

Quel est le rôle et quelles sont les interventions réalisables par les diététicien.ne.s dans la prise en charge de l'addiction à l'alimentation ? Une revue de la portée.

Travail de Bachelor

Sandra Mila KNOBLAUCH

N° matricule : 18317693

Directeur/Directrice : Claire Pijollet – Maître d'enseignement HEdS

Membre du jury : Céline Vaudaux – Diététicienne diplômée HES ASDD

Juillet, 2024

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 ou de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

J'atteste avoir réalisé seule le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail.

Fait à Genève, le 31 juillet 2024

Sandra Mila Knoblauch

Remerciements

Je souhaite exprimer ma gratitude à Madame Claire Pijollet, ma directrice de travail de Bachelor pour son soutien, ses remarques avisées et ses commentaires constructifs tout au long de l'élaboration et de la rédaction de ce travail.

J'adresse également mes remerciements à Madame Isabelle Carrard et Madame Corinne Jotterand-Chapparo pour leurs conseils éclairés et leurs réponses approfondies, particulièrement en ce qui concerne la méthodologie de recherche.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Jean-David Sandoz, bibliothécaire sur le site HEdS des Caroubiers pour son assistance précieuse dans la recherche et l'acquisition des articles nécessaires à mon travail.

Pour terminer, je fais part de ma gratitude à ma famille, mes amis et mes proches pour leur soutien constant tout au long de cette période.

Résumé

Introduction : Le concept d'addiction à l'alimentation est hautement controversé, sans consensus sur sa définition ni sur sa classification en tant qu'addiction de substance ou comportementale. Les outils diagnostiques comme le Yale Food Addiction Scale (YFAS) sont disputés et la littérature sur le sujet est vague. Les traitements proposés varient largement, et il n'existe pas de directives établies. Malgré leur expertise en nutrition et en comportements associés, l'implication des diététicien·ne·s dans le traitement de l'addiction à l'alimentation est peu documentée.

Objectif(s) : L'objectif principal est de compiler les interventions réalisables par les diététicien·ne·s dans la prise en charge de patient.e.s atteint.e.s d'addiction à l'alimentation. De plus, ce travail vise à clarifier le rôle des diététicien.ne.s dans le traitement de l'addiction à l'alimentation.

Méthode : Cette étude consiste en une revue de la portée de la littérature scientifique, compilant diverses études investiguant des interventions sur des individus souffrant d'addiction à l'alimentation. Afin de définir les interventions réalisables par les diététicien.ne.s, l'étude se base sur les domaines d'intervention du Processus de Soins en Nutrition, permettant une classification subséquente des interventions dans ces domaines.

Résultats : Les études sélectionnées ($n = 4$), interventionnelles et avec un bon score de qualité, révèlent des résultats prometteurs concernant les interventions relevant du counseling nutritionnel ainsi que celles relatives au mode d'administration des aliments et/ou des nutriments, notamment sur la réduction du score d'addiction à l'alimentation, l'activation cérébrale, et l'amélioration des comportements alimentaires chez les individus souffrant d'addiction à l'alimentation. Plus précisément, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et l'entretien motivationnel (EM), tous deux associés au counseling nutritionnel, ont démontré une efficacité significative dans la diminution des scores d'addiction alimentaire parmi les participant.e.s. Par ailleurs, les interventions axées sur le mode d'administration des aliments et des nutriments ont exercé un impact notable sur l'activation cérébrale ainsi que sur les comportements alimentaires des participant.e.s.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'importance des diététicien.ne.s dans la prise en charge des patient.e.s souffrant d'addiction alimentaire, tout en clarifiant leur rôle spécifique dans ce domaine. Toutefois, il est impératif de mener des recherches complémentaires afin d'établir un inventaire complet des interventions réalisables par les diététicien.ne.s dans le contexte de l'addiction alimentaire.

Mots-clés : addiction à l'alimentation ; diététicien ; traitement ; Processus de Soins en Nutrition ; intervention ; nutrition ; diététique

Abstract

Introduction : The concept of food addiction is highly controversial, with no consensus on its definition or classification as either a substance or behavioral addiction. Diagnostic tools such as the Yale Food Addiction Scale (YFAS) are disputed, and the literature on the subject remains vague. Suggested treatments vary widely, and no established guidelines exist. Despite their expertise in nutrition and related behaviors, the involvement of dietitians in the treatment of food addiction is not well-documented.

Objective(s) : The primary aim is to compile feasible interventions by dietitians in managing patients with food addiction. Additionally, this work seeks to clarify the role of dietitians in the treatment of food addiction.

Method : This study is a scoping review of scientific literature, compiling various studies that investigate interventions for individuals suffering from food addiction. To define feasible interventions by dietitians, the study is based on the intervention domains of the Nutrition Care Process (NCP), allowing subsequent classification of interventions within these domains.

Résultats : The selected studies ($n = 4$), which are interventional and of high quality, reveal promising outcomes concerning interventions related to nutritional counseling as well as those focused on food and nutrition delivery. Specifically, these interventions have shown effectiveness in reducing food addiction, modulating brain activation, and improving eating behaviors among individuals with food addiction. Cognitive-behavioral therapy (CBT) and motivational interviewing (MI), both associated with nutritional counseling, demonstrated significant effectiveness in lowering food addiction scores among participants. Additionally, interventions targeting food and nutrition delivery had a notable impact on brain activation and eating behaviors of the participants.

Conclusion : These results underscore the importance of registered dietitians in the management of patients suffering from food addiction, while also clarifying their specific role in this area. However, further research is essential to establish a comprehensive inventory of interventions that dietitians can implement in the context of food addiction.

Keywords : food addiction ; eating addiction ; registered dietician ; treatment ; Nutrition Care Process ; intervention ; nutrition, dietetics

Liste des abréviations

ADA	American Dietetic Association
AEBS	Addiction-like Eating Behaviour Scale
AET	Apport énergétique total
AGMI	Acides gras monoinsaturés
AGPI	Acides gras polyinsaturés
AGS	Acides gras saturés
AGT	Acides gras trans
AND	Academy of Nutrition and Dietetics
ASAM	American Society for Addiction Medicine
ATV	Aire tegmentale ventrale
AUT	Aliments ultra-transformés
BED	Binge-Eating Disorder
CPF	Cortex préfrontal
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)
EM	Entretien motivationnel
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
FMT	Faisceau médian du télencéphale
GROS	Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids
IG	Indice glycémique
IMC	Indice de masse corporelle
JBI	Johanna Briggs Institute
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MeSH Term	Medical Subject Headings Term
NAc	Noyau accumbens
OA	Overeaters Anonymous
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSN	Processus de Soins en Nutrition

RCT	Randomized Controlled Trial
R24	Rappel de 24 heures
SUD	Substance Use Disorder
TBSc	Travail de Bachelor
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
YFAS	Yale Food Addiction Scale

Table des matières

Déclaration	i
Remerciements	ii
Résumé	iii
Abstract	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	x
Liste des figures	x
1. Introduction	1
2. Cadre de référence	2
2.1 Définitions et controverse	2
2.2 Différence entre addictions de substance et comportementale	2
2.2.1 Addictions de substance	2
2.2.2 Addictions comportementales	3
2.3 Dépendance	3
2.4 Définition de l'addiction à alimentation	4
2.5 Controverse	4
2.6 Processus addictif	7
2.6.1 Circuits neuronaux de la récompense	7
2.6.2 Neurotransmetteurs impliqués dans le processus addictif	9
2.6.3 Neuroplasticité et addiction	10
2.6.4 Cycle de l'addiction : intoxication, manque et anticipation	10
2.6.5 Facteurs neurobiologiques, génétiques et environnementaux	12
2.6.6 Trouble de l'usage de substances	13
2.6.7 Aliments « addictifs »	14
2.6.8 Problématique du sevrage lors d'addiction à l'alimentation	15
2.7 Traitements	16
2.7.1 Traitement habituel des addictions aux drogues et à l'alcool	16
2.7.2 Traitements de l'addiction à l'alimentation décrits dans la littérature	17
2.7.3 Traitements des troubles du comportement alimentaire	19
2.8 Différences avec les accès hyperphagiques	19
2.8.1 Traitements du BED proposés dans la littérature	20
2.8.2 L'obésité	21
2.8.3 Traitements de l'obésité	22
2.8.4 Rôle des diététiciens dans la prise en charge de l'obésité	23
2.9 Diagnostic et épidémiologie de l'addiction à l'alimentation	23
2.9.1 Outils diagnostic	23
2.9.2 Epidémiologie	25

3. Question de recherche	26
4. But du Travail de Bachelor.....	27
5. Méthodes	28
5.1 Devis d'étude et éthique	28
5.2 Stratégie de recherche.....	28
5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	30
5.4 Sélection des articles.....	30
5.5 Evaluation de la qualité	31
5.6 Extraction des données	31
5.7 Classement des interventions selon le PSN	32
5.8 Synthèse des données, présentation des résultats et analyses.....	33
6. Résultats.....	34
6.1 Résultats de la recherche de littérature.....	34
6.2 Caractéristiques des articles inclus	36
6.3 Résultats de la qualité des études	41
6.4 Résultats généraux	43
6.5 Résultats spécifiques	47
6.5.1 Score du YFAS.....	47
6.5.2 Comportement alimentaire.....	47
6.5.3 Activation cérébrale	47
6.5.4 Autres résultats.....	48
7. Discussion.....	51
7.1 Résultats principaux.....	51
7.2 Explications en lien avec la littérature.....	51
7.3 Limites et forces des études	55
7.4 Limites et forces du travail.....	56
7.5 Perspectives pour la recherche	56
7.6 Implications pour la pratique	57
8. Conclusion	59
Liste de références.....	60
Annexe 1 : les 12 étapes du programme OA.....	69
Annexe 2 : Questionnaire YFAS 2.0.....	70
Annexe 3 : Questionnaire AEBS	72
Annexe 4 : Grille qualité pour études quasi-expérimentales.....	73
Annexe 5 : Grille qualité pour essais randomisés contrôlés.....	77
Annexe 6 : Rôles et compétences des diététicien.ne.s.....	81

Annexe 7 : Protocole	82
Annexe 8 : Poster	97

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères d'addiction de substance du DSM-5.....	2
Tableau 2 : Critères de Griffiths d'addiction comportementale	3
Tableau 3 : Critique de la modélisation sur les critères du DSM-5	5
Tableau 4 : Implications des principaux neurotransmetteurs.....	9
Tableau 5 : Facteurs de risque du SUD	13
Tableau 6 : Médicaments utilisés dans le traitement des SUD.....	16
Tableau 7 : Approches utilisées dans le traitement des SUD et addictions comportementales.....	17
Tableau 8 : Outils mis à dispositions dans le programme OA	18
Tableau 9 : Similarités/différences entre le BED et l'addiction à l'alimentation selon Ratković	20
Tableau 10 : Interventions nutritionnelles lors de la prise en charge du BED	21
Tableau 11 : Recommandations de l'ESPEN et de l'ADA.....	23
Tableau 12 : Prévalence de l'addiction à l'alimentation selon le type de population	25
Tableau 13 : Rédaction des concepts en MeSH Terms et résultats des recherches	29
Tableau 14 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles	30
Tableau 15 : Caractéristiques des articles sélectionnés	38
Tableau 16 : Evaluation de la qualité de l'étude quasi-expérimentale	41
Tableau 17 : Evaluation de la qualité des RCT	42
Tableau 18 : Interventions mises en évidence dans les articles	44
Tableau 19 : Détail des interventions de l'étude de Burrows et al.	45
Tableau 20 : Composition des capsules de probiotiques.....	46
Tableau 21 : Détail des interventions de l'article de Skinner et al.....	46
Tableau 22 : Efficacité et impact des interventions menées dans les études.....	50
Tableau 23 : Interventions proposées dans la littérature	53

Liste des figures

Figure 1 : Circuit neuronal de l'addiction	9
Figure 2 : Cycle de l'addiction	11
Figure 3 : Causes de l'obésité chez l'adulte	22
Figure 4 : Schéma du Processus de Soins en Nutrition.....	32
Figure 5 : PRISMA Flowchart.....	35

1. Introduction

Ce Travail de Bachelor (TBS) constitue le dernier travail de mon cursus au sein de la Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS-GE) dans la filière Nutrition et diététique. Il a été effectué sur une période de plusieurs mois, plus précisément de novembre 2023 à juillet 2024, sous la supervision de Mme Claire Pijollet. Le format du travail est une revue de la littérature sur le sujet de l'addiction à l'alimentation, extrêmement controversé dans la communauté scientifique.

L'addiction, définie comme une dépendance compulsive à une substance ou une activité malgré ses conséquences négatives, s'applique également à l'alimentation (cf. chapitre 2.4). L'addiction à l'alimentation se caractérise par une consommation excessive et incontrôlée de certains aliments, souvent riches en sucre, en graisse ou en sel, provoquant une détresse significative (cf. chapitre 2.6.7). Contrairement à d'autres addictions comme celles aux drogues ou à l'alcool, l'addiction à l'alimentation est complexe car elle implique un besoin physiologique de base. De plus, elle se distingue des troubles du comportement alimentaire (TCA) tels que l'anorexie ou la boulimie, qui sont souvent motivés par des préoccupations concernant le poids et l'image corporelle (cf. chapitre 2.7.3). Le but de ce travail est de clarifier la place essentielle des diététicien.ne.s dans le traitement de cette problématique, en tant qu'acteurs clés pour offrir un accompagnement personnalisé et scientifique.

2. Cadre de référence

Ce chapitre définit l'addiction, décrit le processus addictif, examine les particularités de l'addiction à l'alimentation par rapport à d'autres addictions, et explore les liens et distinctions avec les accès hyperphagiques.

2.1 Définitions et controverse

Selon la société américaine de la médecine de l'addiction (ASAM), l'addiction peut être définie comme « une maladie chronique des circuits cérébraux de la récompense, de la motivation, de la mémoire et des circuits associés » (1). Lorsque le cerveau éprouve du plaisir en réaction à certaines substances ou à certains comportements, un cycle de dépendance peut s'installer (2). Ce cycle de dépendance peut être résumé en trois phases : l'intoxication, le manque et l'anticipation (2).

2.2 Différence entre addictions de substance et comportementale

2.2.1 Addictions de substance

Les addictions aux substances psychoactives ou psychostimulantes telles que l'alcool, la nicotine, les benzodiazépines ou encore les amphétamines sont caractérisées par l'administration de substance par injection, ingestion ou inhalation (1). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) liste les critères diagnostics suivants (tableau 1) (3) :

Tableau 1 : Critères d'addiction de substance du DSM-5

1	Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (« <i>craving</i> »)
2	Perte de maîtrise quant à la quantité consommée et au temps consacré à l'usage de la substance
3	Une part significative du temps est dédiée à la quête de substance
4	Augmentation de la tolérance à la substance addictive
5	Apparition d'un syndrome de sevrage, caractérisé par un ensemble de symptômes résultant de l'arrêt soudain de la consommation
6	Incapacité de satisfaire les obligations importantes en raison de la consommation de la substance
7	Consommation de la substance malgré l'existence d'un risque physique
8	Difficultés personnelles ou sociales causées par l'addiction ou par la substance elle-même
9	Volonté ou efforts continus pour réduire les doses de la substance
10	Réduction des activités au bénéfice de la consommation
11	Poursuite de la consommation malgré les dommages physiques ou psychologiques

Tiré de : American Psychiatric Association, 2013, p.577-578

2.2.2 Addictions comportementales

La ASAM définit l'addiction comportementale comme caractérisée essentiellement par l'incapacité à résister à une impulsion, un besoin ou une tentation de réaliser un acte nuisible pour la personne ou autrui (1). L'addiction au sexe, aux jeux d'argent, la kleptomanie mais aussi les achats compulsifs en sont des exemples bien que le DSM-5 ne reconnaît officiellement que l'addiction aux jeux d'argent (1,2).

Selon Peel et Griffiths, les symptômes physiques des addictions de substance sont généralement absents dans les addictions comportementales. De plus, le précurseur principal des addictions comportementales est la présence de dépression, d'addiction de substance ou de manque, d'anxiété sociale ou encore de d'isolation sociale (4).

Tableau 2 : Critères de Griffiths d'addiction comportementale

Importance	Domination de la vie de l'individu par le comportement en question
Euphorie	Ressentie à la suite du comportement
Tolérance	Comportement entrepris de manière de plus en plus intense afin d'atteindre le même niveau d'euphorie/de plaisir
Manque	Apparition d'émotions ou de symptômes physiques désagréables à la suite de la cessation du comportement
Conflit	Conflits interpersonnels ou internes amenés par le comportement
Rechute	Reprise du comportement avec la même intensité après des tentatives d'abstinence, conséquences négatives sur la vie, négligence des activités ou opportunités professionnelles

Tiré de : Alavi, 2012, p.292

2.3 Dépendance

La dépendance est définie par le « Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics » comme une adaptation physiologique apparaissant lorsque des substances agissant sur le système nerveux central sont ingérées, avec un effet de rebond lorsque celles-ci sont arrêtées brusquement (5). Par ailleurs, la manifestation d'un syndrome de sevrage après l'arrêt de la consommation de la substance constitue la seule preuve de la dépendance (5). En outre, il n'est pas indispensable que ladite substance induise de l'euphorie, du plaisir ou d'autres sensations renforçant sa prise pour qu'une dépendance se développe : selon Goodman et Gilman, la dépendance résulte simplement du principe d'homéostasie puisque le corps s'ajuste pour maintenir un état stable en réponse à l'usage continu d'une substance, ce qui mène à la tolérance et à la dépendance physique, rendant l'arrêt difficile sans provoquer de symptômes de sevrage (5).

L'addiction, telle que décrite précédemment, comporte un usage compulsif, des envies irrésistibles (« craving ») et la perte de contrôle en plus de la dépendance (5).

2.4 Définition de l'addiction à alimentation

L'addiction à l'alimentation est définie comme une pathologie chronique et récidivante causée par l'interaction de nombreuses variables complexes qui augmentent les envies pour certains aliments spécifiques afin d'atteindre un état de plaisir ou d'excitation, ou de soulager des états émotionnels ou physiques négatifs (6). A ce jour, les critères diagnostics utilisés découlent du recoupement avec les critères du DSM-5 pour les addictions de substances (6).

Il s'agit d'un concept récent dont les premières publications datent de 2009 avec les travaux d'A. Gearhardt qui détaille le concept et propose un outil d'évaluation et de diagnostic : le « Yale Food Addiction Scale » (YFAS) (7).

2.5 Controverse

Certains auteurs établissent une corrélation entre certains troubles alimentaires, tels que la surconsommation alimentaire ou le trouble de l'alimentation compulsive (aussi connu sous le nom d'« accès hyperphagiques ») et des comportements addictifs. Pour d'autres, les modèles existants ne parviennent pas à associer la notion de dépendance à des catégories d'aliments riches en graisse, en sucre ou simplement palatables (8). Bien que ces aliments présentent des risques pour la santé sur le plan métabolique et cardiovasculaire, aucune donnée actuelle ne spécifie la concentration précise de nutriments pouvant déclencher un processus addictif (8). De plus, ils remettent en question l'idée selon laquelle le concept mesuré par l'échelle YFAS ne serait que la réflexion d'un comportement alimentaire désordonné plutôt que d'une véritable dépendance. Pour ces auteurs, il existerait un risque de médicaliser un comportement qui pourrait simplement découler d'habitudes alimentaires néfastes (8).

Ziauddeen et Fletcher soutiennent que les études cherchant à établir un lien entre les modifications neuronales associées à l'addiction aux substances et celles liées à l'addiction alimentaire ont révélé des incohérences significatives (9). En 2012 ils en avancent trois principales (10) :

- La grande majorité des personnes en surpoids n'ont pas montré de profil comportemental ou neurobiologique convaincant ressemblant à une addiction. En effet, l'énorme inconsistance émergeant de la littérature en neuroimagerie indique que pour ce trouble hautement hétérogène, l'application d'un modèle unique est probablement plus un obstacle qu'une aide pour les recherches futures.
- Même lorsque le phénotype pour caractériser les individus dont l'obésité est causée par le trouble des accès hyperphagiques (BED) est affiné, les preuves d'un chevauchement avec l'addiction sont inconsistantes et faibles.
- Compte tenu de l'absence de preuves convaincantes, l'influence omniprésente du modèle de l'addiction sur la suralimentation et l'obésité conséquente est remarquable.

Pour ces auteurs, modéliser les critères diagnostics sur les critères du DSM-5 de l'addiction à l'alimentation présente plusieurs incohérences (tableau 3) (10).

Par ailleurs, il n'y a pas de consensus sur la classification de l'addiction à l'alimentation parmi les addictions de substances ou les addictions comportementales (9).

Tableau 3 : Critique de la modélisation sur les critères du DSM-5

Critères du DSM-5 de l'addiction de substance	Critère équivalent pour l'addiction à l'alimentation	Commentaire
Des quantités croissantes de drogue sont nécessaires pour atteindre l'intoxication.	Tolérance : quantités croissantes de nourriture requises pour atteindre la satiété.	Pas un équivalent convaincant de la tolérance aux drogues, car cela suppose une équivalence entre la satiété et l'intoxication. De plus, les caractéristiques clés des excès alimentaires sont de manger en l'absence de faim et jusqu'au point d'inconfort physique (au-delà de la satiété).
Symptômes de sevrage à l'arrêt de la drogue, y compris la dysphorie et des symptômes autonomes tels que des tremblements et des sueurs.	Dysphorie et détresse lors de régimes restrictifs ou de périodes de jeûne.	Aucune preuve convaincante de syndrome de sevrage chez l'humain pour l'alimentation.
Désir persistant et tentatives infructueuses de réduire l'utilisation de la drogue.	Désir persistant de nourriture et tentatives infructueuses de diminuer la quantité consommée.	Ce critère nécessite l'application de seuils de gravité et d'altération pour être significatif.
Des quantités de drogues plus importantes que prévu sont consommées.	Des quantités de nourriture plus importante que prévu sont consommées.	Ce critère nécessite l'application de seuils de gravité et d'altération pour être significatif.
Beaucoup de temps est passé à obtenir la drogue, à utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.	Beaucoup de temps est passé à manger.	Il est difficile d'appliquer ce critère en raison de la disponibilité facile des aliments dans la plupart des sociétés développées.
Des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'abus de substances.	Des activités sociales sont abandonnées par peur de rejet dû à la situation d'obésité.	Une équivalence stricte nécessiterait de s'engager dans l'acte de manger au détriment d'autres activités.
L'utilisation de la substance est poursuivie malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent causé ou exacerbé par la drogue.	La surconsommation alimentaire est poursuivie malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent exacerbé par la quantité de nourriture.	Ce critère nécessite l'application de seuils de gravité et d'altération pour être significatif.

