung/faktenblatt_bmi_und_taillenumfang_bei_erwachsenen_in_der_schweiz.pdf.download.pdf/Fiche%20d'information%20IMC%20et%20tour%20de%20taille%20chez%20les%20adultes%20en%20Suisse.pdf
36. Haute école de santé Genève. Bases de données [En ligne]. [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.hesge.ch/heds/centre-documentation/outils-documentaires/bases-donnees>
37. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. PRISMA Flow Diagram [En ligne]. 2021 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
38. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools [En ligne]. [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
39. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. doi:10.1001/jama.2013.281053
40. Association suisse des Commissions d'éthique de la recherche. swissethics [En ligne]. 2022 [cité le 11 décembre 2022]. Disponible sur: <https://swissethics.ch/fr/>

41. Association suisse des diététicien·ne·s. Code d'éthique professionnelle des diététicien·ne·s suisses [En ligne]. 2011 [cité le 9 décembre 2021]. Disponible sur: <https://svde-asdd.ch/fr/profession/ethique-professionnelle-et-deontologie/>
42. Association suisse des diététicien·ne·s. Code de déontologie [En ligne]. 2016 [cité le 14 décembre 2022]. Disponible sur: https://svde-asdd.ch/wp-content/uploads/2016/10/Code-de-d%C3%A9ontologie_ASDD_F.pdf
43. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
44. Di Vetta V, Szymanski J, Clarisse M, Giusti V. Lorsque le patient obèse ne perd pas de poids ou continue à en prendre.... Rev Med Suisse [En ligne]. 2012 [cité le 19 décembre 2022];2(334):673–677. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-334/lorsque-le-patient-obese-ne-perd-pas-de-poids-ou-continue-a-en-prendre>

8. Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des scores de l'alimentation émotionnelle les plus retrouvés dans la littérature, issu de la thèse de Léna Bourdier

(6)

Questionnaire	Items /Dimensions	Valence émotions	Modalités réponses	Caractéristiques
Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ): Sous-échelle « Désinhibition alimentaire » (1)*	3 items (parmi les 16 items de la sous-échelle « Désinhibition alimentaire »)	Négative	Vrai/Faux	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions.
Three-Factor Eating Questionnaire-R18 (TFEQ-R18): Sous-échelle « Alimentation émotionnelle » (2)*	3 items	Négative	1 (<i>Tout à fait vrai</i>) à 4 (<i>Tout à fait faux</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions.
Three-Factor Eating Questionnaire-R21 (TFEQ-R21): Sous-échelle « Alimentation émotionnelle » (3)	6 items	Négative	1 (<i>Tout à fait vrai</i>) à 4 (<i>Tout à fait faux</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions.
Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ): Sous-échelle « Alimentation émotionnelle » (4)*	13 items dont 9 évaluant des émotions clairement « identifiées » et 4 évaluant des émotions plus « diffuses ».	Négative	1 (<i>Jamais</i>) à 5 (<i>Très souvent</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue le « <i>désir de manger</i> » et non directement la consommation alimentaire.
Emotional Eating Scale (EES) (5)	25 items répartis en 3 sous-dimensions : - Colère/frustration (n=11) - Anxiété (n=9) - Dépression (n=5)	Négative	1 (Aucun désir de manger) à 5 (<i>Envie irrépressible de manger</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue le « <i>désir de manger</i> » et non directement la consommation alimentaire.
Emotional Eating Scale-2 (EES-2) (6)	34 items répartis en 4 sous-dimensions : - Colère (n=6) - Anxiété (n=5) - Humeur positive (n=11) - Dépression (n=12)	Négative Positive	1 (Intense diminution du désir de manger) à 5 (<i>Envie irrépressible de manger</i>)	- Évalue la tendance à manger <i>moins</i> et/ou à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue le « <i>désir de manger</i> » et non directement la consommation alimentaire.
Emotional Overeating Questionnaire (EOQ) (7)	6 émotions (5 négatives et 1 positive) présentées en lettres majuscules, suivies de deux ou trois synonymes entre parenthèses	Négative Positive	0 (<i>Aucun jour</i>) à 6 (<i>Tous les jours</i>)	- Évalue uniquement la tendance à manger <i>plus</i> en réponse aux émotions. - Évalue la <i>fréquence</i> du recours à l'alimentation émotionnelle sur les 28 derniers jours.
Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ) (8)*	22 items répartis en 4 sous-dimensions : - Émotions négatives (n=9) - Émotions positives (n=5) - Situations négatives (n=5) - Situations positives (n=3)	Négative Positive	1 (<i>Beaucoup moins</i>) à 9 (<i>Beaucoup plus</i>)	- Évalue la tendance à manger <i>moins</i> et/ou à manger <i>plus</i> en réponse à des états émotionnels et des situations émotionnelles.
Intuitive Eating Scale-2 (IES-2): Sous-échelle « Manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles » (9)*	8 items	Négative	1 (<i>Pas du tout d'accord</i>) à 5 (<i>Tout à fait d'accord</i>)	- Sous-échelle d'alimentation émotionnelle inversée : évalue la tendance à manger en réponse aux signaux internes de faim plutôt qu'en réponse aux émotions.