Tiré de : Ziauddeen, 2012, p.280

Dans une publication de 2017, G. Apfeldorfer, psychiatre et président du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS), déclare :

Les différentes conférences de consensus de spécialistes des troubles du comportement alimentaire ont conclu qu'aucun aliment ne remplit les critères de substance addictive tels qu'ils sont définis scientifiquement. [...] Aucun aliment n'entraîne de syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation, comme cela se voit dans l'alcoolisme chronique ou l'héroïnomanie. Ensuite, il n'y pas de tolérance, c'est-à-dire d'augmentation progressive des doses consommées afin d'obtenir le même effet. Les études portant sur les récepteurs cérébraux de la dopamine, ainsi que de neuro-imagerie cérébrale se sont avérées non concluantes. On n'est pas non plus parvenu à établir un lien entre une préférence pour les produits sucrés, ou bien lipidiques, et l'obésité (11).

Toutefois, Avena et al. en 2009 font le postulat suivant : les similitudes comportementales et neurochimiques observées entre les effets d'un accès intermittent au sucre et ceux des drogues addictives, répond aux critères d'une substance d'abus et peut être « addictif » pour certains individus lorsqu'il est consommé de manière « compulsive » (12). Cette conclusion est renforcée par les modifications de la neurochimie du système limbique qui sont similaires à la suite de la consommation régulière de drogues ou de sucre. Les effets observés à la suite de la consommation de sucre sont de moindre ampleur que ceux produits par des drogues d'abus telles que la cocaïne ou la morphine ; cependant le fait que ces comportements et ces changements neurochimiques puissent être provoqués par un renforçateur naturel est intéressant (12).

Plusieurs études effectuées sur des rats ont mis en évidence le potentiel addictif du sucre : Lenoir et al. en 2007 ont découvert que lorsque confrontés à un choix entre de l'eau sucrée ou de la cocaïne, 90% des rats choisissent l'eau sucrée peu importe la dose de cocaïne à leur disposition (13). Cependant, ces études sont hautement controversées et leurs résultats critiqués par plusieurs auteurs, dont Ziauddeen et Farooqi (10).

Plus récemment, Stice et al. en 2013 ont démontré que les aliments combinant sucres et matières grasses activent davantage les régions cérébrales impliquées dans les processus d'apprentissage et les régions somatosensorielles, et qu'une augmentation de la teneur en sucres des aliments entraîne une réponse neuronale plus importante par rapport aux changements de la teneur en matières grasses (14). Ces résultats tendent à confirmer le postulat selon lequel les sucres ont un potentiel addictif.

Par ailleurs, d'autres études démontrent que le sucre et les matières grasses entre autres, peuvent déclencher des processus addictifs au sein du cerveau au même titre que des substances addictives comme l'héroïne, la cocaïne ou la nicotine (15).

Certains auteurs, comme Hebebrand et al., acceptent le postulat de Stice et al., qui ont suggéré qu'il pourrait être plus utile de se concentrer sur la surconsommation alimentaire comme une forme d'« abus » ou de « dépendance » alimentaire, cependant, selon ces auteurs, insister sur ce concept en tant qu'« addiction à l'alimentation » doit être examiné de manière critique, car cette focalisation ne transmet pas un message clair et utile documenté par des preuves scientifiques disponibles (14,16). En conséquence, ils proposent qu'un diagnostic d'« addiction alimentaire » (= « eating addiction ») serait préférable à celui de

d'« addiction à l'alimentation » (= « food addiction ») à des fins éducatives (16). « L'addiction alimentaire » met l'accent sur le composant comportemental, tandis que l'« addiction à l'alimentation » semble être plus comme un processus passif qui survient simplement chez un individu (16).

G. Apfeldorfer estime que l'addiction à l'alimentation est bel et bien une addiction mais dans la mesure où la consommation de certains aliments permettrait à certains aliments d'éviter la souffrance :

Un processus addictif est bel et bien à l'œuvre dans certaines frénésies consommatoires, qu'il s'agisse d'ailleurs de produits uniquement sucrés, ou gras et sucrés ou encore uniquement gras. Il s'agit là de ce qu'on appelle une addiction comportementale. Dans les addictions comportementales alimentaires (« eating addictions »), on répond à un mal-être, une souffrance, par une frénésie alimentaire. Il s'agit d'ailleurs moins d'une recherche de plaisir que de l'évitement d'un déplaisir. Mais plus on évite la souffrance, et moins on la supporte. Si bien que peu à peu, on mange de plus en plus souvent pour éviter des désagréments de plus en plus petits. C'est en cela qu'on est dans l'addiction (11).

La controverse principale réside donc dans le fait qu'il n'existe pas de consensus dans la classification de l'addiction à l'alimentation en tant qu'addiction comportementale (« eating addiction ») ou de substance (« food addiction »).

Pour des questions de clarté et d'absence de consensus sur le sujet, le terme « addiction à l'alimentation » sera utilisé dans mon travail.

2.6 Processus addictif

Dans cette partie est décrit le processus addictif en jeu lors de la consommation de drogues et d'alcool, puis les parallèles que l'on peut faire dans le contexte de la consommation d'aliments potentiellement « addictifs ».

2.6.1 Circuits neuronaux de la récompense

Les substances addictives ont la caractéristique d'amplifier le fonctionnement du circuit neuronal de la récompense, ensemble de structures cérébrales qui jouent un rôle clé dans la motivation et le plaisir de l'apprentissage, par le renforcement (17). En amplifiant le fonctionnement de celui-ci, le consommateur ressent de l'euphorie ; ce circuit est donc central dans le développement d'une addiction car il est impliqué dans la manière dont les drogues et autres récompenses (sexes, jeux d'argent) sont perçues et recherchées (17).

Une autre composante cruciale dans le processus addictif est le système dopaminergique dont la stimulation excessive entraîne une libération accrue de dopamine. Celle-ci stimule davantage le circuit de la récompense et par conséquent augmente la sensibilité à la substance addictive (17).

Les différentes structures cérébrales en jeu dans le circuit de la récompense sont l'aire tegmentale ventrale, le noyau accumbens, le faisceau médian du télencéphale et le cortex préfrontal (17,18).

2.6.1.1 Aire tegmentale ventrale (ATV)

Elle contient les neurones dopaminergiques qui projettent vers diverses aires cérébrales, telles que le noyau accumbens (18). Lorsque des stimuli gratifiants atteignent le cerveau, ces neurones libèrent de la dopamine, cruciale pour la sensation de plaisir et de renforcement, encourageant donc la répétition du comportement (17).

2.6.1.2 Noyau accumbens (NAc)

Il s'agit d'une structure située dans le striatum ventral (centre cérébral de la motivation), divisé en deux sous-régions principales : le noyau et le cortex. Il s'agit du site principal où la dopamine libérée par l'ATV exerce son effet. La libération de dopamine à ce niveau renforce les comportements associés à la consommation de drogue (18).

2.6.1.3 Faisceau médian du télencéphale (FMT)

Ensemble de fibres nerveuses qui relient l'ATV à diverses régions cérébrales y compris le NAc, le cortex préfrontal (CPF) et d'autres structures, il est essentiel à la transmission de la dopamine vers les autres parties du circuit de la récompense (18). Il joue un rôle dans la facilitation de la communication entre les différentes structures impliquées dans la récompense et la motivation (18).

2.6.1.4 Cortex préfrontal (CPF)

Il est impliqué dans des fonctions cognitives de haut niveau, comme la prise de décision, le contrôle des impulsions et la régulation des émotions. Les substances addictives perturbent le fonctionnement normal du CPF, réduisant la capacité de l'individu à exercer un contrôle cognitif sur ses actions. Cela conduit à des décisions impulsives et à une difficulté à résister à l'envie de consommer des drogues, et donc à la prise de substances addictives de manière compulsive (17).

Globalement, le dysfonctionnement du circuit de la récompense, en particulier la perturbation de la signalisation dopaminergique, est au cœur du développement et du maintien de l'addiction (18). Les substances addictives exploitent ce système en amplifiant artificiellement les signaux de récompense, entraînant des comportements compulsifs et une difficulté à contrôler l'envie de consommer (= *craving*) (figure 1) (19).

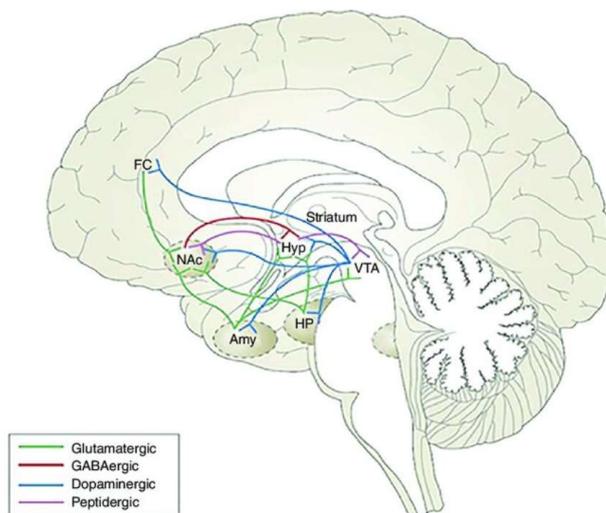


Figure 1 : Circuit neuronal de l'addiction

Tiré de : Miela, 2018, p.146

2.6.2 Neurotransmetteurs impliqués dans le processus addictif

Les neurotransmetteurs impliqués dans le processus addictif sont nombreux et jouent des rôles divers (tableau 4) (20).

Tableau 4 : Implications des principaux neurotransmetteurs

Neuro-transmetteurs	Rôle(s)	Implication(s) dans le processus addictif	Hypo-		Hyper-	
			Cause(s)	Conséquence(s)	Cause(s)	Conséquence(s)
Dopamine	Récompense Plaisir Motivation	Augmente le plaisir Renforce les comportements de recherche de drogue	Abus prolongé de drogues Réduction de la production naturelle	Dépression Anhédonie Manque de motivation	Consommation de stimulants (cocaïne, amphétamines)	Euphorie Comportement compulsif Tolérance
Sérotonine	Humeur Anxiété Bien-être	Régule l'humeur Influence la sociabilité et la perception	Dépression Anxiété Manque de bien-être	Dépression Anxiété Irritabilité	Consommation de MDMA, certains anti-dépresseurs	Euphorie Hallucinations Anxiété
Noradrénaline	Réponse au stress Vigilance	Augmente l'énergie et l'excitation	Fatigue Diminution de la vigilance	Fatigue Manque d'énergie Dépression	Consommation de stimulants (cocaïne, amphétamines)	Hyperactivité Insomnie Anxiété
Glutamate	Excitateur de l'activité neuronale Plasticité synaptique	Changements à long terme des circuits neuronaux Renforce les « cravings »	Troubles cognitifs Manque de stimulation	Troubles de la mémoire Apathie Difficulté à prendre des décisions	Endotoxicité	Anxiété Irritabilité « Cravings »
GABA	Inhibiteur de l'activité neuronale Régulation de l'anxiété	Réduit l'anxiété Effet sédatif	Anxiété Agitation Insomnie	Anxiété Insomnie Agitation	Consommation de benzodiazépines, alcool	Sédation Réduction de l'anxiété Relaxation
Endorphines	Analgésiques naturels Sensation de bien-être	Euphorie Réduction de la douleur Renforce la dépendance	Réduction de la production endogène	Sensibilité accrue à la douleur Anhédonie	Consommation d'opioïdes	Euphorie Analgésie Dépendance

2.6.3 Neuroplasticité et addiction

La neuroplasticité est la capacité du cerveau à se remodeler et à créer de nouvelles connexions neuronales en réponse à des expériences et à des stimuli (18).

Une exposition chronique à une substance addictive et la libération accrue de dopamine entraînent des adaptations neurobiologiques dans les neurones et synapses, incluant la densité des récepteurs, la libération de neurotransmetteurs et l'expression génétique (21). Ces modifications ont pour conséquence de renforcer la dépendance en rendant les circuits de récompense du cerveau plus sensibles aux stimuli liés à la drogue, tout en affaiblissant les fonctions exécutives du CPF, responsables de la prise de décision, du contrôle des impulsions et de la régulation des émotions (21). Ainsi, le cerveau devient plus efficace dans la recherche de substance et moins capable de contrôler cette envie, aussi connue sous le terme « craving » (21,22).

Cependant, cette plasticité neuronale a comme avantage de conserver une certaine capacité de récupération : lorsqu'une personne cesse de consommer des substances addictives, le cerveau peut progressivement créer de nouvelles connexions saines et restaurer certaines de ses fonctions perdues ; bien qu'il puisse prendre du temps et que certains dommages peuvent être irréversibles, une récupération partielle est souvent possible avec le temps et un traitement approprié (22).

2.6.4 Cycle de l'addiction : intoxication, manque et anticipation

L'intoxication est la première étape du cycle de l'addiction, caractérisée par une surdose de substances addictives, qui provoque des changements comportementaux et cognitifs majeurs (23). Ces comportements compulsifs sont essentiels pour passer de la consommation occasionnelle à l'usage addictif de substances et sont influencés par des stimuli positifs, tels que les effets euphoriques (23). Ce processus implique principalement les systèmes de récompense et de motivation dopaminergique : des recherches ont montré que le système dopaminergique mésolimbique est activé par l'exposition aiguë à diverses drogues, telles que les opioïdes, l'alcool, la nicotine, les amphétamines et la cocaïne (23).

Comme mentionné précédemment, l'exposition chronique aux drogues entraîne des changements adaptatifs des récepteurs cérébraux, des neurotransmetteurs et des circuits associés, menant au syndrome du manque. Le circuit de la récompense et de la motivation sont désactivés lorsque l'administration de substances addictives est soudainement interrompue, entraînant une diminution des neurotransmetteurs comme la dopamine et la sérotonine dans ces circuits. Pendant cette phase de sevrage, les personnes atteintes de troubles liés à l'usage de substances (SUD) présentent divers symptômes émotionnels négatifs, notamment l'irritabilité, le malaise, l'anhédonie¹ et l'état de stress liés au renforcement négatif associé au système de stress cérébral impliquant entre autres le PFC (23). L'apparition de cet état émotionnel négatif pourrait être due à une réponse adaptative et à une sensibilité réduite aux stimuli dopaminergiques répétés (23).

¹ Incapacité à ressentir du plaisir

Le « craving », ressenti comme une forte envie de consommer des substances addictives, est un symptôme clé du SUD et figure dans les critères diagnostiques du DSM-5 (23). Il est crucial dans l'addiction et la rechute, impliquant des changements dans plusieurs circuits neuronaux et régions cérébrales.

Les circuits neuronaux impliqués comprennent principalement les régions préfrontales, limbiques, et les circuits dopaminergiques (23). Selon Fang et al., le contrôle exécutif ou inhibiteur, qui est essentiel pour maintenir un comportement dirigé vers un objectif, est un facteur clé dans la gestion du « craving » et des rechutes (23).

Cette dysfonction préfrontale-limbique contribue à l'affaiblissement du contrôle inhibiteur chez les individus atteints de SUD et est particulièrement marquée lors de la phase d'anticipation du « craving » (24).

Le processus de « craving » lors du sevrage de substances addictives est médié par des changements complexes dans les circuits neuronaux, notamment les circuits préfrontaux, limbiques et dopaminergiques (23-25). Les études montrent que l'abstinence peut atténuer certains des dommages causés par l'usage de substances et que le contrôle inhibiteur joue un rôle crucial dans la gestion du « craving » et la prévention des rechutes (24).

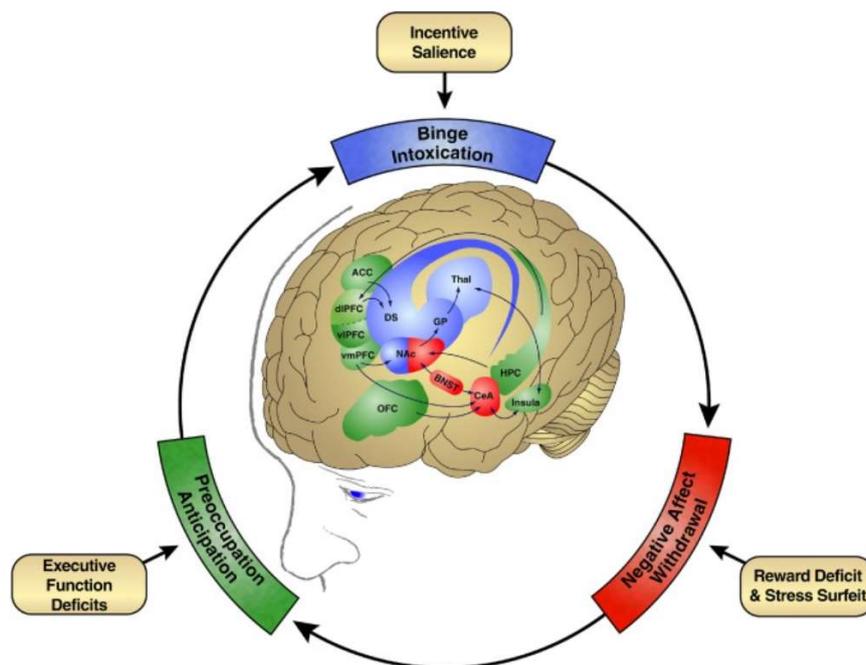


Figure 2 : Cycle de l'addiction

Tiré de : Koob, 2021, p.166

2.6.5 Facteurs neurobiologiques, génétiques et environnementaux

Les facteurs génétiques, environnementaux et neurobiologiques jouent un rôle important dans l'addiction.

Les facteurs neurobiologiques impliqués dans l'addiction comprennent les altérations dans le système de dopamine, qui ont été largement associées au SUD : les dysfonctionnements dans les circuits de récompense dopaminergique jouent un rôle crucial dans l'encodage de la motivation et de la récompense (26,27). L'addiction est souvent caractérisée par une réduction certains récepteurs de dopamine, conduisant à un état hypo-dopaminergique.

Celui-ci a pour effet non seulement d'altérer la motivation et la récompense, mais aussi de diminuer les fonctions cognitives et exécutives et de permettre l'apparition de symptômes moteurs comme des tremblements (28,29). D'autres neurotransmetteurs comme la sérotonine et les opioïdes endogènes sont également impliqués, contribuant à la régulation de l'humeur, du stress et du comportement impulsif (23,30,31). Parallèlement, des recherches récentes ont examiné le rôle de la sérotonine dans le contrôle de l'impulsivité, puisque des niveaux élevés d'impulsivité sont considérés comme des facteurs de risque et de vulnérabilité dans l'addiction et la rechute (32).

D'après Koob et Volkow, l'influence génétique est à l'origine de 40 à 60 % de la variabilité observée dans le développement de l'addiction au sein de la population (33). Par exemple, les facteurs génétiques spécifiques à certaines substances, comme la nicotine et les opiacés, ont été clairement identifiés, tandis que d'autres facteurs génétiques contribuent plus largement à différents types de SUD. Des variabilités génétiques spécifiques, tels que ceux affectant certains récepteurs de la dopamine, ont été associés à un risque accru d'addiction (23).

Comme dans le cas d'autres substances addictives, les facteurs environnementaux sont cruciaux dans l'addiction à la cocaïne. Ces facteurs incluent l'abus pendant l'enfance, l'usage de drogues dans l'entourage, la disponibilité de substances addictives et un faible engagement social (34). De plus, plusieurs études ayant pour sujet les effets de la consommation de cocaïne paternel sur le comportement de la descendance ont conclu que les individus de la génération suivante sont davantage susceptibles de consommer des substances addictives (35).

Les études sur des jumeaux et des familles suggèrent le fait que les facteurs environnementaux ont un impact davantage prononcé sur l'initiation d'une addiction, alors que les facteurs génétiques exercent une influence plutôt sur la progression et l'évolution de cette addiction (36). Le vécu, les valeurs morales et le statut social d'un individu déterminent le potentiel d'addiction de ce dernier, cependant la génétique est l'un des facteurs décisifs dans le développement de l'addiction selon la médecine moderne (30).

Le lien entre la génétique et les facteurs environnementaux est devenu un concept central en termes de nouvelles découvertes scientifiques. Il a été décrit que ces deux facteurs peuvent se moduler entre eux (37). De plus, l'adversité pendant l'enfance, des événements de vie stressants et un niveau d'éducation faible semblent avoir un effet sur les gènes de métabolisme de l'alcool, et des transporteurs dopaminergiques et sérotoninergiques (38).

En somme, l'addiction est le résultat d'une interaction complexe entre des prédispositions génétiques, des influences environnementales et des modifications neurobiologiques. Ces facteurs se renforcent mutuellement, rendant la prévention et le traitement de l'addiction particulièrement difficiles.

2.6.6 Trouble de l'usage de substances

Le SUD comprend 10 classes distinctes de drogues : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, inhalants, opioïdes, sédatifs/hypnotiques/anxiolytiques, stimulants, tabac, et autres substances inconnues (3).

Bien que ces classes ne soient pas entièrement distinctes, toutes les drogues consommées en excès activent directement le système de récompense du cerveau impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs (3). Cette activation intense peut conduire à négliger les activités normales au profit de la consommation de drogues, qui provoquent des sensations de plaisir intense, ou "high" (3). Les mécanismes pharmacologiques varient selon les drogues, mais elles activent généralement le système de récompense. De plus, les personnes ayant une faible maîtrise de soi, possiblement due à des déficiences des mécanismes inhibiteurs du cerveau, sont plus susceptibles de développer un SUD : les racines de ces troubles peuvent souvent être observées dans les comportements bien avant le début de la consommation réelle (tableau 5) (3).

Tableau 5 : Facteurs de risque du SUD

Facteurs de risque

Génétiques	Contribuent entre 40-60% de la vulnérabilité globale aux troubles liés à l'utilisation de substances
Neurobiologiques	Altérations dans système de récompense Différences dans la réponse aux substances psychoactives
Psychologiques	Impulsivité Recherche de sensations Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) Troubles de la personnalité (bipolaire, borderline, antisociale) Anxiété Dépression
Développementaux	Traumatismes et négligence dans l'enfance Abus ou stress familial
Environnementaux	Accès aux substances Normativité sociale autour de l'utilisation de substances Environnement familial instable ou dysfonctionnel
Sociaux	Appartenance à des groupes Pression sociale

Selon le DSM-5, les SUD se caractérisent par des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, où l'individu continue d'utiliser la substance malgré des problèmes significatifs (3). Ce diagnostic s'applique à toutes les classes de substances sauf la caféine (3). Certains symptômes peuvent être moins prononcés ou non applicables selon la substance (par

exemple, pas de symptômes de sevrage pour la phencyclidine², les autres hallucinogènes, ou les inhalants) (3). Une caractéristique clé est le changement durable dans les circuits cérébraux, qui persiste même après la détoxification et peut provoquer des rechutes et des envies intenses en réponse aux stimuli liés à la drogue. Ces effets persistants nécessitent souvent des traitements à long terme (3).

2.6.7 Aliments « addictifs »

La littérature est unanime sur le fait que les aliments « palatables » sont ceux s'apparentant le plus à des substances addictives. Bien que le Larousse décrive la palatabilité comme « produisant une sensation agréable lors de sa consommation » (39), la notion d'aliments palatables dans la littérature scientifique désigne plus précisément des aliments riches en lipides, sucres raffinés, sodium avec un indice glycémique élevé (40).

Certains aliments (riches en acides gras, sodium et sucres) semblent affecter les circuits neuronaux et provoquer des changements similaires à ceux rencontrés chez les individus souffrant du SUD (8). Les théories actuelles concernant l'addiction proposent que les substances addictives interfèrent avec les circuits neuronaux régulant la motivation et le plaisir. Les aliments ultra-transformés (AUT) seraient addictifs à cause de leur profil nutritionnel, riche en sucres et acides gras, absents dans les aliments non-transformés ou bruts (41).

De plus, selon Soroceanu et al., la consommation d'aliments palatables pourrait altérer la sensibilité à l'insuline, des hormones d'appétit et le métabolisme des glucides et des lipides (42). Ces altérations semblent également affecter les aires cérébrales de la récompense, augmentant la motivation de consommer ces aliments (43). Par exemple, des niveaux périphériques d'insuline élevés et l'insulino-résistance sont fréquemment présents chez les individus souffrant d'obésité, stimulant les envies et les apports alimentaires (42). De plus, les aires cérébrales riches en dopamines telles que le VTA, le NAc et le striatum dorsal sont davantage activées lors de la consommation d'aliments palatables. Un effet similaire a été observé concernant la leptine, hormone qui affecte la transmission dopaminergique dans le circuit de la récompense et induit le comportement de recherche de nourriture chez les animaux et les humains (42).

Les hydrates de carbones raffinés à indice glycémique (IG) élevé sont liés à une activation des régions cérébrales de la récompense mais aussi à la valeur hédonique des aliments (12). Ainsi, une consommation prolongée d'aliments riches en sucres est associée à des caractéristiques comportementales de l'addiction telles que le « binge eating », l'augmentation progressive de la dose (suggérant une tolérance) et des symptômes de sevrage ressemblant à ceux rencontrés lors d'addiction aux opiacés (12,44).

Concernant les acides gras, plus spécifiquement les acides gras trans (AGT) retrouvés particulièrement dans les AUT mais aussi les acides gras saturés (AGS), ils sont associés à des propriétés somatosensorielles de récompense comme la texture, la saveur ou le goût (45). Les AGT et AGS stimulent davantage les régions du cerveau impliquées dans la récompense que les acides gras monoinsaturés (AGMI) ou polyinsaturés (AGPI) (45). Cependant, aucun syndrome de sevrage n'a été rapporté lors de l'arrêt de la consommation d'AGT et d'AGS (45).

² Psychotrope hallucinogène

Les aliments composés d'une combinaison d'AGT et/ou AGS ainsi que de sucres raffinés et un IG élevé tels que les AUT amènent une dysrégulation des récepteurs de dopamine et une motivation à consommer ces aliments malgré les conséquences néfastes (45). Selon Cifani et al., consommer ces aliments palatables au-delà d'un certain seuil difficile à définir, peut abaisser les seuils de récompense et entraîner des modifications de l'activité de certaines aires cérébrales (le NAc, par exemple) (46). Ces dernières déclenchent des envies intenses de nourriture et augmentent ainsi le risque de surconsommation de ces aliments ; ces changements peuvent perturber les processus de motivation et de récompense, conduisant à des comportements alimentaires compulsifs et motivés par le stress (46).

Une hypothèse selon laquelle les aliments riches en sodium, composante courante des AUT, agissent comme des agonistes opiacés perpétuant la surconsommation alimentaire a été avancée ; pour l'instant, aucune étude n'a étudié la question en profondeur (8). Pour le moment, les seuls aliments provoquant tous les symptômes de l'addiction à la substance (craving, intoxication et manque) sont ceux riches en sucres (12).

Ces conclusions sont pertinentes par rapport au modèle de « l'allostase de l'addiction » proposé par Koob et al., suggérant que la consommation excessive d'une substance entraîne des adaptations dans les circuits cérébraux de la récompense, augmentant finalement la poursuite compulsive de récompenses et de consommation (27). De manière similaire, ces effets semblent s'appliquer non seulement à la surconsommation de drogues addictives, mais aussi à celle d'aliments palatables (47).

2.6.8 Problématique du sevrage lors d'addiction à l'alimentation

Le sevrage d'un individu souffrant d'addiction à l'alimentation représente un véritable défi : il s'agit de réduire les comportements alimentaires compulsifs sans pour autant imposer un sevrage total de l'alimentation, ce qui est évidemment impossible.

Par ailleurs, il n'existe pas de preuve indéniable de l'existence d'un syndrome de sevrage lors d'addiction à l'alimentation ou aux aliments palatables chez les humains dans la littérature scientifique. Les études portant sur des animaux tels que des rats sont nombreuses et controversées cependant leurs conclusions sont unanimes : les symptômes de sevrage retrouvés dans les modèles animaux sont somatiques (tremblements involontaires, claquement des dents) ainsi que psychologiques (anxiété, agressivité, stress) (12,44). En revanche, la présence de tels symptômes n'est pas universellement acceptée comme preuve d'une véritable addiction (12). De plus, certains chercheurs soutiennent que les réactions observées chez ces animaux peuvent être le résultat de facteurs psychologiques ou environnementaux plutôt que d'une véritable dépendance physiologique (16).

Pour aborder cette complexité, plusieurs approches ont été développées, mettant l'accent sur la modification des comportements alimentaires, la gestion des déclencheurs émotionnels et environnementaux, et l'intervention sur les processus neurobiologiques sous-jacents et non pas sur l'éviction des substances alimentaires problématiques (16). De ce fait, ces approches viennent remettre directement en cause le concept de l'addiction à l'alimentation comme addiction de substance et confortent davantage l'hypothèse d'addiction comportementale.

En conséquence, la problématique du sevrage dans le cadre de l'addiction à l'alimentation reste un sujet largement débattu, avec des preuves à la fois pour et contre l'analogie avec l'addiction aux substances mentionnée précédemment.

2.7 Traitements

2.7.1 Traitement habituel des addictions aux drogues et à l'alcool

Le traitement des addictions de substance comporte deux axes principaux : la pharmacologie et la psychothérapie. Les médicaments se montrent efficaces pour gérer les symptômes de sevrage, réduire le « craving » et aider à maintenir l'abstinence. Bien que les médicaments diffèrent en fonction du type d'addiction, l'efficacité de ces derniers est bien établie dans la littérature (tableau 6) (48-53).

Tableau 6 : Médicaments utilisés dans le traitement des SUD

Dépendance	Nom du médicament	Substance	Mécanisme d'action
Opioïdes	Méthadone	Agoniste opioïde synthétique	Stabilise les niveaux d'opioïdes sanguin, bloque les effets euphorisants des opioïdes
	Buprénorphine	Agoniste partiel des récepteurs opioïdes	Active modestement les récepteurs opioïdes ce qui réduit le risque de dépendance et d'effets secondaires graves
	Naltrexone	Antagoniste des récepteurs opioïdes	Bloque les effets des opioïdes
Alcool	Disulfiram	Inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase	Entraîne une accumulation d'acétate dans le sang et donc des symptômes désagréables
	Naltrexone	Antagoniste des récepteurs opioïdes	Réduit les effets de renforcement positifs lors de la consommation d'alcool, diminue l'envie de boire
	Acamprosate	Modulateur du système glutaminergique	Rétablit l'équilibre neurochimique entre neuro-transmetteurs excitateurs et inhibiteurs
Nicotine	Substituts nicotiques	Substitut nicotinique	Apport contrôlé de nicotine sans les substances toxiques de la fumée
	Varénicline	Agoniste partiel des récepteurs nicotiques	Réduit le « craving » et les symptômes de sevrage
	Bupropion	Antidépresseur	Réduit les envies de nicotine

Que ce soit dans le traitement de SUD ou d'addictions comportementales, la psychothérapie joue un rôle crucial dans la modification des comportements et le développement de stratégies pour faire face à l'envie de consommer ou à produire des comportements addictifs, à l'aide d'approches tels que l'entretien motivationnel (EM), ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (tableau 7) (54-57).

Tableau 7 : Approches utilisées dans le traitement des SUD et addictions comportementales

Approches	But	Utilité lors d'addiction
TCC	Modifier les pensées et comportements dysfonctionnels associés à la dépendance	Aide les patients à reconnaître et à éviter les situations à risque et à développer des compétences pour gérer le stress et le « craving »
EM	Engager le changement de comportement en aidant les patients à explorer et résoudre leurs ambivalences	Aide à renforcer la motivation interne des patients pour changer leur comportement addictif
Gestion des contingence	Encourager les comportements positifs comme l'abstinence de substances grâce à des récompenses ou incitations tangibles	Utilise le renforcement positif (récompenses) pour encourager l'abstinence
Thérapie familiale	Modifier les interactions et les dynamiques familiales dysfonctionnelles qui contribuent aux comportements de dépendance	Implique les membres de la famille dans le processus de traitement pour améliorer le soutien social et familial

2.7.2 Traitements de l'addiction à l'alimentation décrits dans la littérature

La littérature est unanime sur le fait que l'une des premières étapes dans le traitement de l'addiction à l'alimentation consiste à identifier et modifier les comportements alimentaires compulsifs. La TCC s'est avérée efficace pour aider les individus à reconnaître et à modifier les schémas de pensée et de comportement qui contribuent à entretenir leur addiction à l'alimentation (58). Cette approche inclut des techniques telles que le suivi des apports alimentaires, la gestion des déclencheurs émotionnels et l'apprentissage de stratégies de coping (58).

En ce qui concerne les implications cliniques, certains traitements pour l'addiction alimentaire tentent d'appliquer des méthodes utilisées pour le sevrage des substances, comme l'abstinence stricte de certains aliments. Cependant, ces approches peuvent être controversées car elles n'abordent pas forcément les causes sous-jacentes des comportements alimentaires et peuvent mener à des rechutes (7).

Dans tous les comportements alimentaires compulsifs, les déclencheurs émotionnels et environnementaux jouent un rôle clé (3). Les interventions basées sur la pleine conscience,

comme la thérapie basée sur la pleine conscience (MBCT), peuvent aider les individus à développer une meilleure conscience de leurs émotions et à apprendre à les gérer sans recourir à la nourriture (59). La réduction du stress, par le biais de techniques telles que la méditation et la respiration profonde, peut également être bénéfique (59).

Conformément à ce qui a été mentionné plus tôt, l'implication des circuits cérébraux de la récompense et du contrôle des impulsions joue un rôle central dans l'addiction à l'alimentation (14). Comme pour le SUD, des interventions pharmacologiques comprenant des médicaments modulant les neurotransmetteurs impliqués dans ces circuits peuvent offrir une aide supplémentaire : les médicaments ciblant le système dopaminergique ont montré des résultats prometteurs dans la réduction des comportements alimentaires compulsifs (60).

Une approche intégrative combinant plusieurs de ces stratégies, semble être la plus efficace. Par exemple, une combinaison de TCC, de la MBCT et de soutien pharmacologique peut offrir des résultats optimaux (61).

Le programme nommé « Overeaters Anonymous », ou Outremangeurs Anonymes en français (OA) est un programme ayant eu lieu pour la première fois en 1960 en Californie par Rozanne S. (62). Il s'agit d'un programme en 12 étapes inspiré d'autres groupes de soutien comme les Alcooliques Anonymes, dont le but est d'aider les individus souffrant d'alimentation compulsive, de sous-alimentation, de dépendance alimentaire, d'anorexie, de boulimie, de frénésie alimentaire ou d'excès d'exercice ; il ne s'agit donc pas d'un programme ciblé sur l'addiction à l'alimentation, même si ces concepts semblent étroitement liés dans la littérature scientifique (62). Les 12 étapes sont énumérées en annexe de ce travail (annexe 1) (62). Sur son site internet officiel, neuf outils sont présentés et utilisés lors des sessions (tableau 8) (63).

Tableau 8 : Outils mis à dispositions dans le programme OA

Outils	Description
Plan de repas	« [...] guide quotidien pour éviter les aliments déclencheurs et tout comportement alimentaire destructeur »
« Sponsoring »	Guident les participants à travers les douze étapes
Réunions	« [...] aident à apprendre davantage sur les outils et les étapes, et offrent également de la camaraderie, essentielle à notre rétablissement. »
Téléphone	Soutien entre les réunions
Ecriture	« Lorsque nous mettons nos difficultés sur papier, il devient plus facile de voir plus clairement les situations et de déterminer les actions nécessaires. »
Littérature	Ressources pour « comprendre comment suivre les « Douze Etapes » ».
Plan d'action	Outil qui « aide à intégrer l'utilisation de tous les autres outils OA pour apporter structure, équilibre et facilité de gestion dans nos vies »
Anonymat	Garantie, permet « la liberté d'expression et nous protège des commérages »
Services	« Toute forme de service – aussi petit soit-il – aide à atteindre un autre malade tout en ajoutant à la qualité de notre rétablissement »

Bien qu'un plan de repas soit mentionné dans les « outils à disposition » du programme OA, il n'y a aucune mention de diététicien.ne.s sur le site internet officiel ou dans la littérature mentionnant les OA (62). De plus, dans la présentation du programme, il est mentionné spécifiquement qu'il n'y a pas de plan alimentaire, de régimes, de programme d'activité physique, de balance, ni de « pilule magique » (64).

2.7.3 Traitements des troubles du comportement alimentaire

L'addiction à l'alimentation présentant des similitudes avec les troubles du comportement alimentaire (TCA) (cf point 2.8), il me semble judicieux d'évoquer brièvement leurs traitements.

Le traitement principal des TCA, tel que défini dans les directives internationales et actuelles, est une forme de thérapie psycho-comportementale pouvant généralement être dispensée en ambulatoire (65). Les personnes présentant des symptômes plus graves ou ne s'améliorant pas avec des soins moins restrictifs peuvent être traitées dans un programme spécialisé partiel (de jour) ou complet à l'hôpital (65). En plus de la thérapie psychologique spécifique, le traitement doit aborder les importantes comorbidités nutritionnelles, physiques et mentales et doit donc idéalement être assuré par une équipe pluridisciplinaire comportant en autres un.e médecin spécialiste, un.e psychothérapeute et un.e diététicien.ne agréé.e (65).

Concernant les approches nutritionnelles recommandées, elles se divisent en plusieurs axes (65-67) :

- Normalisation des habitudes alimentaires et rétablissement d'une relation saine à la nourriture
- Education nutritionnelle aidant les patient.e.s à comprendre l'importance d'une alimentation équilibrée et les effets de la malnutrition sur le corps et l'esprit
- Correction des représentations sur les aliments et la nutrition, souvent présentes chez les personnes souffrant de TCA
- TCC combinée avec des techniques de conseil nutritionnel pour aider les patient.e.s à changer leurs comportements alimentaires dysfonctionnels en mettant en place des objectifs à atteindre
- Mise en place de support nutritionnel artificiel (sonde nasogastrique, par exemple) dans les cas sévères

Ces interventions mettent en évidence le rôle non négligeable et l'importance des diététicien.ne.s dans la prise en charge de patient.e.s souffrant de TCA.

2.8 Différences avec les accès hyperphagiques

Les accès hyperphagiques, ou « binge-eating disorder » (BED) et l'addiction à l'alimentation sont deux pathologies liées à des comportements alimentaires problématiques, mais se distinguant en termes de critères diagnostiques, de mécanismes sous-jacents et de traitement (tableau 9) (68).

Contrairement à l'addiction à l'alimentation, le BED est un TCA officiellement reconnu par le DSM-5. Il se caractérise par des épisodes récurrents de consommation de grandes quantités de nourriture en une période limitée, accompagnés d'un sentiment de perte de contrôle, qui

sont souvent associés à des sentiments de dégoût ou de culpabilité après la frénésie alimentaire (69).

Tableau 9 : Similarités/différences entre le BED et l'addiction à l'alimentation selon Ratković

Différences	
BED	Addiction à l'alimentation
Episodes de comportement perturbé	Comportement perturbé en continu
Consommer des aliments pour améliorer son état psychologique	Désir pour des aliments en particulier ou une quantité en particulier
Préoccupation pour le poids ou la silhouette ainsi que pour les portions et/ou la quantité ingérée	Déni concernant le comportement perturbé ou utilisation de mécanismes de défense comme la projection
Episodes lors de solitude ou de temps libre	Négligence des relations sociales afin de s'adonner à des épisodes, ou épisodes en présence d'autrui
Favorisation de situations qui empêchent l'apparition d'un épisode	Apparition de comportements agressifs ou anxieux si l'épisode ne peut pas avoir lieu
Pas de symptômes addictifs	Présence d'une tolérance, d'un syndrome de sevrage. Négligence des relations sociales, abandon d'activités en société.
Honte ou culpabilité après un épisode	Pas de honte ni de culpabilité post-épisode.
Similarités	
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de grandes quantités de nourriture en courte période • Difficulté à contrôler ses pulsions ; ressentir du « craving » ou une pulsion à manger qui semble impossible à contrôler • Absence de faim avant un épisode • Consommation d'alimentation qui dépasse la faim • Amélioration à court-terme de l'humeur après un épisode • Distension abdominale après un épisode ; ingestion d'aliments malgré les conséquences négatives • Tentatives de sevrage infructueuses • Conséquences psychologiques/physiques/sociales néfastes • Instabilité émotionnelle • Impulsivité augmentée 	

2.8.1 Traitements du BED proposés dans la littérature

Comme pour beaucoup d'autres TCA, la littérature scientifique préconise un traitement reposant sur plusieurs approches thérapeutiques. La TCC est souvent considérée comme le traitement de première intention pour le BED car elle permet la modification des pensées dysfonctionnelles et les comportements alimentaires contribuant aux épisodes d'hyperphagie (70). La thérapie interpersonnelle se concentre davantage sur les compétences en matière de communication et de résolution de problèmes des patients (71). Ces thérapies peuvent être combinées à une pharmacothérapie : les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture

de la sérotonine ont montré des résultats prometteurs dans la réduction des symptômes du BED en régulant les neurotransmetteurs impliqués dans le contrôle de l'appétit et de l'humeur (72).

Bien que la TCC soit le pilier du traitement du BED, des interventions nutritionnelles menées par des diététicien.ne.s jouent un rôle complémentaire important (tableau 10) (71,73,74).

Tableau 10 : Interventions nutritionnelles lors de la prise en charge du BED

Catégorie d'interventions	Interventions
Education nutritionnelle	Alimentation équilibrée
Gestion des repas	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance des signaux de faim et de satiété • Planification de repas réguliers • Eviter les situations de faim extrême pouvant déclencher des épisodes d'hyperphagie
Soutien à l'alimentation intuitive	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur les signaux intérieurs de faim et de satiété • Eviter les régimes restrictifs
Approches de gestion du poids	<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre un poids santé de manière stable et durable • Intégrer des recommandations nutritionnelles adaptées à leurs besoins individuels

2.8.2 L'obésité

L'addiction à l'alimentation et le BED représentent des facteurs du développement de l'obésité : ces deux pathologies mènent le plus souvent à des apports énergétiques disproportionnés, favorisant ainsi le gain de poids, et par conséquent l'obésité. Il est cependant important de noter que l'addiction à l'alimentation n'entraîne pas forcément de l'obésité, mais peut y contribuer. Ainsi, pas tous les individus souffrant d'addiction à l'alimentation développent une obésité.

L'obésité est associée à de nombreux problèmes de santé, tels que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et certaines formes de cancer, ce qui en fait une priorité de santé publique (75). Comprendre les mécanismes psychologiques et comportementaux sous-jacents à l'addiction alimentaire et aux accès hyperphagiques représente un enjeu majeur pour élaborer des interventions thérapeutiques efficaces et des stratégies de prévention, afin de réduire l'impact de l'obésité dans le monde actuel.

L'obésité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (75). Un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² est utilisé pour la diagnostiquer (75).

Selon l'OMS : « En 2022, 2,5 milliards d'adultes de 18 ans et plus étaient en surpoids et sur ce total, plus de 890 millions étaient obèses, ce qui représente 43 % des adultes de 18 ans et plus en surpoids [...] cette proportion a augmenté par rapport à 1990, où elle était de 25 % » (76).

Un rapport établi par l'OMS datant de 2022 décrit une progression du surpoids et de l'obésité de « proportions épidémiques » en Europe. En effet ils touchent près de 60% des adultes et presque 30% des enfants. Les pays les plus concernés sont les pays du pourtour méditerranéen et en Europe de l'Est (76).

L'obésité résulte d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques, comportementaux et environnementaux (figure 3) (75,77).



Figure 3 : Causes de l'obésité chez l'adulte

Tiré de : Safei, 2021, p.7

2.8.3 Traitements de l'obésité

Selon la Société Européenne de Nutrition Clinique et Métabolisme (ESPEN), au vu de son étiologie complexe, la prise en charge de l'obésité nécessite une approche multidimensionnelle, composée de modifications des habitudes de vie (alimentation équilibrée, activité physique), des traitements médicamenteux et pour les cas d'obésité sévère, des interventions chirurgicales comme le bypass gastrique peuvent être envisagées (78).

2.8.4 Rôle des diététiciens dans la prise en charge de l'obésité

L'ESPEN et l'American Dietetic Association (ADA) décrivent les diététiciens comme faisant partie intégrante de la gestion de l'obésité et dans la prise en charge de ce type de patients (tableau 11) (78-79).

Tableau 11 : Recommandations de l'ESPEN et de l'ADA

Domaine d'intervention	Interventions
Planification des régimes alimentaires et des apports	<ul style="list-style-type: none">• Augmentation des apports protéique• Diminution des apports en sucres• Priorisation des AGPI et AGMI• Diminution des AGS• Régime méditerranéen• Supplémentation en probiotiques ?
Education et soutien	<ul style="list-style-type: none">• Informer sur une alimentation saine• Aider les patients à développer des habitudes alimentaires durables• Entretien motivationnel

L'approche individualisée et le soutien continu des diététiciens sont essentiels pour aider les patients à atteindre et à maintenir un poids santé. Selon l'ESPEN, une approche combinant la nutrition, l'activité physique et les thérapies comportementales telles que l'EM et la TCC permettrait aux patients de perdre jusqu'à cinq kilogrammes (78).

2.9 Diagnostic et épidémiologie de l'addiction à l'alimentation

2.9.1 Outils diagnostic

L'outil principal utilisé pour le diagnostic de l'addiction à l'alimentation est le questionnaire YFAS conçu en 2009 par Gearhardt et al. (7). Constitué de 25 questions, le YFAS se base sur les critères de dépendance à une substance du DSM-5 et les applique au comportement alimentaire (7).

Une révision du questionnaire en 2016 a permis le développement du YFAS 2.0 incluant les révisions et mises à jour des critères de dépendance aux substances du DSM-5. De plus, il évalue 11 critères au lieu de 7, et introduit des niveaux de sévérité (léger, modéré, sévère) basés sur le nombre de critères remplis, ce qui permet une évaluation plus nuancée de la sévérité de l'addiction à l'alimentation (80-81). Le questionnaire en question est mis en annexe (annexe 2) (81).