Annexe 2 : Critères diagnostiques du DSM-V de trouble de l'usage d'une substance autre

(43)

Troubles liés à une substance autre (ou inconnue)

Trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)
Intoxication par une substance autre (ou inconnue)
Sevrage d'une substance autre (ou inconnue)
Troubles induits par une substance autre (ou inconnue)
Trouble lié à une substance autre (ou inconnue) non spécifié

Trouble de l'usage d'une substance autre (ou inconnue)

Critères diagnostiques

- A. Mode d'usage problématique d'une substance psychoactive autre que l'alcool, la caféine, le cannabis, un hallucinogène (phencyclidine et autres), une substance inhalée, un opiacé, un sédatif, un hypnotique ou un anxiolytique, une substance stimulante ou le tabac, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes observées au cours d'une période de 12 mois :
1. La substance est souvent prise en plus grande quantité ou sur une période plus prolongée que prévu.
 2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.
 3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
 4. Envie impérieuse (*craving*) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.
 5. Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.
 6. Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.
 7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
 8. Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être dangereux physiquement.
 9. L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.
 10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
 11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (*cf.* les critères A et B du sevrage d'une substance autre [ou inconnue] p. 749).
 - b. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Annexe 3 : Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires

(44)

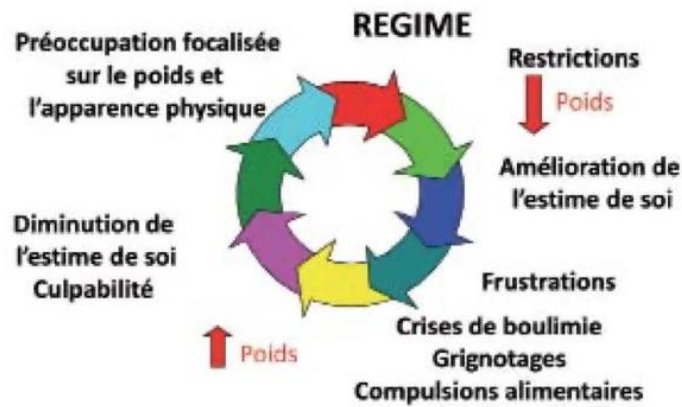
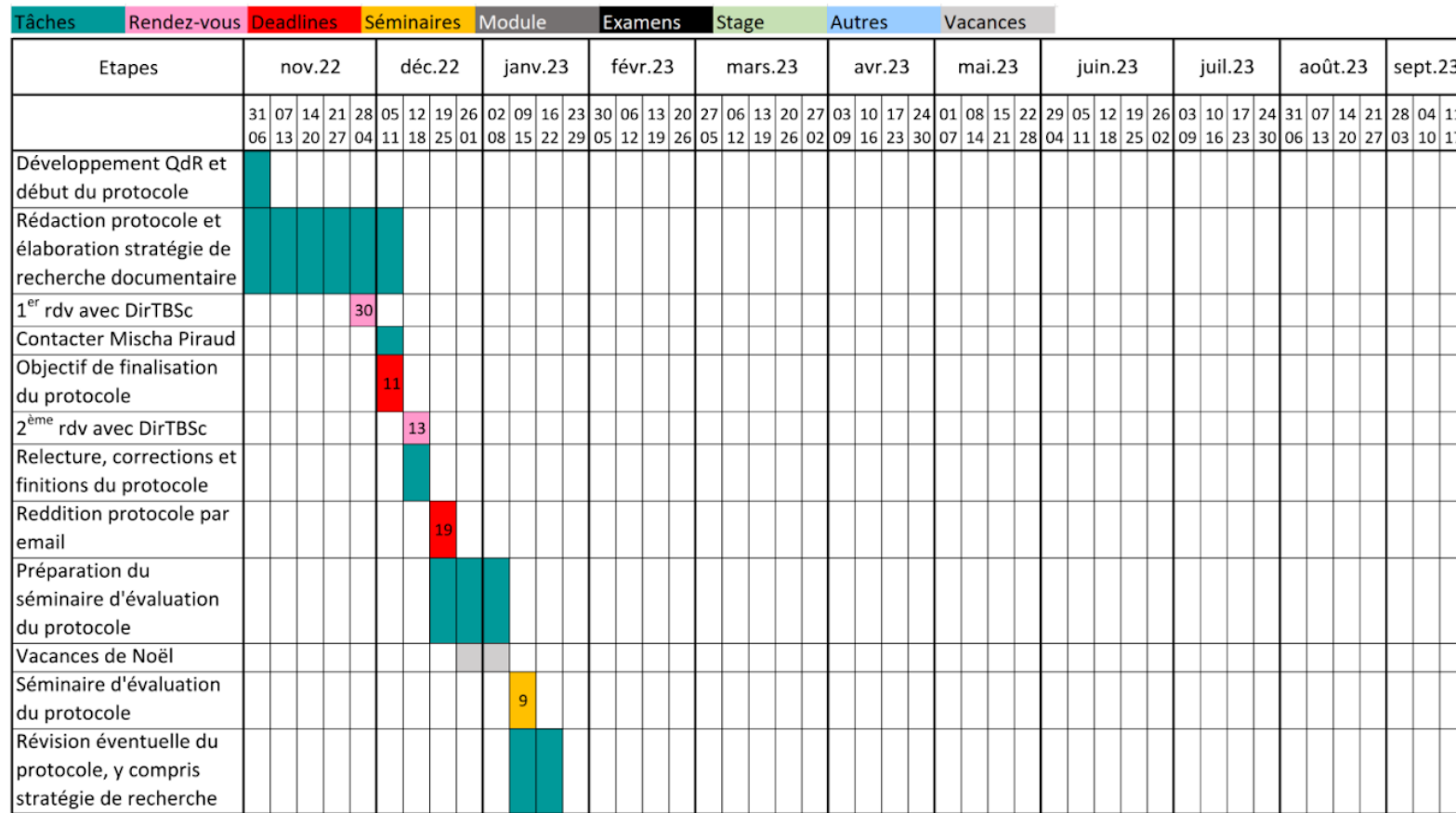