Pour que le score soit considéré significatif, et par conséquent être en mesure de poser un diagnostic d'addiction à l'alimentation, au moins 3 critères sur les 11 doivent être positifs (80). Plus précisément :

- A partir de 2-3 symptômes positifs = score faible
- Entre 4-5 symptômes positifs = score modéré
- Plus de 6 symptômes positifs = score sévère

Certains auteurs critiquent le YFAS et font le postulat selon lequel la création de cet outil pour évaluer l'addiction à l'alimentation a rencontré plusieurs défis importants (9) :

- Contrairement aux drogues, la nourriture est consommée de manière omniprésente et ne possède pas d'action pharmacologique directe simple, rendant difficile la quantification de son usage et de son abus. Les critères traditionnels de la dépendance aux substances, tels que la tolérance et le sevrage, doivent être adaptés au contexte alimentaire complexe.
- Le YFAS ne peut dichotomiser l'usage d'un agent addictif, mais utilise plutôt des seuils de gravité et un critère d'altération globale pour distinguer l'addiction alimentaire.

Ces auteurs ajoutent que bien que l'outil soit précieux pour la recherche, il ne garantit pas que le syndrome qu'il mesure est véritablement l'addiction alimentaire, mais plutôt un comportement alimentaire fortement perturbé (9).

Un autre outil évaluant l'addiction à l'alimentation a été développé en 2017 : le « Addiction-like Eating Behaviour Scale » (AEBS). Contrairement aux YFAS qui se concentre spécifiquement sur les critères du DSM-5 pour le diagnostic du SUD, l'AEBS adopte une approche plus générale en évaluant les comportements alimentaires liés à la dépendance sans nécessiter la présence d'un agent addictif spécifique (82).

Au lieu de se fier au modèle de SUD, cette échelle de 15 questions divisées en deux parties vise à quantifier les processus cognitifs et comportementaux centraux qui sous-tendent les modèles addictifs de la surconsommation alimentaire à travers deux sous-échelles : "drive appétitif" (9 questions) et "faible contrôle alimentaire" (6 questions) en accord avec les théories selon lesquelles l'addiction à l'alimentation découle de deux processus une réponse accrue aux stimuli liés à la récompense associée à une capacité diminuée à exercer un contrôle inhibiteur (83). Le questionnaire est mis en annexe (annexe 3) (83).

Lors de son étude de validation, l'AEBS a été validé avec succès en montrant des liens cohérents avec des comportements tels que la compulsion alimentaire, l'alimentation émotionnelle et les troubles alimentaires, démontrant ainsi sa validité convergente (83). De plus, l'échelle a également démontré une bonne validité divergente en présentant des corrélations faibles avec l'addiction à l'alcool et une mesure des processus d'inhibition et d'activation comportementale (83).

Il est important de noter que même si l'AEBS a été validé avec succès, ce score n'est pas mentionné dans les études interventionnelles sur la thématique de l'addiction à l'alimentation, et le YFAS reste le score encore plus largement utilisé.

2.9.2 Epidémiologie

En l'absence d'unanimité de la communauté scientifique sur la définition et les critères d'addiction à l'alimentation, il est difficile de présenter des données épidémiologiques objectives. Cependant, selon Cathelin et al., « les études utilisant l'échelle YFAS ont mis en évidence une prévalence de 5 à 10% d'addiction à l'alimentation en population non clinique » (8). Une méta-analyse datant de 2014 a mis en évidence la prévalence de l'addiction à l'alimentation dans différentes populations et en fonction de différents facteurs : IMC, sexe, âge et présence de TCA (tableau 12) (84).

Tableau 12 : Prévalence de l'addiction à l'alimentation selon le type de population

Critères	Prévalence
<i>IMC</i>	11.1% IMC = 18.5-24.9 kg/m ² 24.9% IMC > 25 kg/m ²
<i>Sexe</i>	♂ = 12.2% ♀ = 6.4%
<i>Age</i>	< 35 ans = 17.0% > 35 ans = 22.2%
<i>Présence de TCA</i>	Non = 16.2% Oui = 57.6%

Tiré de : Pursey, 2014, p.4578

Légendes : ♂ = Hommes ; ♀ = Femmes

3. Question de recherche

Puisque l'objectif de ce travail n'est pas de répondre à des questions sur l'efficacité d'une intervention spécifique sur une population ou une problématique, le type d'étude le plus adapté est celui avec une étendue plus large que la revue systématique : la revue de portée (« Scoping Review »). En effet ce type de revue me semble plus adaptée car, selon la société savante Johanna Briggs Institute (JBI), elle peut être utilisée afin de « synthétiser des preuves afin de guider la pratique dans un champ d'activité particulier » (85).

La question de recherche qui en découle est construite selon la structure suivante : Population, Concept et Contexte (PCC) (85).

Question de recherche : *Quelle est le rôle et quelles sont les interventions du ressort des diététicien.ne.s lors de la prise en charge d'adultes souffrant d'addiction à l'alimentation ?*

Population : Patients adultes

La quasi-totalité des études incluant des participants souffrant d'addiction à l'alimentation se portent sur une population adulte. Bien que des études incluant des enfants ou adolescents existent, les résultats en découlant ne sont pas forcément transposables à une population adulte, et vice-versa. J'ai donc choisi de me concentrer sur les articles incluant des adultes car les études se portant sur cette population spécifique sont plus nombreuses.

Concept : Rôle des diététicien.ne.s dans la prise en charge

Afin de « mesurer » ce concept de place des diététicien.ne.s dans la prise en charge de ces patients, je me suis basée sur les 5 types d'interventions relevant des compétences des diététicien.ne.s selon le Processus de Soins en Nutrition (PSN) (86).

Contexte : Prise en charge et/ou traitement de l'addiction à l'alimentation

Le contexte a été défini par des individus ayant été diagnostiqués à l'aide du questionnaire YFAS.

4. But du Travail de Bachelor

Il a été documenté qu'une prise en charge adaptée et multidisciplinaire des personnes souffrant d'obésité ou de BED avait des effets positifs sur leur traitement et perspectives de guérison (87,88).

La définition du concept d'addiction à l'alimentation ainsi que l'utilisation d'outils diagnostics comme le YFAS sont bien documentées cependant il n'existe pas de consensus sur d'éventuels traitements nutritionnels ni sur la place de professionnels de santé tels que les diététicien.ne.s dans une prise en charge de ce type de patients.

Plus précisément, le but de ce TBS est de mettre en évidence des interventions réalisables par les diététicien.ne.s selon les données recueillies dans la littérature scientifique. Il s'agit tout d'abord de compiler ces interventions et traitements efficaces mentionnés dans les articles scientifiques, pour en faire ressortir celles réalisables par les diététicien.ne.s en utilisant le PSN comme outil pour classer ces interventions. Cela a permis par la suite de mettre en évidence le rôle des diététicien.ne.s dans la prise en charge de patient.e.s souffrant d'addiction à l'alimentation.

5. Méthodes

5.1 Devis d'étude et éthique

Le devis d'étude mené dans le cadre de ce TBS est une revue de la portée (« Scoping review »). Selon la JBI, une revue de la portée est définie comme une méthode permettant de « cartographier » l'étendue d'un domaine de recherche, d'identifier les types de preuves disponibles et d'évaluer la faisabilité d'une revue systématique ultérieure (85). Elle cherche plutôt à répondre à des questions plus larges sur les connaissances disponibles plutôt qu'à synthétiser des preuves spécifiques pour une question de recherche particulière (85).

Puisque les études incluses dans cette revue ont déjà été menées, la question d'éthique n'est pas applicable dans mon travail.

5.2 Stratégie de recherche

Des recherches approfondies ont été effectuées en amont de la formulation de ma question de recherche afin d'en assurer la pertinence.

Pour ce faire, la transformation des mots clés en Medical Subject Headings Terms (MeSH Terms) grâce à la plateforme en ligne *HeTOP* a été indispensable afin de définir des équations de recherche adéquates (tableau 13).

Ma première recherche a porté sur la problématique du sevrage dans le contexte de l'addiction à l'alimentation et les enjeux pour le traitement de celle-ci. L'équation de recherche en découlant a été la suivante :

- *((food addiction OR eating addiction) AND (withdrawal[Title/Abstract])) Filters : Human*

Les résultats de cette recherche ont été nombreux mais peu pertinents, renforçant ainsi la perception que l'addiction à l'alimentation demeure un concept relativement récent et que la littérature scientifique à son sujet est peu concluante. Par conséquent, j'ai ajusté ma méthode de recherche pour dresser un état des lieux de ce concept et formuler ma question de recherche finale. J'ai élaboré plusieurs combinaisons de MeSH Terms moins spécifiques dans le but d'élargir la portée de ma recherche, de cibler des articles pertinents et d'affiner ma question de recherche :

1. *((obesity[Title/Abstract] OR (obese[Title/Abstract]) AND (eating addiction[Title/Abstract] OR (food addiction[Title/Abstract]) AND (treatment[Title/Abstract]))*
2. *((food addiction[Title/Abstract] OR (eating addiction[Title/Abstract]) AND ((therapy[Title/Abstract] OR (therapeutic[Title/Abstract])) AND ((nutrition[Title/Abstract] OR (nutritionist[Title/Abstract] OR (diet[Title/Abstract] OR (dietitian[Title/Abstract] OR (dietician[Title/Abstract])) AND (intervention[Title/Abstract]))*
3. *((food addiction[Title/Abstract] OR eating addiction[Title/Abstract]) AND (therapy[Title/Abstract] OR therapeutic[Title/Abstract]) and (nutrition[Title/Abstract] OR*

diet[Title/Abstract] OR nutritionist[Title/Abstract] OR dietician[Title/Abstract] OR dietitian[Title/Abstract]) AND intervention[Title/Abstract])

Ces recherches élargies ont permis d'établir un état des lieux de la littérature afin de formuler une question de recherche pertinente (tableau 13).

Tableau 13 : Rédaction des concepts en MeSH Terms et résultats des recherches

	Bases de données	Concepts / Thèmes	MeSH Terms	Filtres	Résultats
Recherche 1	PubMed	Addiction à l'alimentation	food addiction OR eating addiction	Type : population étudiée Filters : Human	208 (peu pertinents)
	CINAHL	Prise en charge nutritionnelle	nutrition therapy OR diet therapy		
		Sevrage	withdrawal		
Recherche 2	PubMed	Addiction à l'alimentation	food addiction OR eating addiction	/	143
	PsychInfo	Population obèse	obesity OR obese		
		Traitement	treatment		
Recherche 3	PubMed	Addiction à l'alimentation	food addiction OR eating addiction	/	230
		Thérapie	therapy OR therapeutic		
	PsychInfo	Nutrition.niste ; Diététicien.ne	nutrition OR nutritionist OR diet OR dietician OR dietitian		
		Intervention	intervention		
Recherche 4	PubMed	Addiction à l'alimentation	eating addiction OR food addiction	/	255
	PsychInfo	Nutrition / traitement	nutrition OR diet OR treatment		

En plus des articles trouvés dans la littérature scientifique, une recherche a été effectuée auprès de certaines sociétés savantes afin d'établir un état des lieux des interventions déjà réalisées par les diététicien.ne.s dans le cadre d'addiction à l'alimentation ou d'autres TCA semblables comme le BED.

Le critère d'obésité, central au début de ma sélection d'articles, a été supprimé à la suite de la sélection finale des articles inclus dans ce travail. En effet, des études incluant des individus diagnostiqués comme souffrant d'addiction à l'alimentation sont peu nombreuses et le critère d'obésité s'est révélé être trop restrictif.

5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Ces critères m'ont permis de trier les articles et de sélectionner des articles les plus pertinents à ma question de recherche afin de comparer des articles ayant un champs d'investigation le plus similaire possible (tableau 14).

Tableau 14 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

	Inclusion	Exclusion	Justification
<i>Population</i>	Patients adultes (> 18 ans)	Patients ayant < 18 ans	Population le plus mentionnée dans la littérature scientifique
<i>Contexte</i>	Addiction à l'alimentation diagnostiquée avec le YFAS	/	Seul outil mentionné dans les études interventionnelles
<i>Concept</i>	Traitement relevant des domaines d'intervention du PSN	/	/
<i>Date des articles</i>	Parus après 2009	Parus avant 2009	Date de parution des premiers articles traitant du sujet
<i>Type d'article</i>	Tous	/	Tri en fonction du nombre d'articles et de l'évaluation qualité

5.4 Sélection des articles

Comme mentionné précédemment, plusieurs recherches de littérature ont été effectuées en amont du choix de ma question de recherche afin d'en juger de la pertinence. Ce premier « screening » a été effectué sur les bases de données *PubMed* et *CINAHL*. Cette dernière base de données ne s'est pas avérée adaptée à ma thématique, j'ai ensuite poursuivi mes recherches sur *PubMed* ainsi que sur *PsychInfo* après la première phase de recherche.

Dans la plupart des cas, cette sélection s'effectue par bi/trinôme en se partageant les tâches, cependant dans mon cas, j'ai effectué la sélection dans son entièreté.

Le screening des articles s'est fait de la manière suivante :

1. Première sélection en fonction du titre de l'article,
2. Sélection en fonction des abstracts,
3. Dépendant du nombre d'articles : sélection des articles les plus récent,
4. Sélection des articles après lecture complète,
5. Evaluation de la qualité.

5.5 Evaluation de la qualité

Chaque article sélectionné a fait l'objet d'une évaluation individuelle de sa qualité en utilisant les grilles publiées par la JBI selon le devis d'étude. Les résultats de l'analyse qualité ont été compilés dans un tableau permettant une vue d'ensemble de la qualité des articles choisis. Les deux grilles utilisées se trouvent en annexe de ce travail (annexe 4, annexe 5) (89,90).

Les grilles de la JBI permettent les réponses suivantes : oui, non, partiellement/peu clair, N/A (89,90). J'ai ensuite défini un barème afin de noter la qualité.

Le score qualité a été calculé comme tel :

- Oui = 1 point
- Non = 0 point
- Partiellement / pas clair = 0.5 point
- N/A = 0

Le barème pour apprécier les articles est le suivant :

- Pour les essais randomisés contrôlés : 13 points totaux
 - 10.5-13 points : élevé (80-100%)
 - < 10.5 points : moyen (60-80%)
 - < 8 points : faible (< 60%)
- Pour les études quasi-expérimentales : 9 points totaux
 - 8-9 points : élevé (80-100%)
 - < 7.5 points : moyen (60-80%)
 - < 6 points : faible (< 60%)

5.6 Extraction des données

Les données extraites et relevées sont les suivantes :

- Article : auteur(s), date de publication (année), devis d'étude
- Type de population : adultes diagnostiqués avec une addiction à l'alimentation
- Diagnostic effectué avec un score YFAS positif mettant en évidence la présence d'une addiction à l'alimentation
- Intervention(s) mise(s) en place correspondant aux domaines d'intervention du PSN
- Durée et efficacité des interventions

Ces données ont été relevées au fur et à mesure de la lecture des articles et notées dans un tableau afin de permettre une analyse et une synthèse.

5.7 Classement des interventions selon le PSN

Selon l'Académie de Nutrition et Diététique (AND), le PSN est une approche systématique utilisée par les professionnels du domaine de la nutrition pour prodiguer des soins nutritionnels (86).

L'utilisation du PSN conduit à des soins plus efficaces et efficients, à une meilleure recherche en nutrition et à une reconnaissance du rôle des praticien.ne.s certifiés en Nutrition et diététique (86). Cet outil offre un cadre aux professionnel.le.s permettant une prise en charge personnalisée prenant en compte les valeurs et les besoins des patient.e.s tout en utilisant les évidences scientifiques pour prendre des décisions (86).

Il est divisé en quatre étapes (figure 4) (86) :

- **L'évaluation nutritionnelle** consiste en la récolte de données importantes, pertinentes et nécessaires dans différents domaines, pour identifier les problèmes nutritionnels et leurs causes.
- **Le diagnostic nutritionnel** a pour but d'identifier et de nommer les problèmes nutritionnels existants que le/la diéticien.ne est responsable de traiter. Une fois que les problèmes les plus susceptibles d'être résolus ou améliorés sont identifiés, il s'agit de nommer également l'étiologie, et les signes et symptômes.
- **L'intervention nutritionnelle** a comme fonction de planifier et de mettre en œuvre des actions ciblées visant à changer ou à améliorer un problème nutritionnel. Elle doit être dirigée vers l'étiologie identifiée lors du diagnostic.
- **Le monitoring et la réévaluation** est l'étape lors de laquelle le/la diéticien.ne détermine et mesure l'ampleur des progrès réalisés grâce à l'intervention nutritionnelle, et de vérifier si les objectifs ou résultats attendus en matière de nutrition sont atteints.

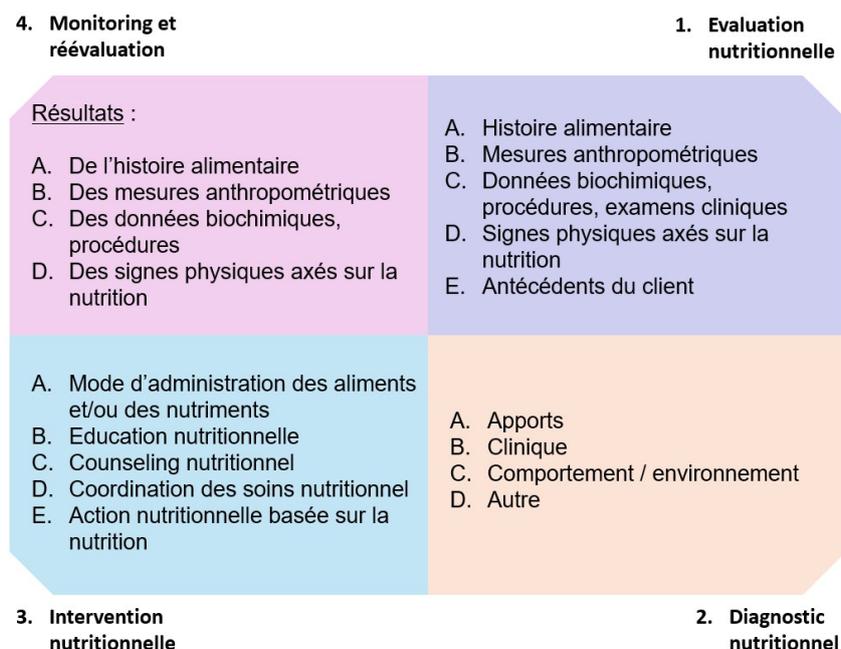


Figure 4 : Schéma du Processus de Soins en Nutrition

Dans ce travail, afin de pouvoir définir les interventions réalisables par les diététicien.ne.s, je me suis basée sur les domaines d'interventions du PSN, soit (86):

- Le mode d'administration des aliments et/ou des nutriments
- L'éducation nutritionnelle
- Le counseling nutritionnel
- La coordination des soins nutritionnels
- L'action nutritionnelle basée sur la population

5.8 Synthèse des données, présentation des résultats et analyses

Les résultats obtenus ont été présentés dans un tableau afin de compiler les interventions réalisables par un.e diététicien.ne.

Dans un second temps, les interventions ont aussi été classées selon leur efficacité afin de mieux identifier la place des diététicien.ne.s et le type d'interventions utiles dans le contexte d'addiction à l'alimentation.

Finalement, une synthèse a mis en évidence les interventions nutritionnelles efficaces lors d'une addiction à l'alimentation, ce qui a pu clarifier le rôle et l'importance de la présence d'un.e diététicien.ne dans la prise en charge de ce type de patient.

6. Résultats

6.1 Résultats de la recherche de littérature

Les résultats de ma recherche bibliographique ont identifié un total de 628 articles (*PubMed* : $n = 230$; *CINAHL Complete* : $n = 1$; *PsychInfo* : $n = 397$).

La sélection basée sur le titre, le résumé et l'article complet a conduit à l'exclusion de 624 articles pour diverses raisons : thématique hors sujet ($n = 323$), non-respect des critères d'inclusion ($n = 256$), doublons ($n = 36$), devis d'étude de faible niveau de preuve ($n = 6$) ou faible score de qualité ($n = 3$). Concernant ce dernier point, les études interventionnelles, telles que les essais contrôlés randomisés (randomized controlled trials ou RCT ; $n = 3$) ainsi que les études quasi-expérimentales (quasi-experimental studies ; $n = 1$) qui possèdent un niveau de preuve élevé ont été priorisées par rapport aux études observationnelles, comme les revues narratives, ayant un niveau de preuve inférieur (91).

Il est intéressant de mentionner, que les études observationnelles représentent la majorité de la littérature scientifique sur le sujet de l'addiction à l'alimentation. Le « PRISMA Flowchart » ci-dessous illustre les résultats de ma recherche de littérature (figure 5) (92).

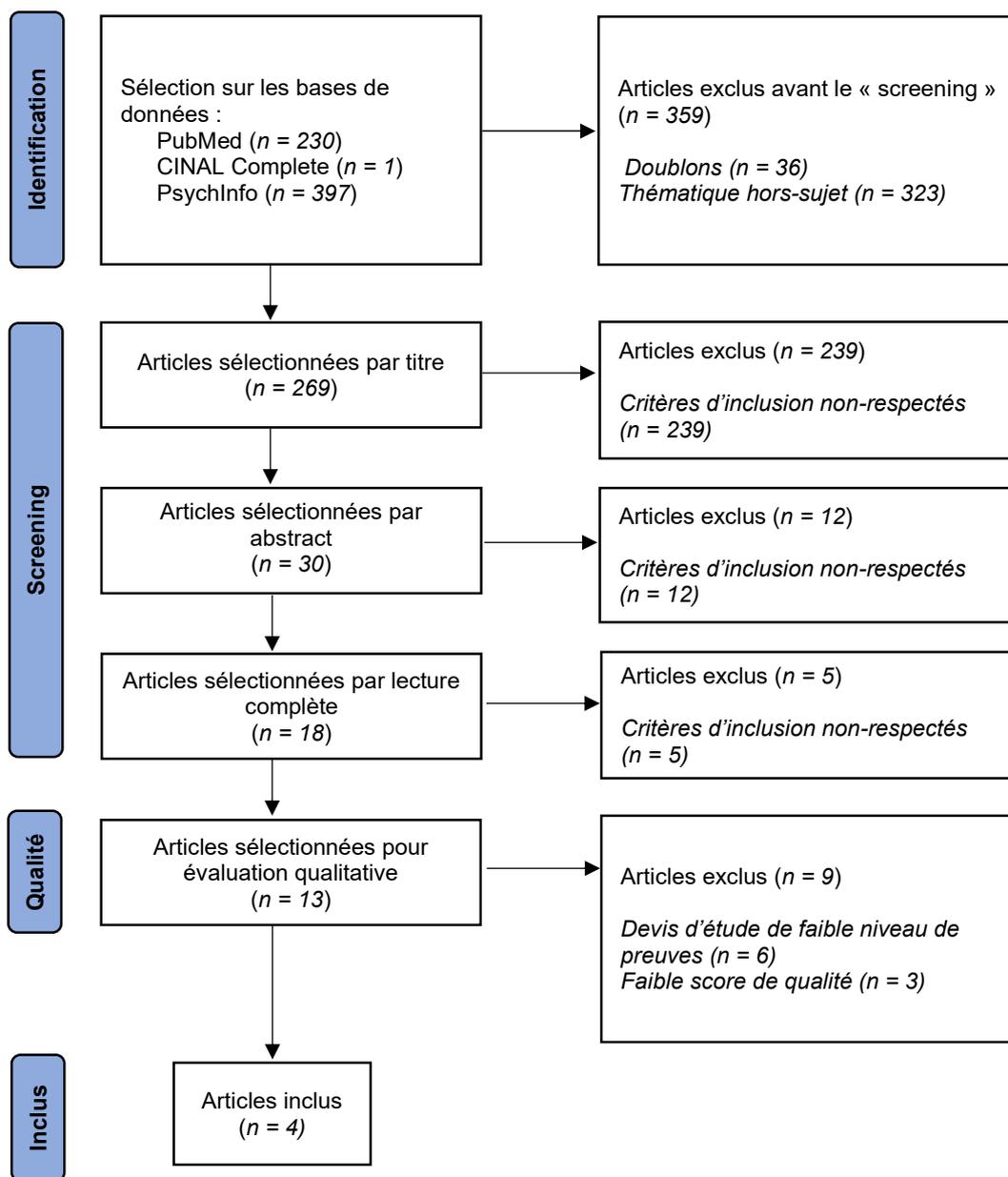


Figure 5 : PRISMA Flowchart

6.2 Caractéristiques des articles inclus

Quatre articles ont été analysés en tout, couvrant une période récente de 2018 à 2024. Parmi les articles sélectionnés, trois sont des RCT et une est une étude quasi-expérimentale. Elles proviennent de diverses régions du monde incluant l'Australie ($n = 2$), l'Iran ($n = 1$) et l'Italie ($n = 1$) (93- 96). Les tailles d'échantillons étaient relativement faibles :

- 36 participants, dont 36 femmes et 0 hommes (Guzzardi et al.) (94)
- 62 participants, dont 62 femmes et 0 hommes (Narmaki et al.) (95)
- 49 participants, dont 46 femmes et 3 hommes (Burrows et al.) (93)
- 175 participants, dont 146 femmes et 29 hommes (Skinner et al.) (96)

La variabilité des taux d'abandon est notable, allant de 8% (Narmaki et al.) à 52% (Skinner et al.) (95,96). Selon l'Institut Canadien de Recherche en Santé, un taux d'abandon supérieur à 20% est considéré comme élevé, tandis qu'un taux inférieur à 20% est considéré comme faible (97). Seule l'étude de Narmaki et al. avait un taux d'abandon faible (8%) (95). La problématique principale concernant le taux d'abandon est la validité interne et externe des résultats (97) :

- Variabilité interne : un taux d'abandon élevé peut introduire des biais dans les résultats si les caractéristiques des participants qui abandonnent l'étude sont systématiquement différentes de celles qui complètent l'étude. Les études ayant mentionné cette problématique incluent Burrows et al. et Skinner et al., où les proportions de femmes étaient significativement plus élevées, rendant difficile l'évaluation des résultats pour les hommes.
- Variabilité externe : la généralisation des résultats devient impossible ou difficile avec un nombre significatif de participants abandonnant l'étude. Ceci est particulièrement pertinent pour les études de Guzzardi et al. et Skinner et al., où les résultats ne sont pas généralisables à la population générale en raison des déséquilibres de genre marqués et des taux d'abandon élevés.

Trois études ont mis en œuvre des stratégies afin de réduire ce taux d'abandon :

- Rémunération : 40 AUD³ à la fin de l'intervention (93), 20 AUD après avoir rempli chaque questionnaire (96)
- Hypothèse du taux d'abandon : 20% pris en considération dans le choix du nombre de participantes (95)
- Suivi tout au long de l'étude : appels téléphoniques hebdomadaires et visites en présentiel (à la ligne de base, à la 6^e semaine et à la 12^e semaine) (95) ; rappels par courriers électroniques à chaque période (1^e, 2^e, 4^e, 8^e et 12^e semaine) pour remplir les questionnaires (96), rappels de 24 heures (R24) effectué mensuellement par des diététicien.ne.s (94)

Seule l'étude de Burrows et al. ne mentionne aucun suivi durant l'intervention (93). Il est intéressant de noter que la seule étude ayant pris en compte le taux d'abandon dans le choix du nombre de participantes est celle ayant le taux d'abandon le plus faible (8%) (95).

³ Dollar australien

Certains critères d'inclusion des études étaient commun à tous comme le score YFAS, l'IMC, et l'absence de grossesse. En revanche, d'autres critères tels que la langue parlée, l'accès à Internet ou l'âge des participants, étaient spécifiques à certaines études.

Bien que les variables mesurées diffèrent considérablement entre les articles, le comportement alimentaire a été évalué dans toutes les études, soit par des outils différents, soit par des instruments similaires.

Les caractéristiques des articles sélectionnés ont été compilées dans un tableau (tableau 15) (93-96).

Tableau 15 : Caractéristiques des articles sélectionnés

Article (auteur(s), année de publication, titre et pays)	Devis d'étude	Participants (nombre, âge et sexe)	Critères d'inclusion	Variables mesurés (primaires et secondaires)	Qualité
<p>Burrows T et al. ; 2021 (93)</p> <p>« The feasibility of a personality targeted intervention for addictive overeating: FoodFix » 2021</p> <p>AUSTRALIE</p>	RCT	<p>n = 49</p> <p>Age moyen : 41.6</p> <p>♀ : n = 46</p> <p>♂ : n = 3</p> <p>Taux d'abandon : 32%</p> <p>n = 33 à la fin de l'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domicile en Australie • Langue parlée : anglais • YFAS : score de ≥ 3 • IMC ≥ 25 kg/m² • Accès à internet via téléphone portable ou ordinateur • Si score DASS-21 indiquant une dépression sévère, de l'anxiété ou du stress : autorisation médicale requise • <u>Absence de</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes d'addiction à l'alimentation : score YFAS • Pourcentage de l'AET composé par des « aliments de base » (« core foods ») (AES) • Qualité nutritionnelle des apports alimentaires (AES ; ARFS) • <i>Risque du SUD (SURPS)</i> • <i>Coping des situations stressantes (CISS)</i> 	Elevée
<p>Guzzardi et al. ; 2018 (94)</p> <p>« Food addiction distinguishes an overweight phenotype that can be reversed by a low calorie diet »</p> <p>ITALIE</p>	Etude quasi-expérimentale	<p>n = 36</p> <p>Age moyen : 36.1</p> <p>♀ : n = 36</p> <p>♂ : n = 0</p> <p>Taux d'abandon : 36%</p> <p>n = 23 à la fin de l'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes de ≥ 18 ans • Euménorrhée • IMC = 25-39.9 kg/m² • Score YFAS élevé ou faible • <u>Absence de</u> : <ul style="list-style-type: none"> • pathologie métabolique, cardiovasculaire, rénale, hépatique, systémique et psychiatrique • grossesse / allaitement • SUD • TCA • Régime alimentaire restrictif • Traitement médicamenteux depuis plus de 6 mois précédant l'examen clinique 	<p>(Variables primaires et secondaires non spécifiées)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anthropométrie <ul style="list-style-type: none"> • IMC • Pression artérielle • Rapport taille/hanches • Composition corporelle • Profil métabolique et hormonal • Données nutritionnelles <ul style="list-style-type: none"> • AET • Apports quotidiens protéiques, lipidiques, glucidiques • Apport quotidien en fibres • Activation cérébrale par imagerie 	Moyenne

Article (auteur(s), année de publication, titre et pays)	Devis d'étude	Participants (nombre, âge et sexe)	Critères d'inclusion	Variables mesurés (primaires et secondaires)	Qualité
<p>Narmaki et al. ; 2022 (95)</p> <p>« The combined effects of probiotic and restricted calorie diet on the anthropometric indices, eating behavior, and hormone levels of obese women with food addiction : a randomized clinical trial »</p> <p>IRAN</p>	RCT	<p>n = 62</p> <p>Age moyen : 34.5</p> <p>♀ : n = 62</p> <p>♂ : n = 0</p> <p>Taux d'abandon : 8%</p> <p>n = 57 à la fin de l'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • YFAS : score de ≥ 3 • Femmes de 20-50 ans, non-athlétiques • IMC = 30-39.99 kg/m² • <u>Absence de</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse / allaitement • Ménopause • Antécédent de cancer, pathologies cardiovasculaires, rénales, gastro-intestinales, hépatiques (à l'exception du NASH) • Maladie infectieuse 1 mois précédant l'étude • Participation à un plan de perte de poids dans les 2 mois précédant l'étude • Consommation en continu de compléments alimentaires (vitamines, minéraux) plus d'une fois par semaine dans le dernier mois • Traitements médicamenteux pour la perte pondérale, coupe-faims ou antibiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Indices anthropométriques (poids, BMI, circonférence de taille, ratio taille-hanche, mesure de composition corporelle par impédancemétrie : pourcentage de masse grasse du tronc et total) • <i>Comportement alimentaire (TFEQ-R18)</i> • <i>Score d'appétit (SNAQ)</i> • <i>Consommations alimentaires (R24)</i> • <i>Concentrations plasmatiques de leptine, NPY et ocytocine</i> 	Elevée

Article (auteur(s), année de publication, titre et pays)	Devis d'étude	Participants (nombre, âge et sexe)	Critères d'inclusion	Variables mesurés (primaires et secondaires)	Qualité
<p>Skinner et al. ; 2024 (96)</p> <p>« A three-arm randomized controlled trial of a telehealth intervention targeting improvement in addictive eating for Australian adults (the TRACE program) »</p> <p>AUSTRALIE</p>	RCT	<p>n = 175</p> <p>Age moyen : 47.9</p> <p>♀ : n = 146</p> <p>♂ : n = 29</p> <p>Taux d'abandon : 52%</p> <p>n = 82 à la fin de l'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • YFAS : score de ≥ 3 • IMC ≥ 18.5 kg/m² • <u>Absence de</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse • Traitement médicamenteux influençant l'apport alimentaire et/ou le poids • Pathologie psychiatrique sévère (schizophrénie p.ex.) • Comportements purgatoires (vomissements, p.ex.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du score YFAS • Evolution des variables de santé mentale (PHQ-8 ; GAD-7 ; PSS-4) • Risque du SUD (SURPS) • Motivation liée aux modification des comportements des participation (PAM-13) 	Moyenne

Légendes : n = nombre de participants ; ♀ = femmes ; ♂ = hommes ; **DASS-21** = Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items ; **NASH** = stéatohépatite non alcoolique ; **AET** = Apport Energétique Total ; **AES** = Apathy Evaluation Scale ; **ARFS** = Australian Recommended Food Score ; **SURPS** = Substance Use Risk Profile Scale ; **CISS** = Coping Inventory for Stressful Situations ; **TFEQ-R18** = Three-Factor Eating Questionnaire-R18 ; **SNAQ** = Short Nutritional Assessment Questionnaire ; **NPY** = neuropeptide Y ; **PHQ-8** = Patient Health Questionnaire-8 ; **GAD-7** = Generalized Anxiety Disorder-7 ; **PSS-4** = Perceived Stress Scale 4 ; **PAM-13** = Patient Activation Measure-13 ; **EDEQ-6.0** = Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 ; **BES** = Binge Eating Scale

6.3 Résultats de la qualité des études

Comme mentionné précédemment, les quatre articles retenus pour l'élaboration de mon travail ont les designs d'étude suivants : RCT ($n= 3$) (93,95,96) et études quasi-expérimentales ($n = 1$) (94). Il s'agit d'études interventionnelles ayant un niveau de preuves plus élevé que les études observationnelles (91). Selon la JBI, les RCT sont considérés comme le « gold standard » en recherche clinique et sont le design d'étude idéal à inclure dans une revue systématique évaluant l'efficacité d'interventions (91). En l'absence de RCT, les études quasi-expérimentales peuvent être utilisées pour fournir des informations sur l'efficacité des traitements ou des interventions (91).

L'évaluation de la qualité des articles a été effectuée à l'aide des grilles d'évaluation de la JBI spécifiques à chaque design d'étude se trouvant en annexe de ce travail (annexe 4 et 5). Les résultats ont été présentés dans deux tableaux différents avec l'étude quasi-expérimentale dans un tableau (tableau 16) (94) et les études ayant le même design (RCT) compilées dans un autre, pour simplifier la lecture et la comparaison (tableau 17) (93,95,96).

Pour chaque question la case correspondant à la réponse a été colorée en vert (1 point), jaune (0.5 point) ou rouge (0 point). Les scores ont été additionnés et mentionnés dans la case « score qualité » ainsi que l'appréciation correspondant (faible / moyen / élevé).

Globalement, les scores de qualité des études sont plutôt satisfaisants avec un pourcentage de qualité en moyenne de 89.5%.

Tableau 16 : Evaluation de la qualité de l'étude quasi-expérimentale

		Guzzardi et al. (94)
1.	La cause et l'effet sont-ils explicités ?	
2.	Y avait-t-il un groupe « contrôle » ?	
3.	Les groupes comparés sont-ils similaires ?	
4.	Le traitement/soin reçu par les groupes comparés a-t-il été similaire ? (autre que l'exposition/intervention d'intérêt)	
5.	Y a-t-il eu plusieurs mesures du résultat, à la fois avant et après l'intervention/exposition ?	
6.	Les résultats des participants inclus dans les comparaisons ont-ils été mesurés de la même manière ?	
7.	Les résultats ont-ils été mesurés de manière fiable ?	
8.	Le suivi a-t-il été complet et, sinon, les mesures entre groupes en termes de suivi ont-elles été correctement décrites et analysées ?	
9.	Une analyse statistique appropriée a-t-elle été utilisée ?	
	Score qualité :	7 pts Moyen

Tableau 17 : Evaluation de la qualité des RCT

		<i>Skinner et al.</i> (96)	<i>Narmaki et al.</i> (95)	<i>Burrows et al.</i> (93)
1.	Une vraie randomisation a-t-elle été utilisée pour l'affectation des participants aux groupes de traitement ?			
2.	L'affectation aux groupes de traitement a-t-elle été dissimulée ?			
3.	Les groupes de traitement étaient-ils similaires au départ ?			
4.	Les participants étaient-ils aveugles à l'affectation du traitement ?			
5.	Les personnes administrant le traitement étaient-ils aveugles à l'affectation du traitement ?			
6.	Les groupes de traitement ont-ils été traités de manière identique, à l'exception de l'intervention d'intérêt ?			
7.	Les évaluateurs des résultats étaient-ils aveugles à l'affectation du traitement ?			
8.	Les résultats ont-ils été mesurés de la même manière pour les groupes de traitement ?			
9.	Les résultats ont-ils été mesurés de manière fiable ?			
10.	Le suivi a-t-il été complet, et sinon, les différences entre les groupes en termes de suivi ont-elles été adéquatement décrites et analysées ?			
11.	Les participants ont-ils été analysés dans les groupes auxquels ils ont été randomisés ?			
12.	Est-ce que l'analyse statistique appropriée a été utilisée ?			
13.	Le design de l'essai randomisé contrôlé était-il approprié et toutes les déviations par rapport au design standard du RCT ont-elles été prises en compte dans la conduite et l'analyse de l'essai ?			
	Score qualité :	11 pts Moyen	13 pts Elevé	12.5 pts Elevé

6.4 Résultats généraux

Les domaines d'intervention tirées du PSN les plus représentés sont ceux comportant des interventions centrées sur l'individu (counseling nutritionnel, éducation nutritionnelle et mode d'administration des aliments et/ou des nutriments).

Dans l'optique de faciliter la lecture, les interventions mises en places, réalisables par les diététicien.ne.s, les domaines du PSN correspondants avec l'ajout des durées et des types de suivi respectifs sont classés dans un tableau (tableau 18). Quant au détail du contenu des interventions, il figure dans les tableaux 19, 20 et 21 (93,95,96). L'étude de Guzzardi et al. ne nécessite aucun tableau détaillant les interventions menées.

Deux types d'interventions sont récurrentes, la première étant l'administration d'un régime spécifique avec un AET restreint (94,95) et la seconde relevant davantage de l'amélioration du comportement alimentaire de l'individu, de ses comportements alimentaires et de sa relation à son alimentation (93,96). Il n'y a aucune étude inclue mentionnant des interventions relevant des domaines de coordination des soins nutritionnels ni de l'action nutritionnelle basée sur la population.

La durée des interventions est la même dans toutes les études, avec cependant certaines différences dans le type de suivi effectué : appels téléphoniques (95), courriers électroniques (96) ou encore visites en présentiel (94,95). Quant à l'étude de Burrows et al., elle ne mentionne aucun suivi des participants durant l'entièreté de l'intervention (93).

Il est important de noter que ces interventions non seulement s'alignent avec les domaines d'intervention définis dans le PSN, mais également correspondent aux rôles et compétences spécifiques des diététicien.ne.s établis par le rectorat des Hautes Ecoles Spécialisées de Suisse (98), renforçant ainsi la justification de l'implication des diététicien.ne.s dans la prise en charge des individus souffrant d'addiction à l'alimentation et soulignant leur rôle spécialisé dans ce contexte. Le tableau des rôles et compétences spécifiques des diététicien.ne.s se trouve en annexe (annexe 6) (98).

Tableau 18 : Interventions mises en évidence dans les articles

Article (auteur(s))	Intervention(s) et catégorie du PSN	Durée	Type de suivi
<i>Burrows et al. (93)</i>	3 sessions menés par des diététicien.ne.s accrédité.e.s ayant de l'expérience dans le domaine clinique ou psychothérapeutique	3 mois : • Session 1 : semaine 1 • Session 2 : semaine 3 • Session 3 : semaine 7	Pas de suivi entre les sessions
<i>Guzzardi et al. (94)</i>	Plan alimentaire créé par des diététicien.ne.s accrédité.e.s : • 5 repas (petit-déjeuner, collation, repas de midi, collation, repas du soir) • Apport énergétique quotidien de 1600 kcal/j (50% sous forme de glucides, 20% de protéines et 30% de lipides)	3 mois	R24 mensuels effectués par des diététicien.ne.s
<i>Narmaki et al. (95)</i>	Plan alimentaire créé par des diététicien.ne.s accrédité.e.s : • Apport énergétique quotidien = DET – 300-500 kcal (55% sous forme de glucides, 15% de protéines et 30% de lipides) Administration de 2 capsules de probiotiques par jour contenant chacune 6 espèces de bactéries probiotiques	3 mois	Appels téléphoniques hebdomadaires Visites en présentiel • Ligne de base • Semaine 6 • Semaine 12
<i>Skinner et al. (96)</i>	5 sessions en ligne menées par des diététicien.ne.s accrédité.e.s utilisant des retours personnalisés, des exercices de renforcement de compétences et la définition d'objectifs afin d'améliorer : • la relation des participants à l'alimentation • la qualité nutritionnelle de leur alimentation	3 mois : • Session 1 : semaine 1 • Session 2 : semaine 2 • Session 3 : semaine 4 • Session 4 : semaine 6 • Session 5 : semaine 12	Rappels par courrier électronique avant chaque session du programme

Légendes : kcal = kilocalories ; DET = dépense énergétique totale



= Counseling nutritionnel



= Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments

Tableau 19 : Détail des interventions de l'étude de Burrows et al.

Sessions	Contenu
<i>Session 1 (45 minutes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Rétroaction sur les scores de base de la consommation alimentaire addictive (YFAS 2.0) et de l'apport alimentaire (AES) • Identifier 3 objectifs de modification des habitudes alimentaire en utilisant l'entretien motivationnel • Déterminer une « ligne de nourriture » pour identifier le moment où manger n'est plus agréable, ou quand les aliments consommés ne sont plus savourés (fréquence, quantité, moment, quantité de nourriture) • Identifier ce qui constitue une « bonne occasion de manger » et discuter des stratégies pour rester en dessous de la « ligne de nourriture » en utilisant une gamme de stratégies • Facilitateurs et obstacles au changement • Discuter des stratégies de réduction des risques pour aider à développer des objectifs • Évaluer sa confiance à atteindre les objectifs (échelle de 1 à 10)
<i>Session 2 (25-30 minutes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Révision de la session 1, discussion des facilitateurs et des obstacles au changement perçus • Vérifier les périodes de surconsommation alimentaire, évaluer l'échelle de changement • Rétroaction sur le style de personnalité principal à partir des enquêtes de base (SURPS), y compris : tendance à l'anxiété, tendance à la dépression, impulsivité, recherche de sensations • Formation aux compétences d'adaptation basée sur la personnalité • Révision des stratégies mises en place lors d'une « bonne occasion de manger » afin de ne pas dépasser la « ligne de nourriture » • Évaluer la confiance et pratiquer mentalement l'entraînement aux compétences pour augmenter sa confiance
<i>Session 3 (15-20 minutes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le point/résoudre brièvement les problèmes et encourager à poursuivre avec les objectifs et les stratégies

Tiré de : Burrows et al., 2021, p.3

Tableau 20 : Composition des capsules de probiotiques

Composition	
Comprimés de probiotiques	<ul style="list-style-type: none"> • Stéarate de magnésium • Maltodextrine • Bactéries probiotiques : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus acidophilus</i> • <i>Bifidobacterium bifidum</i> • <i>Bifidobacterium lactis</i> • <i>Bifidobacterium longum</i> • <i>Lactobacillus rhamnosus</i> • <i>Lactobacillus reuteri</i>
Comprimés placebo	<ul style="list-style-type: none"> • Amidon

Tiré de : Narmaki et al, 2022, p.965

Tableau 21 : Détail des interventions de l'article de Skinner et al.

Axe	Interventions
Amélioration de la relation des participants avec l'alimentation et de leurs habitudes alimentaires	<p>Les participants seront amenés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • considérer leurs comportements alimentaires afin d'identifier les domaines à améliorer, • passer à l'action en appliquant des stratégies et des objectifs, et pratiquer ce qu'ils ont appris, • accroître la conscience et surveiller leurs comportements alimentaires, • réfléchir à leurs comportements alimentaires et ajuster leurs objectifs et stratégies si nécessaire.
Amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation des participants	<p>Les diététicien.ne.s auront comme objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'augmenter le pourcentage de l'AET en aliments bruts (fruits et légumes, céréales complètes, produits laitiers, viandes et alternatives à la viande) • de diminuer le pourcentage de l'AET en aliments non-bruts (« junk-food », AUT...)

Tiré de : Skinner et al., 2024, p.3

6.5 Résultats spécifiques

Les résultats qui suivent sont ceux spécifiques à ma question de recherche, à savoir les interventions réalisables par les diététicien.ne.s mais surtout leur effet et/ou efficacité sur des indicateurs précis relatifs à l'addiction à l'alimentation : l'évolution du score YFAS et des comportements alimentaires ainsi que les résultats spécifiques des deux domaines d'interventions PSN les plus mentionnées.

6.5.1 Score du YFAS

Les résultats des études sélectionnées montrent des résultats prometteurs concernant la réduction de l'addiction alimentaire et l'amélioration des comportements alimentaires chez les participant.e.s. Ils ont révélé une réduction très significative des scores du YFAS dans le temps, indiquant une diminution notable des symptômes d'addiction à l'alimentation (93,96).

L'évolution du score YFAS a été examinée dans deux études distinctes (93,96). Dans la première étude, celle de Burrows et al., une intervention impliquant trois sessions animées par des diététiciens accrédités a entraîné une réduction significative des scores YFAS parmi les participant.e.s (93). Quant à l'étude de Skinner et al., elle a proposé un programme composé de cinq sessions en ligne menées par des diététicien.ne.s accrédités, intégrant des retours personnalisés, des exercices de renforcement des compétences et l'établissement d'objectifs (96). La proportion de participant.e.s présentant un score YFAS sévère (6+ symptômes) a diminué considérablement de la ligne de base (79,3 %) à la fin de l'intervention (23,7 %), et six mois après l'intervention (24,1 %) (96). Ces résultats indiquent également une persistance des effets bénéfiques des interventions sur le long terme.