Figure 1. Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires

Filière Nutrition et diététique
2022

Annexe 4 : Diagramme de Gantt



Filière Nutrition et diététique
2022

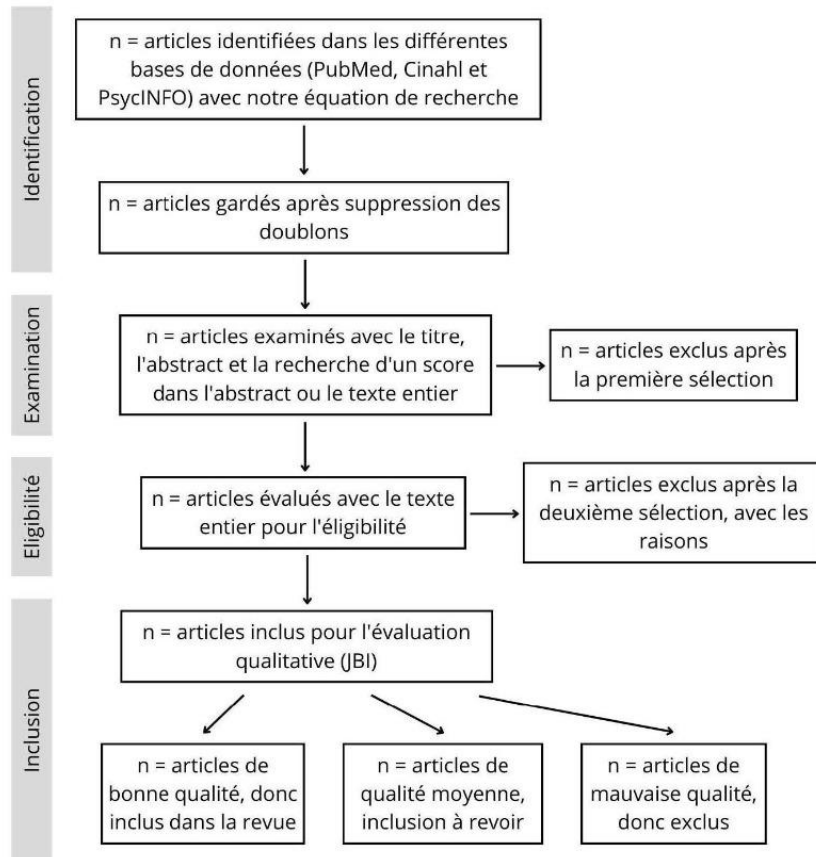
Etapes	nov.22				déc.22				janv.23				févr.23				mars.23				avr.23				mai.23				juin.23				juil.23				août.23				sept.23																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	31 06	07 13	14 20	21 27	28 04	05 11	12 18	19 25	26 01	02 08	09 15	16 22	23 29	30 05	06 12	13 19	20 26	27 02	28 05	29 12	30 19	01 26	02 03	03 09	04 16	05 23	06 30	07 07	08 14	09 21	10 28	11 04	12 11	13 18	14 25	15 02	16 09	17 16	18 23	19 30	20 06	21 13	22 20	23 27	24 03	25 10	26 17	27 24	28 31	29 07	30 14	01 21	02 28	03 04	04 11	05 18	06 25	07 01	08 08	09 15	10 22	11 29	12 05	13 12	14 19	15 26	16 02	17 09	18 16	19 23	20 30	21 06	22 13	23 20	24 27	25 03	26 10	27 17	28 24	29 31	30 07	01 14	02 21	03 28	04 04	05 11	06 18	07 25	08 01	09 08	10 15	11 22	12 29	13 05	14 12	15 19	16 26	17 02	18 09	19 16	20 23	21 30	22 06	23 13	24 20	25 27	26 03	27 10	28 17	29 24	30 31	01 07	02 14	03 21	04 28	05 04	06 11	07 18	08 25	09 01	10 08	11 15	12 22	13 29	14 05	15 12	16 19	17 26	18 02	19 09	20 16	21 23	22 30	23 06	24 13	25 20	26 27	27 03	28 10	29 17	30 24	01 31	02 07	03 14	04 21	05 28	06 04	07 11	08 18	09 25	10 01	11 08	12 15	13 22	14 29	15 05	16 12	17 19	18 26	19 02	20 09	21 16	22 23	23 30	24 06	25 13	26 20	27 27	28 03	29 10	30 17	01 24	02 31	03 07	04 14	05 21	06 28	07 04	08 11	09 18	10 25	11 01	12 08	13 15	14 22	15 29	16 05	17 12	18 19	19 26	20 02	21 09	22 16	23 23	24 30	25 06	26 13	27 20	28 27	29 03	30 10	01 17	02 24	03 31	04 07	05 14	06 21	07 28	08 04	09 11	10 18	11 25	12 01	13 08	14 15	15 22	16 29	17 05	18 12	19 19	20 26	21 02	22 09	23 16	24 23	25 30	26 06	27 13	28 20	29 27	30 03	01 10	02 17	03 24	04 31	05 07	06 14	07 21	08 28	09 04	10 11	11 18	12 25	13 01	14 08	15 15	16 22	17 29	18 05	19 12	20 19	21 26	22 02	23 09	24 16	25 23	26 30	27 06	28 13	29 20	30 27	01 03	02 10	03 17	04 24	05 31	06 07	07 14	08 21	09 28	10 04	11 11	12 18	13 25	14 01	15 08	16 15	17 22	18 29	19 05	20 12	21 19	22 26	23 02	24 09	25 16	26 23	27 30	28 06	29 13	30 20	01 27	02 03	03 10	04 17	05 24	06 31	07 07	08 14	09 21	10 28	11 04	12 11	13 18	14 25	15 01	16 08	17 15	18 22	19 29	20 05	21 12	22 19	23 26	24 02	25 09	26 16	27 23	28 30	29 06	30 13	01 20	02 27	03 03	04 10	05 