6.5.2 Comportement alimentaire

Simultanément, des améliorations significatives ont été constatées dans l'étude menée par Narmaki et al. concernant les scores liés à l'appétit et aux comportements alimentaires (95). Les progrès ont été mesurés dans plusieurs domaines spécifiques :

- L'appétit (scores SNAQ et TFEQ-R18)
- L'alimentation émotionnelle et la restriction cognitive (score TFEQ-R18)

Les résultats ont démontré des améliorations notables des scores TFEQ-R18 ($p < 0,001$) et SNAQ ($p < 0,001$) dans le groupe ayant reçu l'intervention (capsules de probiotiques), avec des réductions significativement plus marquées par rapport au groupe placebo (95). Ces observations suggèrent un potentiel prometteur des probiotiques dans le traitement de l'addiction à l'alimentation et de certains symptômes associés tels que l'alimentation émotionnelle et la restriction cognitive.

6.5.3 Activation cérébrale

Avant l'intervention de Guzzardi et al., les femmes en surpoids présentant un score YFAS élevé (moyenne du score = 4) montraient une augmentation de 50% à 100% de l'activation cérébrale en réponse à des aliments palatables par rapport à des stimuli neutres (94). Cette activation concernait des régions impliquées dans l'homéostasie métabolique, la récompense, la réactivité somatosensorielle, la mémoire et le traitement des entrées sensorielles, notamment le CPF (94). Après trois mois de régime, une diminution significative de cette

activation cérébrale a été observée chez les participantes présentant un score YFAS élevé, selon les observations de Guzzardi et al. (94).

6.5.4 Autres résultats

6.5.4.1 Counseling nutritionnel

Les interventions relevant du domaine du counseling nutritionnel, telles que celles axées sur l'amélioration des comportements alimentaires par le biais de la TCC ou de l'EM, comme décrites par Burrows et al., ont démontré une efficacité significative dans la réduction du score YFAS parmi les participants (93).

6.5.4.2 Mode d'administration des aliments

En ce qui concerne les interventions dans le domaine de la modalité d'administration des aliments et/ou des nutriments, elles ont eu un impact significatif selon les études suivantes :

- Elles ont amélioré la qualité nutritionnelle de l'alimentation des participants, comme observé dans l'étude de Guzzardi et al. (94)
- Elles ont diminué l'activation cérébrale problématique en réponse à des stimuli alimentaires, également noté dans l'étude de Guzzardi et al. (94)
- Elles ont amélioré les scores d'appétit et de comportement alimentaire, comme rapporté par Narmaki et al. (95)

6.5.4.3 Combinaison d'interventions de divers domaines

L'étude de Skinner et al. a intégré des interventions combinant l'éducation nutritionnelle et le counseling nutritionnel : des sessions animées par des diététiciens ont inclus des approches telles que la TCC et l'EM, conjointement à une amélioration de la qualité nutritionnelle des participants (réduction de la proportion d'AUT et de "junk food", et augmentation de la proportion d'aliments entiers non transformés, ou « core-foods ») (96).

Comme indiqué précédemment, cette combinaison d'interventions a conduit à une diminution significative de la proportion de participants présentant un score YFAS élevé dans le groupe d'intervention active (96). Les résultats de cette étude sont d'une importance particulière dans le cadre de mon TBSc, étant donné que la différence entre le groupe d'intervention active et le groupe d'intervention passive résidait principalement dans la présence d'un.e diététicien.ne (96).

Les analyses statistiques ont révélé que le groupe d'intervention active, bénéficiant des sessions menées par des diététicien.ne.s, avait cinq fois plus de chances d'obtenir une réduction cliniquement significative des scores de symptômes YFAS par rapport au groupe d'intervention passive ou au groupe contrôle, de la ligne de base à trois mois (96). De plus, le pourcentage de participant.e.s ayant coché tous les symptômes YFAS a diminué significativement dans le groupe d'intervention active ; il a également diminué dans le groupe d'intervention passive, bien que cette diminution ne soit pas significative (96). Par ailleurs, le groupe d'intervention active est le seul à présenter des diminutions significatives des scores de dépression et de stress (96).

Bien que les scores YFAS aient montré une réduction significative autant dans le groupe d'intervention active que dans le groupe d'intervention passive, cette diminution a été

maintenue à long terme dans le groupe d'intervention active, contrairement au groupe passif où un regain d'effet a été observé entre le troisième et le sixième mois (96).

En résumé, ces données mettent en évidence non seulement une diminution des symptômes de l'addiction alimentaire, mais également une amélioration globale de la régulation de l'appétit et des comportements alimentaires problématiques. Les participants ont montré une meilleure gestion de leur appétit et une réduction de l'alimentation émotionnelle, suggérant une augmentation de leur contrôle sur leurs habitudes alimentaires (93-96).

Ces résultats revêtent une importance particulière dans le contexte du traitement de l'addiction alimentaire et de ses symptômes, soulignant que des interventions ciblées, ainsi qu'une combinaison d'approches issues de différents domaines d'intervention, peuvent réduire les comportements alimentaires problématiques et améliorer la qualité de vie des patients (tableau 22).

Tableau 22 : Efficacité et impact des interventions menées dans les études

Article (titre et auteur(s))	Intervention(s)	Efficacité / Impact
<i>Burrows et al. (93)</i>	3 sessions menés par des diététicien.ne.s accrédité.e.s ayant de l'expérience dans le domaine clinique ou psychothérapeutique	Réduction très significative des scores YFAS dans le temps ($p < 0.001$)
<i>Guzzardi et al. (94)</i>	Plan alimentaire créé par des diététicien.ne.s accrédité.e.s : <ul style="list-style-type: none"> • 5 repas (petit-déjeuner, collation, repas de midi, collation, repas du soir) • Apport énergétique quotidien de 1600 kcal/j (50% sous forme de glucides, 20% de protéines et 30% de lipides) 	Réduction significative dans l'apport calorique et en nutriments comparé aux valeurs à la ligne de base Augmentation significative des apports en protéines et hydrates de carbone au dépend des apports en lipides Chez les patientes ayant un score YFAS élevé après le régime de 3 mois : diminution significative de l'activation cérébrale en réponse à des stimuli alimentaires
<i>Narmaki et al. (95)</i>	Plans alimentaires personnalisés créés par des diététicien.ne.s accrédité.e.s : <ul style="list-style-type: none"> • Apport énergétique quotidien = DET – 300-500 kcal (55% sous forme de glucides, 15% de protéines et 30% de lipides) Administration de 2 capsules de probiotiques par jour contenant chacune 6 espèces de bactéries probiotiques	Amélioration significative des scores d'appétit et de comportement alimentaire : <ul style="list-style-type: none"> • Appétit ($p < 0.001$) • Alimentation émotionnelle ($p < 0.001$) • Restriction cognitive ($p < 0.001$)
<i>Skinner et al. (96)</i>	5 sessions en ligne menées par des diététicien.ne.s accrédité.e.s utilisant des retours personnalisés, des exercices de renforcement de compétences et la définition d'objectifs afin d'améliorer : <ul style="list-style-type: none"> • la relation des participants à l'alimentation • la qualité nutritionnelle de leur alimentation 	Diminution significative de la proportion de participants ayant un score d'addiction à l'alimentation (YFAS) sévère dans le groupe d'intervention active : <ul style="list-style-type: none"> • Ligne de base : 79.3 % • 3 mois : 23.7 % • 6 mois : 24.1 %

Légendes : kcal = kilocalories ; DET = Dépense Énergétique Totale ; p = p -value (seuil de significativité)

7. Discussion

7.1 Résultats principaux

Pour rappel, les buts de mon TBS_c étaient premièrement d'identifier les interventions réalisables par les diététicien.ne.s, et dans un deuxième temps de mettre en évidence le rôle de ces dernier/ères dans la prise en charge de patient.e.s souffrant d'addiction à l'alimentation. Les résultats de ma recherche de la littérature mettent en évidence l'efficacité des interventions réalisées et/ou réalisables par les diététicien.ne.s mais plus précisément les domaines d'interventions efficaces, soit l'éducation nutritionnelle, le counseling nutritionnel sous forme d'EM et de TCC, le mode d'administration des aliments et/ou des nutriments avec des AET contrôlés, ou encore avec la mise en place d'une supplémentation en probiotiques (93-96).

7.2 Explications en lien avec la littérature

Il est important de noter que la littérature scientifique ne mentionne que rarement l'implication des diététicien.ne.s dans le traitement de l'addiction alimentaire : les articles portant sur des interventions menées par des diététicien.ne.s sont moins fréquentes comparativement à celles impliquant des psychologues, des psychiatres ou des médecins addictologues, et sont pour la plupart des études observationnelles et non interventionnelles. Pourtant, l'expertise des diététicien.ne.s englobe non seulement les aspects nutritionnels, mais aussi les comportements alimentaires associés.

Mon travail permet donc de dresser une liste d'interventions réalisables par les diététicien.ne.s afin d'appuyer leur utilité dans ce type de prise en charge, et de mettre en lumière de nouvelles perspectives de traitement de l'addiction à l'alimentation.

Il est cependant important de mentionner que l'éviction de certains aliments ou la restriction alimentaire ne sont pas recommandées dans la prise en charge nutritionnelle des TCA. Selon l'AND, ces approches tendent plutôt à exacerber les troubles sous-jacent et maintenir ou aggraver les comportements alimentaires fonctionnelles pour diverses raisons (67) :

- Renforcement potentiel des comportements restrictifs autour de l'alimentation, exacerbant ainsi les TCA tels que l'anorexie mentale et la boulimie (65)
- Les directives cliniques recommandent généralement une approche inclusive et non restrictive. Les thérapies nutritionnelles pour les TCA visent à encourager une alimentation variée et équilibrée, plutôt qu'à éviter ou restreindre certains aliments (67)

Dans ma recherche de littérature, plusieurs revues narratives ont été rédigées sur le sujet de l'addiction à l'alimentation faisant ressortir certaines interventions semblables à celles trouvées dans les quatre études sélectionnées (tableau 23). Bien qu'elles n'aient pas été retenues dans mon analyse en raison de leur devis d'étude, les interventions qui y sont mises en avant représentent des pistes intéressantes dans l'éventuelle émission de recommandations de prise en charge diététique dans le traitement de l'addiction à l'alimentation.

Les catégories les plus représentées sont celles centrées sur l'individu, soit les mêmes que dans les études interventionnelles incluses dans mon analyse, à savoir le counseling nutritionnel, l'éducation nutritionnelle et le mode d'administration d'aliments et/ou de nutriments. Les interventions mentionnées le plus souvent sont les suivantes :

- Régimes (jeûne intermittent, régime cétogène, régime restrictif, abstinence des aliments problématiques, ...) (99-103)
- Modifications du comportement alimentaire (instauration de bonnes habitudes alimentaires, travailler sur la satiété et l'alimentation en pleine conscience, TCC, EM, ...) (104-107)

Seule une étude observationnelle mentionne l'importance des actions de prévention de la santé, appartenant au domaine de l'action nutritionnelle basée sur la population sans pour autant spécifier le type d'intervention (105).

Le tableau ci-dessous synthétise les articles non retenus en mentionnant leurs auteurs, la date de publication, le titre ainsi que les interventions mentionnées et les catégories d'interventions du PSN auxquelles elles appartiennent (tableau 23).

Tableau 23 : Interventions proposées dans la littérature

Auteurs, date de publication, titre	Devis d'étude	Interventions proposées (relevant des diététicien.ne.s ou non spécifiques)	Catégorie(s) du PSN
Davis C, Mason A. ; 2020 (99) « <i>Prevention and Treatment of Food Addiction</i> »	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • Programme OA • <i>Abstinence des aliments problématiques</i> • Chirurgie bariatrique pour les patients en obésité • TCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Education nutritionnelle • Counseling nutritionnel • Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments
Wiss D, Brewerton T. ; 2017 (100) « <i>Incorporating food addiction into disordered eating : the disordered eating food addiction nutrition guide (DEFANG)</i> »	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Régime restrictif (sans spécifications)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments
Carmen et al. ; 2020 (101) « <i>Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets : a case series</i> »	Série de cas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mise en place d'un régime cétogène (aucune information sur sa durée ni sur la réelle efficacité du régime en lui-même ou si le changement des habitudes alimentaires est à l'origine de son « efficacité »)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments
Gupta A ; Osadchiy V, Mayer, E. ; 2020 (102) « <i>Brain-gut-microbiome interactions in obesity and food addiction</i> »	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mise en place d'un jeûne intermittent</i> • Chirurgie bariatrique (roux-en-y bypass ou sleeve gastrique par laparotomie) • TCC • Médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments • Counseling nutritionnel
Wilcox, C. ; 2021 (103) « <i>How to treat food addiction from a Nutritional Perspective : Consideration of Diet and Abstinence</i> »	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identifier les aliments problématiques à l'aide d'un journal alimentaire et les éviter</i> • <i>Régime cétogène</i> • <i>Augmenter la part d'aliments à haute densité nutritionnelle et satiétogènes (fibres, protéines, céréales complètes)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Education nutritionnelle</i> • <i>Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments</i>
Yau Y, Gottlieb C, Krasna L, Potenza M. ; 2014 (104) « <i>Food Addiction : Evidence, Evaluation, and Treatment</i> »	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • Programme OA • <i>Changement des croyances nutritionnelles</i> • <i>Plan alimentaire</i> • <i>Instauration de bonnes habitudes alimentaires</i> • <i>Education nutritionnelle</i> • <i>Introduction d'alternatives à la « junk food » et aux AUT</i> • <i>Travailler sur la satiété et l'alimentation en pleine conscience</i> • <i>Tenir un journal alimentaire</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Education nutritionnelle • Counseling nutritionnel • Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments
Dimitrijevi, I. ; 2014 (105) « <i>Food addiction – diagnosis and treatment</i> »	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Travailler sur les sensations alimentaires</i> • <i>Mettre en place des mesures de prévention et de promotion de la santé</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling nutritionnel • Action nutritionnelle basée sur la population

Auteurs, date de publication, titre	Devis d'étude	Interventions proposées (<i>relevant des diététicien.ne.s ou non spécifiques</i>)	Catégorie(s) du PSN
Adams R, Segmond J, Maizey L, Chambers C, Lawrence, N. ; 2019 (106) <i>« Food Addiction : Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating »</i>	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> • Programme OA • TCC • Psychothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling nutritionnel
Constant A, Moirand R, Thibault R, Val-Laillet D. ; 2020 (107) <i>« Meeting of Minds around Food Addiction : Insights from Addiction Medicine, Nutrition, Psychology and Neurosciences »</i>	Revue narrative	<u>Travail en interdisciplinarité :</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Education nutritionnelle et consultations diététiques</i> • <i>EM</i> • Exercice physique • Suivi psychologique • Supervision par un.e médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Education nutritionnelle • Counseling nutritionnel • Coordination des soins nutritionnels

Selon Gearhardt et al., l'impact de la nutrition sur la santé publique ne se limite pas seulement à un petit groupe de personnes pouvant devenir cliniquement dépendantes de certains aliments, mais aussi à un groupe probablement plus large d'adultes et d'enfants qui mangent en excès, compromettant ainsi leur santé (15). Les phénomènes d'alimentation émotionnelle, de « craving » de certains aliments, de difficulté à contrôler la consommation d'aliments riches en calories malgré les conséquences connues, et d'épisodes de frénésie alimentaire subclinique sont courants (15). Les coûts des soins de santé liés au surpoids et à l'obésité devraient dépasser 850 milliards de dollars par an d'ici 2030 aux États-Unis (15). Les auteurs ajoutent que pour réduire ces coûts, il faudra aller au-delà de la responsabilité individuelle ou des troubles cliniques, de la même façon que lors de la lutte contre l'utilisation de la nicotine et des drogues (15). Des politiques visant à modifier la disponibilité, les caractéristiques et les coûts des produits du tabac ont entraîné des progrès significatifs en santé publique (15). Gearhardt et al. font le postulat que des interventions environnementales similaires pourraient être nécessaires pour réduire la surconsommation problématique d'aliments potentiellement addictifs (15).

De plus, en raison de l'exposition de plus en plus précoce des enfants à la publicité alimentaire, notamment grâce aux placements de produits dans des jeux vidéo par exemple (aussi nommé « advergaming »), la surveillance parentale envers ce type de publicité devient de plus en plus compliquée (15). A l'instar des mesures prises contre le tabac, ou encore de l'alcool, réduire l'exposition des enfants à la publicité pour des aliments potentiellement addictifs pourrait constituer une stratégie clé en santé publique (15).

Ces postulats démontrent que, bien qu'aucune intervention menée dans les études sélectionnées pour mon analyse ne fasse partie de la catégorie PSN de l'action nutritionnelle basée sur la population, ce type d'intervention pourrait présenter un réel atout dans la prévention et/ou le traitement de l'addiction à l'alimentation.

Concernant le domaine d'intervention intitulé « coordination des soins nutritionnels », une seule étude inclut des interventions correspondant. L'étude de Constant et al. est la seule mettant l'accent sur le travail en interdisciplinarité en soulignant le l'effet complémentaire de la nutrition, de l'activité physique et de la psychothérapie, le tout supervisé par un.e médecin (107).

7.3 Limites et forces des études

En ce qui est des faiblesses des études incluses les principales sont les suivantes :

- Echantillons faibles (en moyenne : $n = 80.5$)
- Taux d'abandon élevés (en moyenne : 32%)
Populations non comparables (sexe, BMI)

De plus, l'étude de Guzzardi et al. présente un défaut majeur (mentionné par l'auteur) : le score YFAS des participantes a été mesuré à la ligne de base mais pas à la fin de l'intervention (94). L'effet de celle-ci sur le comportement alimentaire (appétit, par exemple) a été mesuré mais pas sur l'addiction à l'alimentation de manière spécifique.

Quant aux forces des études, elles sont les suivantes :

- Scores de qualité satisfaisants (en moyenne : 89.5%)
- Une majorité de devis d'étude à haut niveau de preuves (RCT : $n = 3$)
- Etudes récentes (2018 - 2024)
- Variables mesurées à l'aide d'outils validés (YFAS, DASS-21, SNAQ, etc.)
- Analyses statistiques pertinentes

7.4 Limites et forces du travail

En matière de recherche sur ce sujet, il est essentiel de reconnaître certaines limites importantes de mon travail. Tout d'abord, le concept d'addiction à l'alimentation est relativement récent et encore largement débattu, ce qui complique la définition précise des termes et des cadres théoriques. Ensuite, la littérature disponible est soit réduite, soit au contraire très vaste mais peu spécifique, rendant difficile l'identification de sources pertinentes et focalisées. De plus, les articles existants ne sont pas toujours comparables en raison de divergences méthodologiques, d'objectifs variés ou de contextes différents, ce qui limite la possibilité de tirer des conclusions cohérentes et généralisables.

En revanche, ce travail présente plusieurs forces notables. Tout d'abord, il constitue une tentative de répertorier les interventions réalisables par les diététicien.ne.s dans le cadre d'une addiction à l'alimentation, apportant ainsi une contribution à ce domaine de recherche. De plus, l'utilisation du PSN pour déterminer les interventions garantit l'emploi d'un outil validé et fiable, ce qui réduit les biais potentiels et confère une plus grande rigueur méthodologique à l'étude. Enfin, ce travail permet de mieux cerner et de mettre en évidence le rôle essentiel des diététicien.ne.s dans la gestion des addictions alimentaires, soulignant ainsi leur importance dans les équipes de soins interprofessionnelles.

7.5 Perspectives pour la recherche

Les résultats significatifs des études incluses dans mon travail révèlent des perspectives prometteuses et variées pour la recherche sur l'addiction à l'alimentation. Pour approfondir notre compréhension de ce phénomène, des études à grande échelle sont nécessaires afin de recueillir des données représentatives et robustes. Il serait également bénéfique d'examiner différentes populations et de tester diverses interventions dans plusieurs domaines pour identifier des approches efficaces. Comparer les résultats entre ces populations pourrait révéler des variations significatives et offrir des aperçus adaptés à chaque groupe.

En outre, intégrer la notion d'obésité dans ces recherches, bien qu'elle ne touche pas toutes les personnes souffrant d'addiction à l'alimentation, permettrait de mieux comprendre le lien entre l'addiction à l'alimentation et la surcharge pondérale, ouvrant ainsi la voie à des stratégies de prévention et de traitement plus ciblées et efficaces.

Ziauddeen et al. propose l'exploration de la possibilité d'un syndrome de l'addiction à l'alimentation puisque, pour ces chercheurs, les comportements alimentaires se situent le long d'un continuum de comportements de consommation, et ainsi il serait plausible que ce

syndrome représente une étape intermédiaire précédant l'addiction à l'alimentation (9). Les auteurs ajoutent que cette exploration serait cruciale pour mieux comprendre l'évolution naturelle et les bases neurologiques de l'addiction alimentaire (9). Une analyse approfondie des transitions entre l'utilisation, l'abus et l'addiction est nécessaire pour clarifier le développement de ce syndrome (9). Cependant, il est évident que l'application des critères d'abus de substances à l'alimentation pose des défis similaires à ceux rencontrés avec le modèle d'addiction alimentaire, par conséquent définir l'addiction alimentaire uniquement en fonction du phénotype du syndrome clinique de l'addiction aux substances peut ne pas être l'approche la plus adaptée (9).

Lors de ma recherche de littérature, 13 articles ont été retirés de ma sélection en fonction du devis d'étude utilisé et après l'évaluation de la qualité ; à noter que les interventions décrites sont pour la plupart semblables ou identiques à celles mentionnées dans les articles sélectionnés. Néanmoins, les interventions non abordées dans ces derniers, mériteraient de faire l'objet d'investigations futures pour approfondir leur efficacité potentielle. A savoir :

- Le régime cétogène (101,103),
- Le jeûne intermittent (102),
- Les mesures de prévention et de promotion de la santé (105).

7.6 Implications pour la pratique

Les implications pratiques de ce travail sur l'addiction à l'alimentation sont significatives à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il pourrait contribuer à l'élaboration d'un guide pour la pratique clinique en proposant une approche qui reconnaît l'addiction à l'alimentation à la fois comme une dépendance à une substance et comme une addiction comportementale complexe, avec des manifestations variées selon les individus. Cette perspective élargie encourage les professionnels de la santé à utiliser des outils plus adaptés et personnalisés lors du traitement des patients, tenant compte de la diversité des symptômes et des réponses thérapeutiques et répondant probablement mieux aux besoins des patients rencontrant ce type de problématiques.

Cependant, une problématique centrale réside dans l'impossibilité de formuler des recommandations uniformes. Prescrire des aliments types, des doses types ou catégoriser des patients types est impossible : ce travail propose plutôt une approche en forme de boîte à outils. Cette approche flexible peut permettre aux professionnels de personnaliser les stratégies de traitement en fonction des besoins spécifiques de chaque patient, adaptant ainsi les interventions en fonction des préférences alimentaires, des comportements alimentaires et des facteurs psychologiques propres à chaque individu.

En outre, l'implication collaborative de divers professionnels de la santé, tels que des diététiciens, des psychologues et des médecins, est cruciale pour fournir un soutien complet et intégré. Les diététiciens prennent en charge les aspects nutritionnels et les comportements alimentaires associés, les psychologues interviennent sur les aspects comportementaux et émotionnels de l'addiction, tandis que les médecins supervisent les aspects médicaux et les comorbidités potentielles. Cette approche interprofessionnelle

renforce l'efficacité des interventions et améliore les résultats pour les patients confrontés à l'addiction à l'alimentation, offrant ainsi une prise en charge plus holistique et personnalisée.

8. Conclusion

L'addiction à l'alimentation constitue un défi majeur en raison de sa définition floue et de l'absence de directives standardisées. Le manque de critères universellement acceptés découle du fait que l'addiction à l'alimentation se manifeste différemment chez chaque individu et n'est pas clairement classifiée parmi les addictions aux substances ni parmi les addictions comportementales. Bien que le débat sur sa classification soit toujours d'actualité, il apparaît clairement que, quelle que soit sa catégorisation, les interventions nutritionnelles semblent offrir un certain degré d'efficacité.

Les diététicien.ne.s jouent un rôle crucial dans la gestion des patients souffrant d'addiction alimentaire. Plusieurs interventions réalisables par les diététicien.ne.s, telles que l'éviction de certains aliments, les régimes alimentaires restreints en énergie et la TCC, ont montré leur efficacité. Cependant, ces interventions semblent souvent être fortement individualisées.

Des recherches supplémentaires sont essentielles pour déterminer quelles interventions sont les plus efficaces et pertinentes pour différentes populations. Cela permettra d'établir une approche plus personnalisée du traitement de l'addiction alimentaire et d'améliorer le rôle des diététicien.ne.s dans ce domaine complexe.

Liste de références

- (1) ASAM – American Society of Addiction Medicine. Definition of Addiction [En ligne]. 2019 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- (2) Canadian Center for Addictions. Substance Addiction and Behavioural Addiction [En ligne]. 2019 [cité le 29.06.2024]. Disponible sur: <https://canadiancentreforaddictions.org/substance-behavioural-addiction/>
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. Substance-related and addictive disorders [En ligne]. Washington : American Psychiatric Publishing ; 2013 [cité 07 juin 2024]. Disponible sur: [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
- (4) Alavi SS, Ferdosi M, Jannatifard F, Eslami M, Alaghemandan H, Setare M. Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *Int J Prev Med.* 2012;3(4):290-4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354400/>
- (5) Brunton L, Björn CK. Goodman & Gilman's : The Pharmacological Basis of Therapeutics [En ligne]. New York: McGraw Hill; 2011 [cité 02 juin 2024]. Disponible sur: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3191#266698664>
- (6) Imperatori C, Fabbriatore M, Vumbaca V, Innamorati M, Contardi A, Farina B. Food Addiction: definition, measurement and prevalence in healthy subjects and in patients with eating disorders. *Rivista di Psichiatria.* 2016;51(2):60-5. Disponible sur: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2246/articoli/24196/>
- (7) Gearhardt A, Corbin W, Brownell K. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite.* 2009;52(2):430-6. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003
- (8) 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):1154-63. doi:10.1016/j.lpm.2016.03.014
- (9) Ziauddeen H, Fletcher PC. Is food addiction a valid and useful concept? *Obes Rev.* 2013;14(1):19-28. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x
- (10) Ziauddeen H, Farooqi S, Fletcher P. Obesity and the brain: How convincing is the addiction model? *Nature reviews Neuroscience.* 2012;13:279-86. doi:10.1038/nrn3212
- (11) Groupement de Réflexion de l'Obésité et du Surpoids – GROS. Non Monsieur Cymes, le sucre n'est pas une drogue, et les rillettes non plus ! [En ligne]. 2017 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.gros.org/non-monsieur-cymes-le-sucre-nest-pas-une-droque-et-les-rillettes-non-plus>
- (12) Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2008;32(1):20-39. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.04.019

- (13) Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed SH. Intense Sweetness Surpasses Cocaine Reward. *PLoS One*. 2007;2(8):e698. doi:10.1371/journal.pone.0000698
- (14) Stice E, Burger KS, Yokum S. Relative ability of fat and sugar tastes to activate reward, gustatory, and somatosensory regions. *Am J Clin Nutr*. 2013;98(6):1377-84. doi:10.3945/ajcn.113.069443
- (15) Gearhardt AN, Grilo CM, DiLeone RJ, Brownell KD, Potenza MN. Can food be addictive? Public health and policy implications. *Addiction*. 2011;106(7):1208-12. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03301.x
- (16) Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, Antel J, Dieguez C, de Jong J, et al. "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;47:295-306. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.08.016
- (17) Gardner E. Introduction: Addiction and Brain Reward and Anti-Reward Pathways. *Adv Psychosom Med*. 2011;30:22-60. doi:10.1159/000324065
- (18) Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Telang F. Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity: evidence of systems pathology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1507):3191-200. doi:10.1098/rstb.2008.0107
- (19) Miela R, Cubała W, Mazurkiewicz D, Jakuszkowiak-Wojten K. The neurobiology of addiction. A vulnerability/resilience perspective. *The European Journal of Psychiatry*. 2018;32. doi:10.1016/j.ejpsy.2018.01.002
- (20) Robinson, TE, Berridge, KC. *Addiction*. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:25-53. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- (21) Sampedro-Piquero P, Santín L, Castilla-Ortega E, Sampedro-Piquero P, Santín L, Castilla-Ortega E. Aberrant Brain Neuroplasticity and Function in Drug Addiction: A Focus on Learning-Related Brain Regions. In: *Behavioral Neuroscience* [En ligne]. IntechOpen; 2019 [cité 5 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.intechopen.com/chapters/66157>
- (22) Neuroscience Institute. The Link Between Neuroplasticity and Addiction [En ligne]. 2021 [cité 5 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.neuroscienceresearchinstitute.com/the-link-between-neuroplasticity-and-addiction/>
- (23) Fang Y, Sun Y, Liu Y, Liu T, Hao W, Liao Y. Neurobiological mechanisms and related clinical treatment of addiction: a review. *Psychoradiology*. 2022;2(4):180-9. doi:10.1093/psyrad/kkac021
- (24) Menon V, D'Esposito M. The role of PFC networks in cognitive control and executive function. *Neuropsychopharmacology*. 2022;47(1):90-103. doi:10.1038/s41386-021-01152-w
- (25) Koob GF. Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacol Rev*. 2021;73(1):163-201. doi:10.1124/pharmrev.120.000083
- (26) Nestler E. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci*. 2005;8(11):1445-9. doi:10.1038/nn1578

- (27) Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(1):217-38. doi:10.1038/npp.2009.110
- (28) Nestler E, Carlezon W. The Mesolimbic Dopamine Reward Circuit in Depression. *Biological Psychiatry*. 2006;59(12):1151-9. doi:10.1016/j.biopsych.2005.09.018
- (29) Volkow N, Wang G, Telang F, Fowler J, Logan J, Childress A, et al. Cocaine Cues and Dopamine in Dorsal Striatum: Mechanism of Craving in Cocaine Addiction. *J Neurosci*. 2006;26(24):6583-8. doi:10.1523/JNEUROSCI.1544-06.2006
- (30) Popescu A, Marian M, Drăgoi A, Costea R. Understanding the genetics and neurobiological pathways behind addiction (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021;21(5):1-10. doi:10.3892/etm.2021.9976
- (31) Goldstein R, Volkow N. Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the Involvement of the Frontal Cortex. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1642-52. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201373/>
- (32) Kirby L, Zeeb F, Winstanley C. Contributions of Serotonin in Addiction Vulnerability. *Neuropharmacology*. 2011;61(3):421-32. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.03.022
- (33) Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):760-73. doi:10.1016/S2215-0366(16)00104-8
- (34) Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Cocaine: patterns of use, route of administration, and severity of dependence. *Br J Psychiatry*. 1994;164(5):660-4. doi:10.1192/bjp.164.5.660
- (35) Le Q, Yan B, Yu X, Li Y, Song H, Zhu H, et al. Drug-seeking motivation level in male rats determines offspring susceptibility or resistance to cocaine-seeking behaviour. *Nat Commun*. 2017;8:15527. doi:10.1038/ncomms15527
- (36) Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychological Medicine*. 2021;51(13):2189-200. doi:10.1017/S0033291721000969
- (37) Trifu S, Tudor A, Radulescu I. Aggressive behavior in psychiatric patients in relation to hormonal imbalance (Review). *Exp Ther Med*. 2020;20(4):3483-7. doi:10.3892/etm.2020.8974
- (38) Vink J. Genetics of Addiction: Future Focus on Gene × Environment Interaction? *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(5):684-7. doi:10.15288/jsad.2016.77.684
- (39) Larousse É. Définitions : palatable [En ligne]. [cité 21 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/palatable/57327>
- (40) Ramirez I. What do we mean when we say « palatable food »? *Appetite*. 1990;14(3):159-61. doi:10.1016/0195-6663(90)90081-i
- (41) Volkow ND, Wise RA. How can drug addiction help us understand obesity? *Nat Neurosci*. 2005;8(5):555-60. doi:10.1038/nn1452
- (42) Soroceanu R, Soroceanu A, Timofte D, Timofeiov S, Tanase A, Iordache A, et al. From Pleasure to Pathology: Understanding the Neural Basis of Food Addiction in the Context of Obesity. *chr*. 2023;118(4):348. doi:10.21614/chirurgia.2023.v.118.i.4.p.348

- (43) Malik S, McGlone F, Bedrossian D, Dagher A. Ghrelin Modulates Brain Activity in Areas that Control Appetitive Behavior. *Cell Metabolism*. 2008;7(5):400-9. doi:10.1016/j.cmet.2008.03.007
- (44) Colantuoni C, Rada P, McCarthy J, Patten C, Avena NM, Chadeayne A, et al. Evidence That Intermittent, Excessive Sugar Intake Causes Endogenous Opioid Dependence. *Obesity Research*. 2002;10(6):478-88. doi:10.1038/oby.2002.66
- (45) Wang GJ, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, et al. Brain dopamine and obesity. *The Lancet*. 2001;357(9253):354-7. doi:10.1016/S0140-6736(00)03643-6
- (46) Cifani C, Polidori C, Melotto S, Ciccocioppo R, Massi M. A preclinical model of binge eating elicited by yo-yo dieting and stressful exposure to food: effect of sibutramine, fluoxetine, topiramate, and midazolam. *Psychopharmacology*. 2009;204(1):113-25. doi:10.1007/s00213-008-1442-y
- (47) Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biological Psychology*. 2018;131:5-13. doi:10.1016/j.biopsycho.2017.05.001
- (48) Mattick R, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence [En ligne]. 2009 [cité 24 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002209.pub2/full>
- (49) Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):1025-30. doi:10.1176/ajp.151.7.1025
- (50) Fuller R, Branchey L, Brightwell D, Derman R, Emrick C, Iber F, et al. Disulfiram Treatment of Alcoholism: A Veterans Administration Cooperative Study. *JAMA*. 1986;256(11):1449-55. doi:10.1001/jama.1986.03380110055026
- (51) Volpicelli J, Alterman A, Hayashida M, O'Brien C. Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49(11):876-80. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820110040006
- (52) Mann K, Lehert P, Morgan M. The Efficacy of Acamprosate in the Maintenance of Abstinence in Alcohol-Dependent Individuals: Results of a Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2004;28(1):51-63. doi:10.1097/01.ALC.0000108656.81563.05
- (53) Fiore MC, Jaén CR, Baker TB. Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update. [En ligne]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services;2008 [cité 12 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- (54) Carroll K, Onken L. Behavioral Therapies for Drug Abuse. *Am J Psychiatry*. 2005;162(8):1452-60. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1452
- (55) Miller W, Rollnick S, Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris: Interéditions;2013

- (56) Petry NM, Alessi SM, Olmstead TA, Rash CJ, Zajac K. Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go? *Psychol Addict Behav.* 2017;31(8):897-906. doi:10.1037/adb0000287
- (57) O'Farrell T, Schein A. Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. *J Subst Abuse Treat.* 2000;18(1):51-4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215582/>
- (58) Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. The Neural Correlates of "Food Addiction". *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(8):808-16. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.32
- (59) Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eating Disorders.* déc 2010;19(1):49-61. doi:10.1080/10640266.2011.533605
- (60) Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. The Addictive Dimensionality of Obesity. *Biol Psychiatry.* 2013;73(9):811-8. doi:10.1016/j.biopsych.2012.12.020
- (61) Schulte E, Avena N, Gearhardt A. Which Foods May Be Addictive? The Roles of Processing, Fat Content, and Glycemic Load. *PLoS One.* 2015;10(2):e0117959. doi :10.1371/journal.pone.0117959
- (62) Overeaters Anonymous. A propos de nous [En ligne]. 2024 [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: <https://oa.org/fr/about-us/>
- (63) Overeaters Anonymous. Travailler le programme [En ligne]. 2024 [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: <https://oa.org/fr/working-the-program/>
- (64) Overeaters Anonymous. Douze étapes [En ligne]. 2024 [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: <https://oa.org/fr/working-the-program/twelve-steps/>
- (65) Hackert AN, Kniskern MA, Beasley TM. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2020 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Eating Disorders. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics.* 2020;120(11):1902-1919.e54. doi:10.1016/j.jand.2020.07.014
- (66) Reiter CS, Graves L. Nutrition Therapy for Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Practice.* 2010;25(2):122-36. doi:10.1177/0884533610361606
- (67) Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *AJP.* févr 2023;180(2):167-71. doi:10.1176/appi.ajp.23180001
- (68) Ratković D, Knežević V, Dickov A, Fedrigolli E, Čomić M. Comparison of binge-eating disorder and food addiction. *J Int Med Res.* 2023;51(4):03000605231171016. doi:10.1177/03000605231171016
- (69) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. Binge-Eating Disorder [En ligne]. Washington : American Psychiatric Publishing ; 2013 [cité 11 juin 2024]. Disponible sur: [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)

- (70) Wilson G, Grilo C, Vitousek K. Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*. 2007;62(3):199-216. doi:10.1037/0003-066X.62.3.199
- (71) Grilo C, Masheb R, Wilson G. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry*. 2005;57(3):301-9. doi:10.1016/j.biopsych.2004.11.002
- (72) Reas D, Grilo C. Pharmacological Treatment of Binge Eating Disorder: Update Review and Synthesis. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(10):1463-78. doi:10.1517/14656566.2015.1053465
- (73) Tribole E, Resch E. *Intuitive Eating : A revolutionary program that works*. New York : St. Martin's Griffi ; 2003
- (74) Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):611-627. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004
- (75) Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids [En ligne]. 2024 [cité 01 juillet 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (76) World Health Organisation. WHO European Regional Obesity Report [En ligne]. 2022 [cité 01 juillet 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf?sequence=1>
- (77) Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*. 2021;136:104754. doi:10.1016/j.combiomed.2021.104754
- (78) Bischoff SC, Schweinlin A. Obesity therapy. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2020;38:9-18. doi:10.1016/j.clnesp.2020.04.013
- (79) American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association : Weight Management. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(2):330-46. doi:10.1016/j.jada.2008.11.041
- (80) Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2016;30(1):113-21. doi:10.1037/adb0000136
- (81) Saffari M, Fan CW, Chang YL, Huang PC, Tung SEH, Poon WC, et al. Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) and modified YFAS 2.0 (mYFAS 2.0): Rasch analysis and differential item functioning. *J Eat Disord*. 2022;10:185. doi:10.1186/s40337-022-00708-5
- (82) Ruddock HK, Christiansen P, Halford JCG, Hardman CA. The development and validation of the Addiction-like Eating Behaviour Scale. *Int J Obes*. 2017;41(11):1710-7. doi:10.1038/ijo.2017.158

- (83) Rossi AA, Mannarini S, Castelnuovo G, Pietrabissa G. Disordered Eating Behaviors Related to Food Addiction/Eating Addiction in Inpatients with Obesity and the General Population: The Italian Version of the Addiction-like Eating Behaviors Scale (AEBS-IT). *Nutrients*. 2022;15(1):104. doi:10.3390/nu15010104
- (84) Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale: A Systematic Review. *Nutrients*. 2014;6(10):4552-90. doi:10.3390/nu6104552
- (85) JBI Global. Scoping reviews compared to other types of review [En ligne]. 2022 [cité le 08 juillet 2023]. Disponible sur : <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687789/11.1.2+Scoping+reviews+compared+to+other+types+of+review+12>
- (86) Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process Tutorial : Module 1 Introduction to the Nutrition Care Process (NCP) [Présentation en ligne]. 2020 [16 décembre 2023]. Disponible sur : <https://eal.webauthor.com/go/view/presentation.cfm?uuid=F2BFB3D5-5666-412D-A1CB-42723FBB32A2> 13
- (87) Amianto F, Ottone L, Abbate G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DMS-5. *BMC Psychiatry*. 2015;15:70. doi:10.1186/s12888-015-0445-6
- (88) Yumuk et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*. 2015 ; 8(6) : 402-424. doi:10.1159/000442721
- (89) Barker T, Stone J, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*. 2023;21(3):494-506. doi:10.11124/JBIES-22-00430
- (90) Barker T, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JBI Evid Synth*. 2024;22(3):378-88. doi:10.11124/JBIES-23-00268
- (91) Johanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [En ligne]. 2013 [cité 13 juill 2024]. Disponible sur : https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- (92) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
- (93) Burrows T, Collins R, Rollo M, Leary M, Hides L, Davis C. The feasibility of a personality targeted intervention for addictive overeating: FoodFix. *Appetite*. 2021;156:104974. doi:10.1016/j.appet.2020.104974
- (94) Guzzardi MA, Garelli S, Agostini A, Filidei E, Fanelli F, Giorgetti A, et al. Food addiction distinguishes an overweight phenotype that can be reversed by low calorie diet. *European Eating Disorders Review*. 2018;26(6):657-70. doi:10.1002/erv.2652
- (95) Narmaki E, Borazjani M, Ataie-Jafari A, Hariri N, Doost AH, Qorbani M, et al. The combined effects of probiotics and restricted calorie diet on the anthropometric indices, eating behavior, and hormone levels of obese women with food addiction: a

randomized clinical trial. *Nutritional Neuroscience*. 2022;25(5):963-75. doi:10.1080/1028415X.2020.1826763

- (96) Skinner JA, Leary M, Whatnall M, Collins RA, Pursey KM, Verdejo-Garcia A, et al. A three-arm randomised controlled trial of a telehealth intervention targeting improvement in addictive eating for Australian adults (the TRACE program). *Appetite*. 2024;195:107211. doi:10.1016/j.appet.2024.107211
- (97) Canadian Institutes of Health Research CIHR. Critical Appraisal of Intervention Studies [En ligne]. 2012 [cité 12 juill 2024]. Disponible sur: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/45235.html>
- (98) Conférence spécialisée santé des Hautes écoles spécialisées suisses. KFH Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisse : Compétences finales des professions de la santé des HES [En ligne]. 2009 [cité 15 juill 2024]. Disponible sur : https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2009_1_Comp%C3%A9tences-finales_professions-sant%C3%A9-HES.pdf
- (99) Davis C, Mason AE. Prevention and Treatment of “Food Addiction”. In: Sussman S, éditeur. *The Cambridge Handbook of Substance and Behavioral Addictions* [En ligne]. Cambridge: Cambridge University Press; 2020 [cité 11 juill 2024]. p. 230-40. (Cambridge Handbooks in Psychology). Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-handbook-of-substance-and-behavioral-addictions/prevention-and-treatment-of-food-addiction/E972C4BD346BB40F3466E9CB84218550>
- (100) Wiss DA, Brewerton TD. Incorporating food addiction into disordered eating: the disordered eating food addiction nutrition guide (DEFANG). *Eat Weight Disord*. 2017;22(1):49-59. doi:10.1007/s40519-016-0344-y
- (101) Carmen M, Safer DL, Saslow LR, Kalayjian T, Mason AE, Westman EC, et al. Treating binge eating and food addiction symptoms with low-carbohydrate Ketogenic diets: a case series. *J Eat Disord*. 2020;8:2. doi:10.1186/s40337-020-0278-7
- (102) Gupta A, Osadchiy V, Mayer EA. Brain–gut–microbiome interactions in obesity and food addiction. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(11):655-72. doi:10.1038/s41575-020-0341-5
- (103) Wilcox C. How to Treat Food Addiction from a Nutritional Perspective: Consideration of Diet and Abstinence. In: *Food Addiction, Obesity, and Disorders of Overeating* [En ligne]. 2021 [cité 11 juill 2024]. doi:10.1007/978-3-030-83078-6_13
- (104) Yau Y, Gottlieb C, Krasna L, Potenza M. Food Addiction: Evidence, Evaluation, and Treatment. In: *Behavioral Addictions : Criteria, Evidence, and Treatment* [En ligne]. 2014 [cité 11 juill 2024]. doi:10.1016/B978-0-12-407724-9.00007-0
- (105) Dimitrijevi I. FOOD ADDICTION-DIAGNOSIS AND TREATMENT. *Psychiatria Danubina*. 2015;27(1):101-6. doi:10.1038/s41575-020-0341-5
- (106) Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, Chambers CD, Lawrence NS. Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating. *Nutrients*. 2019;11(9):2086. doi:10.3390/nu11092086

(107) Constant A, Moirand R, Thibault R, Val-Laillet D. Meeting of Minds around Food Addiction: Insights from Addiction Medicine, Nutrition, Psychology, and Neurosciences. *Nutrients*. 2020;12(11):3564. doi:10.3390/nu12113564

Annexe 1 : les 12 étapes du programme OA

1	Nous avons admis que nous étions impuissants devant la nourriture, que nous avons perdu la maîtrise de notre vie.
2	Nous sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pourrait nous rendre la raison.
3	Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de cette Puissance telle que nous la concevions.
4	Nous avons dressé un inventaire moral et sans complaisance de nous-mêmes.
5	Nous avons avoué à haute voix à nous-mêmes et à une autre personne humaine la nature exacte de nos torts.
6	Nous étions entièrement prêts à ce que cette Puissance supérieure ôtât tous ces défauts de caractère.
7	Humblement, nous avons demandé à cette Puissance de supprimer nos défauts.
8	Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et sommes devenus disposés à réparer nos torts envers elles toutes.
9	Nous avons réparé ces torts directement, dans la mesure du possible, sauf lorsque cela aurait pu leur nuire ou nuire à autrui.
10	Nous avons continué notre inventaire personnel et, lorsque nous avons tort, nous l'avons admis immédiatement. Nous avons continué notre inventaire personnel et, lorsque nous avons tort, nous l'avons admis immédiatement.
11	Nous avons cherché, par la prière et la méditation, à améliorer notre contact conscient avec cette Puissance, telle que nous la concevions, en lui demandant seulement de connaître sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'accomplir.
12	Ayant connu un réveil spirituel à la suite de ces étapes, nous avons essayé de transmettre ce message à d'autres et de pratiquer ces principes dans toutes nos affaires.