17	06 24	07 31	08 07	09 14	10 21	11 28	12 04	13 11	14 18	15 25	16 01	17 08	18 15	19 22	20 29	21 05	22 12	23 19	24 26	25 02	26 09	27 16	28 23	29 30	30 06	01 13	02 20	03 27	04 03	05 10	06 17	07 24	08 31	09 07	10 14	11 21	12 28	13 04	14 11	15 18	16 25	17 01	18 08	19 15	20 22	21 29	22 05	23 12	24 19	25 26	26 02	27 09	28 16	29 23	30 30	01 06	02 13	03 20	04 27	05 03	06 10	07 17	08 24	09 31	10 07	11 14	12 21	13 28	14 04	15 11	16 18	17 25	18 01	19 08	20 15	21 22	22 29	23 05	24 12	25 19	26 26	27 02	28 09	29 16	30 23	01 30	02 06	03 13	04 20	05 27	06 03	07 10	08 17	09 24	10 31	11 07	12 14	13 21	14 28	15 04	16 11	17 18	18 25	19 01	20 08	21 15	22 22	23 29	24 05	25 12	26 19	27 26	28 02	29 09	30 16	01 23	02 30	03 06	04 13	05 20	06 27	07 03	08 10	09 17	10 24	11 31	12 07	13 14	14 21	15 28	16 04	17 11	18 18	19 25	20 01	21 08	22 15	23 22	24 29	25 05	26 12	27 19	28 26	29 02	30 09	01 16	02 23	03 30	04 06	05 13	06 20	07 27	08 03	09 10	10 17	11 24	12 31	13 07	14 14	15 21	16 28	17 04	18 11	19 18	20 25	21 01	22 08	23 15	24 22	25 29	26 05	27 12	28 19	29 26	30 02	01 09	02 16	03 23	04 30	05 06	06 13	07 20	08 27	09 03	10 10	11 17	12 24	13 31	14 07	15 14	16 21	17 28	18 04	19 11	20 18	21 25	22 01	23 08	24 15	25 22	26 29	27 05	28 12	29 19	30 26	01 02	02 09	03 16	04 23	05 30	06 06	07 13	08 20	09 27	10 03	11 10	12 17	13 24	14 31	15 07	16 14	17 21	18 28	19 04	20 11	21 18	22 25	23 01	24 08	25 15	26 22	27 29	28 05	29 12	30 19	01 26	02 02	03 09	04 16	05 23	06 30	07 06	08 13	09 20	10 27	11 03	12 10	13 17	14 24	15 31	16 07	17 14	18 21	19 28	20 04	21 11	22 18	23 25	24 01	25 08	26 15	27 22	28 29	29 05	30 12	01 19	02 26	03 02	04 09	05 16	06 23	07 30	08 06	09 13	10 20	11 27	12 03	13 10	14 17	15 24	16 31	17 07	18 14	19 21	20 28	21 04	22 11	23 18	24 25	25 01	26 08	27 15	28 22	29 29	30 05	01 12	02 19	03 26	04 02	05 09	06 16	07 23	08 30	09 06	10 13	11 20	12 27	13 03	14 10	15 17	16 24	17 31	18 07	19 14	20 21	21 28	22 04	23 11	24 18	25 25	26 01	27 08	28 15	29 22	30 29	01 05	02 12	03 19	04 26	05 02	06 09	07 16	08 23	09 30	10 06	11 13	12 20	13 27	14 03	15 10	16 17	17 24	18 31	19 07	20 14	21 21	22 28	23 04	24 11	25 18	26 25	27 01	28 08	29 15	30 22	01 29	02 05	03 12	04 19	05 26	06 02	07 09	08 16	09 23	10 30	11 06	12 13	13 20	14 27	15 03	16 10	17 17	18 24	19 31	20 07	21 14	22 21	23 28	24 04	25 11	26 18	27 25	28 01	29 08	30 15	01 22	02 29	03 05	04 12	05 19	06 26	07 02	08 09	09 16	10 23	11 30	12 06	13 13	14 20	15 27	16 03	17 10	18 17	19 24	20 31	21 07	22 14	23 21	24 28	25 04	26 11	27 18	28 25	29 01	30 08	01 15	02 22	03 29	04 05	05 12	06 19	07 26	08 02	09 09	10 16	11 23	12 30	13 06	14 13	15 20	16 27	17 03	18 10	19 17	20 24	21 31	22 07	23 14	24 21	25 28	26 04	27 11	28 18	29 25	30 01	01 08	02 15	03 22	04 29	05 05	06 12	07 19	08 26	09 02	10 09	11 16	12 23	13 30	14 06	15 13	16 20	17 27	18 03	19 10	20 17	21 24	22 31	23 07	24 14	25 21	26 28	27 04	28 11	29 18	30 25	01 01	02 08	03 15	04 22	05 29	06 05	07 12	08 19	09 26	10 02	11 09	12 16	13 23	14 30	15 06	16 13	17 20	18 27	19 03	20 10	21 17	22 24	23 31	24 07	25 14	26 21	27 28	28 04	29 11	30 18	01 25	02 01	03 08	04 15	05 22	06 29	07 05	08 12	09 19	10 26	11 02	12 09	13 16	14 23	15 30	16 06	17 13	18 20	19 27	20 03	21 10	22 17	23 24	24 31	25 07	26 14	27 21	28 28	29 04	30 11	01 18	02 25	03 01	04 08	05 15	06 22	07 29	08 05	09 12	10 19	11 26	12 02	13 09	14 16	15 23	16 30	17 06	18 13	19 20	20 27	21 03	22 10	23 17	24 24	25 31	26 07	27 14	28 21	29 28	30 04	01 11	02 18	03 25	04 01	05 08	06 15	07 22	08 29	09 05	10 12	11 19	12 26	13 02	14 09	15 16	16 23	17 30	18 06	19 13	20 20	21 27	22 03	23 10	24 17	25 24	26 31	27 07	28 14	29 21	30 28	01 04	02 11	03 18	04 25	05 01	06 08	07 15	08 22	09 29	10 05	11 12	12 19	13 26	14 02	15 09	16 16	17 23	18 30	19 06	20 13	21 20	22 27	23 03	24 10	25 17	26 24	27 31	28 07	29 14	30 21	01 28	02 04	03 11	04 18	05 25	06 01	07 08	08 15	09 22	10 29	11 05	12 12	13 19	14 26	15 02	16 09	17 16	18 23	19 30	20 06	21 13	22 20	23 27	24 03	25 10	26 17	27 24	28 31	29 07	30 14	01 21	02 28	03 04	04 11	05 18	06 25	07 01	08 08	09 15	10 22	11 29	12 05	13 12	14 19	15 26	16 02	17 09	18 16	19 23	20 30	21 06	22 13	23 20	24 27	25 03	26 10	27 17	28 24	29 31	30 07	01 14	02 21	03 28	04 04	05 11	06 18	07 25	08 01	09 08	10 15	11 22	12 29	13 05	14 12	15 19	16 26	17 02	18 09	19 16	20 23	21 30	22 06	23 13	24 20	25 27	26 03	27 10	28 17	29 24	30 31	01 07	02 14	03 21	04 28	05 04	06 11	07 18	08 25	09 01	10 08	11 15	12 22	13 29	14 05	15 12	16 19	17 26	18 02	19 09	20 16	21 23	22 30	23 06	24 13	25 20	26 27	27 03	28 10	29 17	30 24	01 31	02 07	03 14	04 21	05 28	06 04	07 11	08 18	09 25	10 01	11 08	12 15	13 22	14 29	15 05	16 12	17 19	18 26	19 02	20 09	21 16	22 23	23 30	24 06	25 13	26 20	27 27	28 03	29 10	30 17	01 24	02 31	03 07	04 14	05 21	06 28	07 04	08 11	09 18	10 25	11 0

Filière Nutrition et diététique
2022

Etapes	nov.22					déc.22					janv.23					févr.23					mars.23					avr.23					mai.23					juin.23					juil.23					août.23					sept.23				
	31 06	07 13	14 20	21 27	28 04	05 11	12 18	19 25	26 01	02 08	09 15	16 22	23 29	30 05	06 12	13 19	20 26	27 02	28 09	29 16	30 23	01 30	02 06	03 13	04 20	05 27	06 03	07 10	08 17	09 24	10 31	11 07	12 14	13 21	14 28	15 04	16 11	17 18	18 25	19 02	20 09	21 16	22 23	23 30	24 06	25 13	26 20	27 27	28 03	29 10	30 17				
Transcription des entretiens																																																							
4ème rdv avec DirTBSc																																																							
Module Insertion professionnelle																																																							
Rédaction du TBSc																																																							
Analyse résultats de la recherche littéraire																																																							
Séminaire "Résultats"																																																							
Analyse des entretiens																																																							
5ème rdv avec DirTBSc																																																							
Séminaire "Discussion"																																																							
Création du poster																																																							
Session d'examens																																																							
Objectif de finalisation du TBSc																																																							
Relecture, corrections et finitions du TBSc																																																							
Reddition du TBSc																																																							
Préparation de la soutenance																																																							
Soutenance																																																							

Annexe 5 : Flowchart sélection et analyse qualité des articles

(37)



Annexe 6 : Grilles JBI pour RCT

(38)

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Annexe 17 : Poster

h e d s
Haute école de santé
Genève
Filière Nutrition et diététique

Alimentation émotionnelle : méthodes efficaces et praticables par les diététicien·ne·s ?

Solène DE GOL, Evolena KAESER et Sabrina NUNES GAMEIRO

1. Introduction

- L'alimentation émotionnelle (AE) désigne le fait de s'alimenter pour répondre à une émotion. Elle devient **problématique** lorsqu'elle engendre des conséquences négatives sur la santé psychique et/ou physique.
- Les diététicien·ne·s sont confronté·e·s à cette thématique : l'AE est plus souvent problématique dans une population en **surpoids ou obèse**, car l'influence des émotions sur le comportement alimentaire est plus forte chez les personnes obèses, et peut constituer un frein à la perte de poids.
- Ce travail a pour but de relever les **méthodes concrètes et efficaces** à la diminution de l'AE pouvant être utilisées directement par les diététicien·ne·s.

2. Méthodologie

1	2
Chez les adultes en surpoids ou obésité souffrant d'alimentation émotionnelle, quelles interventions peuvent diminuer ce comportement alimentaire ?	Parmi les interventions pouvant diminuer l'alimentation émotionnelle, lesquelles peuvent être utilisées par les diététicien·ne·s ?
Recherche de littérature sur trois bases de données : PubMed, Cinahl, PsycINFO 151 articles identifiés entre 2010 et 2023	Analyse de trois entretiens menés avec des diététicien·ne·s spécialistes du domaine de l'obésité et/ou de l'AE

3. Résultats

Dix essais contrôlés randomisés datant de 2013 à 2023 et trois entretiens

4. Conclusion

- Après l'analyse de nos résultats et la comparaison avec d'autres revues systématiques, les méthodes efficaces pour réduire l'AE problématique chez les personnes en surpoids ou obèses, et dont les diététicien·ne·s ont des connaissances de base, sont : la **pleine conscience**, la **thérapie d'acceptation et d'engagement**, ainsi que la **thérapie comportementale dialectique associée à la pleine conscience**.
- Les diététicien·ne·s jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de l'AE.

Points importants pour la prise en charge de l'AE par les diététicien·ne·s :

- Identifier l'AE problématique à l'aide de **questionnaires** existants adéquats ou à l'aide d'outils de dépistage devant encore être développés par la recherche.
- Utiliser un **panel varié d'outils et méthodes** afin d'individualiser la prise en charge.
- Être attentif·ve à ses **limites** et avoir recours à l'**interprofessionnalité**.
- Approfondir ses connaissances et compétences à l'aide de **formations complémentaires** dans le domaine.

5. Perspectives

- Uniformiser** les études sur l'AE en terme de : but, durée, population, groupe contrôle, protocole
- Études supplémentaires** sur l'AE pour clarifier : sa définition, sa prévention, son traitement, ses liens avec d'autres pathologies et les questionnaires et autres outils permettant son dépistage
- Développer des **formations continues** axées sur l'AE et les méthodes pour sa prise en charge
- Développer un **recueil d'outils** pour sa prise en charge

Eliséo Montanini, Directeur de Travail de Bachelor
solene.degol@gmail.com ; evolena.kaeser@gmail.com ; sabrinagameiro@gmail.com

Hes·SO GENÈVE
Haute École Spécialisée
de Suisse occidentale