Annexe 2 : Questionnaire YFAS 2.0

Questions	
1.	Quand j'ai commencé à manger certains aliments, j'ai mangé beaucoup plus que prévu.
2.	J'ai continué à manger certains aliments même lorsque je n'avais plus faim.
3.	J'ai mangé jusqu'à me sentir physiquement malade.
4.	J'ai beaucoup souffert à l'idée de réduire ma consommation de certains types d'aliments, mais je les ai quand même mangés.
5.	J'ai passé beaucoup de temps à me sentir engourdi ou fatigué à cause d'une suralimentation.
6.	J'ai passé beaucoup de temps à manger certains aliments tout au long de la journée.
7.	Quand certains aliments n'étaient pas disponibles, je fournissais des efforts pour les obtenir. Par exemple, je suis allé au magasin pour acheter certains aliments même si j'avais d'autres choses à manger à la maison.
8.	J'ai tellement mangé certains aliments ou en si grandes quantités que j'ai arrêté de faire d'autres choses importantes. Ces choses auraient pu être le travail ou passer du temps avec la famille ou les amis.
9.	J'ai eu des problèmes avec ma famille ou mes amis à cause de la quantité excessive de nourriture que je consommais.
10.	J'ai évité le travail, l'école ou les activités sociales parce que j'avais peur de trop manger là-bas.
11.	Quand j'ai réduit ou arrêté de manger certains aliments, je me sentais irritable, nerveux ou triste.
12.	Si j'avais des symptômes physiques parce que je n'avais pas mangé certains aliments, je mangerais ces aliments pour me sentir mieux.
13.	Si j'avais des problèmes émotionnels parce que je n'avais pas mangé certains aliments, je mangerais ces aliments pour me sentir mieux.
14.	Lorsque j'ai réduit ou arrêté de manger certains aliments, j'ai eu des symptômes physiques. Par exemple, j'ai eu des maux de tête ou de la fatigue.
15.	Lorsque j'ai réduit ou arrêté de manger certains aliments, j'ai ressenti de fortes envies pour eux.
16.	Mon comportement alimentaire me causait beaucoup de détresse.
17.	J'ai eu des problèmes importants dans ma vie à cause de la nourriture et de l'alimentation. Ces problèmes pouvaient concerner ma routine quotidienne, mon travail, mon école, mes amis, ma famille ou ma santé.
18.	Je me sentais tellement mal d'avoir trop mangé que je ne faisais pas d'autres choses importantes. Ces choses pouvaient être le travail ou passer du temps avec la famille ou les amis.
19.	Ma suralimentation m'empêchait de m'occuper de ma famille ou d'effectuer les tâches ménagères.
20.	J'ai évité le travail, l'école ou les fonctions sociales parce que je ne pouvais pas manger certains aliments là-bas.

21.	J'ai évité les situations sociales parce que les gens n'approuveraient pas la quantité que je mangeais.
22.	Je continuais à manger de la même manière même si cela me causait des problèmes émotionnels.
23.	Je continuais à manger de la même manière même si cela me causait des problèmes physiques.
24.	Manger la même quantité de nourriture ne me procurait plus autant de plaisir qu'auparavant.
25.	Je voulais vraiment réduire ou arrêter de manger certains types d'aliments, mais je n'y arrivais tout simplement pas.
26.	J'avais besoin de manger de plus en plus pour obtenir les sensations que je désirais de la nourriture. Cela incluait la réduction des émotions négatives comme la tristesse ou l'augmentation du plaisir.
27.	Je n'ai pas bien réussi au travail ou à l'école parce que je mangeais trop.
28.	Je continuais à manger certains aliments même si je savais que c'était physiquement dangereux. Par exemple, je continuais à manger des sucreries même si j'avais le diabète. Ou je continuais à manger des aliments gras malgré mes problèmes cardiaques.
29.	J'avais des envies tellement fortes de manger certains aliments que je ne pouvais penser à rien d'autre.
30.	J'avais des envies tellement intenses pour certains aliments que j'avais l'impression de devoir les manger immédiatement.
31.	J'ai essayé de réduire ou de ne pas manger certains types de nourriture, mais je n'ai pas réussi.
32.	J'ai essayé en vain de réduire ou d'arrêter de manger certains aliments.
33.	J'étais tellement distrait par la pensée de manger que j'aurais pu me blesser (par exemple, en conduisant, en traversant la rue, en manipulant des machines).
34.	J'étais tellement distrait par la pensée de la nourriture que j'aurais pu me blesser (par exemple, en conduisant, en traversant la rue, en manipulant des machines).
35.	Mes amis ou ma famille étaient inquiets à cause de la quantité excessive de nourriture que je consommais.

Annexe 3 : Questionnaire AEBS

Première partie	1	2	3	4	5
1. Je continue à manger même lorsque je me sens plein.e					
2. Je me sers des portions excessivement grandes					
3. Une fois que je commence à manger certains aliments, je ne pas m'arrêter tant qu'il en reste					
4. Quand il s'agit de nourriture, j'ai tendance à en faire trop					
5. J'ai tendance à ne pas trop manger					
6. Je me sens incapable de contrôler mon poids					
7. Je me sens incapable de contrôler mon poids					
8. Je fais des excès alimentaires (grande quantité de nourriture en peu de temps)					
9. Je mange jusqu'à me sentir mal					
Deuxième partie	A	B	C	D	E
10. J'ai tendance à ne pas acheter d'aliments transformée riches en graisses et/ou en sucre					
11. Je ne mange pas beaucoup d'aliments riches en graisses et/ou en sucre					
12. Je crois avoir une alimentation saine					
13. Je fais facilement des choix alimentaires sains					
14. Malgré mes efforts pour manger sainement, je finis par manger des aliments « mauvais »					
15. Malgré ma conscience des effet sur ma santé, je continue à manger certains aliments non sains					

Légendes : **1** = Jamais / presque jamais ; **2** = Quelques fois ; **3** = La moitié du temps ; **4** = La plupart du temps ; **5** = Presque toujours / toujours ; **A** = Fortement en désaccord ; **B** = En désaccord ; **C** = Ni en accord, ni en désaccord ; **D** = D'accord ; **E** = Fortement d'accord

Annexe 4 : Grille qualité pour études quasi-expérimentales



RoB Assessor:	Date of Appraisal:	Record Number:
Study Author:	Study Title:	Study Year:

Internal Validity	Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to temporal precedence					
1	Is it clear in the study what is the "cause" and what is the "effect" (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to selection and allocation					
2	Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to confounding factors					
3	Were participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure					
4	Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or 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					

JBI checklist for quasi-experimental studies - 1



5	Were there multiple measurements of the outcome, both pre and post the intervention/exposure?	Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 2



Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7	Were outcomes measured in a reliable way?	Yes	No	Unclear	N/A
Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

8	Was follow-up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow-up adequately described and analyzed?	Yes	No	Unclear	N/A
Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 3



Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 4



Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

9	Was appropriate statistical analysis used?				
	Outcome 1	Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 5



Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JBI checklist for quasi-experimental studies - 6



Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include: Exclude: Seek Further Info:

Comments:

© JBI, 2022. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to jbisynthesis@adelaide.edu.au

Annexe 5 : Grille qualité pour essais randomisés contrôlés

Assessor:	Date of Appraisal:	Record Number:
Study Author:	Study Title:	Study Year:

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?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<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?					
	Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A

	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11	Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
	Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Was appropriate statistical analysis used?					
	Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Yes	No	Unclear	N/A
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 6 : Rôles et compétences des diététicien.ne.s

Rôles	Compétences
<i>Experts en diététique</i>	<ul style="list-style-type: none"> Maîtriser les concepts et techniques de l'évaluation nutritionnelle et initier, planifier, superviser et évaluer les thérapies nutritionnelles sur la base de l'analyse des situations dans leur contexte de soins Assurer l'enseignement nutritionnel et l'éducation thérapeutique centrés sur la personne afin de favoriser une gestion efficace des problèmes de santé en lien avec la nutrition et de retarder ou prévenir leurs complications Contribuer à optimiser la qualité nutritionnelle et la sécurité alimentaire des prestations en restauration collective en apportant leur expertise au sein du réseau politique et d'organisations de restauration collective Collaborer au développement et positionnement sur le marché des produits de l'industrie agroalimentaire et pharmaceutique et veiller à leur qualité nutritionnelle et à la transparence de l'information pour le public cible
<i>Communicateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter la communication et les relations avec les personnes, leur entourage et les collègues afin d'instaurer un climat de confiance permettant de poursuivre des intérêts communs Echanger les informations utiles avec les différents partenaires et participer à la création d'une culture commune Transmettre les connaissances scientifiques nutritionnelles adaptées à la population et aux collaborateurs impliqués via les canaux de communication dont les médias Expliciter et rendre leur activité professionnelle visible vis-à-vis des pairs et des autres professionnels et documenter leurs pratiques dans un souci d'évolution positive et de traçabilité
<i>Collaborateur</i>	<ul style="list-style-type: none"> Lors de processus interdisciplinaires, apporter leur expertise en nutrition dans l'intérêt de la santé des individus ou populations cibles dans le respect des compétences des professionnels impliqués et de leurs propres limites Solliciter des collaborations professionnelles et interprofessionnelles, s'intégrer dans des réseaux et contribuer aux développements de ces derniers
<i>Manager</i>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser leur travail, fixer des priorités, s'adapter aux contraintes et aux interlocuteurs et mobiliser les ressources utiles pour faire face aux demandes multiples et variées Exploiter leurs ressources pour créer et gérer une entreprise et exercer une pratique libérale Prendre part à l'élaboration et la mise en œuvre de concepts et de programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité Planifier, réaliser et évaluer leurs projets professionnels et de formation dans un bon équilibre de gestion du temps, des contraintes et des ressources
<i>Promoteur de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> Valoriser la nutrition préventive et s'engager pour la prévention et la promotion de la santé des individus, populations et groupes à risques Contribuer efficacement à des projets de prévention et de promotion de la santé et veiller à ce que les aspects nutritionnels soient correctement intégrés et adaptés aux besoins de la population cible En tenant compte des besoins et spécificités individuels et collectifs, transposer les connaissances scientifiques nutritionnelles en recommandations concrètes ou objectifs stratégiques visant à améliorer l'état de santé de la population Maîtriser les outils de l'étude des consommations alimentaires, évaluer les facteurs influençant le comportement alimentaire et interpréter les résultats pour en retirer des données utiles
<i>Praticien réflexif</i>	<ul style="list-style-type: none"> Argumenter le rôle de la nutrition humaine dans la prévention et la promotion de la santé, la survenue de pathologies et le maintien ou le rétablissement de la santé Évaluer l'impact des mesures nutritionnelles sur l'état de santé des individus ou des populations cibles et s'engager pour une amélioration continue de la qualité Maintenir et développer leur expertise et compétences professionnelles en actualisant constamment leurs savoirs Transmettre les nouveaux savoirs et former leurs partenaires de manière à ce que leurs actions en lien avec la nutrition soient conformes aux références et aux bonnes pratiques
<i>Professionnel</i>	<ul style="list-style-type: none"> Centrés sur l'intérêt de l'individu ou de la population cible, agir avec compétence et prendre des décisions pertinentes dans des situations complexes, difficilement prévisibles et maîtrisables, en rapport avec la nutrition Pratiquer dans le respect de la déontologie professionnelle et selon les principes et valeurs liés à l'intégrité scientifique Contribuer activement à la promotion de la profession, en défendent les intérêts, droits et devoirs et en donner une image positive en toutes circonstances et vis-à-vis de tous les partenaires

Tiré de : Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées en Suisse, 2009, p.4-10

Annexe 7 : Protocole



Protocole de Travail de Bachelor

Quelle est la place et quelles sont les interventions du ressort des diététicien.ne.s lors de la prise en charge d'adultes en situation d'obésité souffrant d'addiction à l'alimentation ?

Sandra, KNOBLAUCH

Sous la direction de : Claire, PIJOLLET, Chargée de cours HES et diététicienne BSc

20 décembre 2023

Table des matières

1. Résumé	3
2. Introduction	4
2.1 Définition de l'addiction	4
2.2 Définition de l'addiction à l'alimentation	4
2.3 Diagnostic de l'addiction à l'alimentation	5
2.4 Substances alimentaires addictives	5
2.5 Prévalence de l'addiction à l'alimentation	5
2.6 Place des diététicien.ne.s	5
3. But du Travail de Bachelor	5
4. Question de recherche	6
5. Méthodes	6
5.1 Déroulement et planning :	6
5.2 Stratégie de recherche	7
5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	7
5.4 Sélection des articles	8
5.5 Evaluation de la qualité	8
5.6 Extraction des données	8
5.7 Synthèses des données et présentation des résultats	8
6. Considérations éthiques	9
7. Budget et ressources	9
8. Bibliographie	10
9. Annexes	12
9.1 Annexe 1 : « Yale Food Addiction Scale »	12
9.2 Annexe 2 : Etapes du Processus de Soins en Nutrition	13
9.3 Annexe 3 : Tableau de planification du Travail de Bachelor	14
9.4 Annexe 4 : Checklist contrôle qualité	15

1. Résumé

Le concept d'addiction à l'alimentation est un concept récent et controversé. En effet, les premiers travaux datent de 2009 et, bien que des propriétés addictives de certaines substances alimentaires aient été établies dans plusieurs travaux, certains arguments ont été avancés à l'encontre de ce concept tel que le fait que l'addiction à l'alimentation serait plutôt une relative dépendance vis-à-vis de certains aliments et non un processus addictif.

Toutefois, un outil diagnostique sous forme d'auto-questionnaire a été validé et mis au point en 2009 : la « Yale Food Addiction Scale ».

L'addiction à l'alimentation est souvent confondue à tort avec l'hyperphagie boulimique, pour laquelle la prise en charge multidisciplinaire inclut des diététicien.ne.s menant des interventions nutritionnelles. Cela met en évidence l'éventuel rôle de ceux-ci dans le contexte d'addiction à l'alimentation et les interventions nutritionnelles pouvant être mises en place.

Le but de ce Travail de Bachelor sera de compiler les interventions utiles lors du traitement d'addiction à l'alimentation dans la littérature scientifique, afin de faire ressortir celles réalisables par des diététicien.ne.s tout en se basant sur les catégories d'interventions nutritionnelles recensées dans le Processus de Soins en Nutrition.

Il s'agit ici non d'une revue systématique mais plutôt d'une revue de portée (« Scoping Review »), la question de recherche est donc formulée sous forme PCC (Population, Concept et Concept).

Ma question de recherche est la suivante : *Quelle est la place et quelles sont les interventions du ressort des diététicien.ne.s lors de la prise en charge d'adultes en situation d'obésité souffrant d'addiction à l'alimentation ?*

Les mots-clés liés à la question de recherche seront rédigés sous forme de MeSH Terms afin de formuler des équations de recherche. Les articles pertinents seront ensuite sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Il s'agira ensuite de procéder à un *screening* en choisissant les articles par leur titre puis leur abstract. Chaque article sera évalué qualitativement grâce à des grilles d'évaluation, les données pertinentes extraites et compilées dans des tableaux afin de simplifier la synthèse.

Plusieurs perspectives pourront ressortir de ce travail :

- Tout d'abord, une synthèse des interventions nutritionnelles utiles lors d'une prise en charge d'une addiction à l'alimentation permettra de clarifier le rôle des diététicien.ne.s dans ce contexte et de les inclure dans les équipes de soins ;
- Ensuite, la mise en évidence des interventions réalisables par les diététicien.ne.s lors d'une prise en charge nutritionnelle d'un.e patient.e souffrant d'addiction à l'alimentation pourrait permettre, après de plus amples recherches et études sur le sujet, de mettre en œuvre un protocole de prise en charge nutritionnelle de l'addiction à l'alimentation.

2. Introduction

2.1 Définition de l'addiction

Selon la ASAM (American society of addiction medicine), l'addiction peut être définie comme suit : « l'addiction est une pathologie chronique et traitable impliquant des interactions complexes entre circuits neuronaux, génétique, l'environnement et les expériences de vie d'un individu. Les individus souffrant d'addiction consomment des substances ou adoptent des comportements devenant compulsifs qui ne disparaissent pas malgré les conséquences néfastes » (1).

Afin de diagnostiquer et de classer l'addiction selon sa sévérité, le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) décrit 11 critères comprenant notamment le besoin irrésistible de consommer une substance (aussi appelée « *craving* »), une perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de cette substance, ou encore la présence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation (2). Une addiction peut être de substance (tabac, alcool) ou comportementale (jeux d'argent) (2).

2.2 Définition de l'addiction à l'alimentation

Se nourrir est un besoin vital ; cela fait partie de notre condition d'être humain que d'avoir besoin de nourriture pour vivre. A partir de cette réalité, il est clair que s'il existe une addiction à l'alimentation, elle concerne certains aliments seulement dont la consommation peut devenir problématique pour certains individus.

Dans une revue systématique datant de 2018, la définition de l'addiction à l'alimentation est la suivante : « Concept faisant référence à une relation de dépendance d'un individu vis-à-vis de certains aliments riches en graisse ou en sucre, en appliquant au comportement alimentaire les critères DSM-5 de dépendance à une substance. » (3)

Si l'addiction à l'alimentation est un concept récent (les premiers travaux datent de 2009), elle fait aussi l'objet de controverses. En effet, plusieurs arguments ont été avancés à l'encontre de ce concept (4):

- Manque de données scientifiques,
- L'addiction à l'alimentation ne serait pas une addiction en soi mais une relative dépendance à certains aliments agréables au goût (teneur élevée en graisses et sucre),
- Concept plutôt en lien avec un comportement désorganisé et non un processus addictif,
- Pathologisation d'un comportement reflétant des habitudes comportementales.

Toutefois, les études récentes établissent les propriétés addictives de certaines substances alimentaires (acides gras saturés/trans, glucides simples) comparables à celles trouvées dans l'alcool, le tabac ou encore la cocaïne (3). De plus, une étude utilisant la neuro-imagerie a mis en lumière une altération dans l'activation des zones cérébrales liées à la récompense et à l'anticipation de la prise alimentaire comparable à celle observée dans d'autres addictions chez des patients remplissant les critères d'addiction à l'alimentation (5).

Bien que certaines similarités puissent exister entre l'addiction à l'alimentation et l'hyperphagie boulimique (*Binge-Eating Disorder* ou *BED*), il s'agit de deux pathologies différentes, chacune avec ses mécanismes bien distincts (4). Si cela est établi, cela concerne certaines classes d'aliments dont la consommation peut devenir problématique pour certains sujets qui développent vis-à-vis de ces aliments des comportements comparables à des comportements addictifs.

2.3 Diagnostic de l'addiction à l'alimentation

A. Gearhardt, W. Corbin et K. Brownell ont mis au point en 2009 un outil afin de diagnostiquer l'addiction à l'alimentation chez des individus. Il s'agit d'un auto-questionnaire nommé la « Yale Food Addiction Scale » qui reprend les critères énoncés par le DSM-5 concernant les addictions (Annexe 1) (6).

2.4 Substances alimentaires addictives

Voici les substances avec un pouvoir addictif selon les différents travaux sur le sujet (3)(5) :

1. Sucres simples et hydrates de carbones raffinés (index glycémique haut),
2. Graisses saturées et trans,
3. Aliments ultra-transformés (combinaison des deux premiers),
4. Sel.

2.5 Prévalence de l'addiction à l'alimentation

Selon des études se basant sur la « Yale Food Addiction Scale » afin d'émettre le diagnostic, la prévalence d'addiction à l'alimentation varie de 11% dans une population n'étant pas en situation d'obésité, à 15-20% chez des adultes en situation d'obésité (BMI > 30 kg/m²), à 42% chez des patients candidats à la chirurgie bariatrique et à 57% chez des adultes obèses souffrant d'hyperphagie boulimique (7). Le diagnostic semble être plus fréquent chez des patients ayant des troubles du comportement alimentaires tels que l'hyperphagie boulimique, la boulimie et l'anorexie mentale (8).

2.6 Place des diététicien.ne.s

Dans le cas de l'hyperphagie boulimique (concept souvent assimilé à l'addiction à l'alimentation), ou de troubles du comportement alimentaire tels que la boulimie ou l'anorexie mentale, la prise en charge est multidisciplinaire et composée de traitements médicamenteux, de thérapies comportementales telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou encore d'interventions régulières de diététicien.ne.s (counseling, éducation nutritionnelle) (9). Le/la diététicien.ne a donc une place parmi l'équipe de soin multidisciplinaire prenant en charge ce type de patients.

Plusieurs problématiques spécifiques à la prise en charge nutritionnelles émergent lors d'addiction à l'alimentation. Tout d'abord, le concept de sevrage complexifie une éventuelle prise en charge, en effet il est impossible de se sevrer d'alimentation, celle-ci étant nécessaire à notre survie. Le deuxième concept pouvant être un obstacle à une prise en charge nutritionnelle est celui d'aliments « addictifs » tels que le sucre, certains acides gras ou encore le sel, comme mentionné plus haut. La tâche du ou de la diététicien.ne sera donc d'identifier les substances addictives concernées et de tenter de les sevrer de manière réaliste, sans pour autant les supprimer de l'alimentation.

3. But du Travail de Bachelor

Il a été documenté qu'une prise en charge adaptée et multidisciplinaire des personnes souffrant d'obésité ou d'hyperphagie boulimique avait des effets positifs sur leur traitement et perspectives de guérison (10) (11).

La définition du concept d'addiction à l'alimentation ainsi que les outils diagnostics comme le « Yale Food Addiction Scale » sont bien documentés cependant il n'existe pas de consensus sur d'éventuels traitements nutritionnels ni sur la place de professionnels de santé tels que les diététicien.ne.s dans une prise en charge de ce type de patients.

Plus précisément, le but de ce Travail de Bachelor sera d'émettre des propositions d'interventions réalisables par les diététicien.ne.s selon les données recueillies dans la littérature scientifique. Il s'agira tout d'abord de compiler ces interventions et traitements efficaces mentionnés dans les articles scientifiques, pour en faire ressortir celles réalisables par les diététicien.ne.s.

4. Question de recherche

Puisque l'objectif de ce travail n'est pas de répondre à des questions sur l'efficacité d'une intervention spécifique sur une population ou une problématique, j'ai choisi un type d'étude avec une étendue plus large que la revue systématique : la revue de portée (« *Scoping Review* »). En effet ce type de revue me semble plus adaptée car, selon la société savante JBI, elle peut être utilisée afin de « synthétiser des preuves afin de guider la pratique dans un champ d'activité particulier » (12).

La question de recherche qui en découle est construite selon la structure suivante : Population, Concept et Contexte (PCC) (12).

Question de recherche : *Quelle est la place et quelles sont les interventions du ressort des diététicien.ne.s lors de la prise en charge d'adulte en situation d'obésité souffrant d'addiction à l'alimentation ?*

P : Patients adultes en situation d'obésité

La notion d'obésité est mentionnée dans la quasi-totalité des études sur ce sujet, ainsi puisqu'il n'est pas certain que les résultats de ces études soient transposables à une population qui n'est pas en situation d'obésité, j'ai inclus cette notion dans ma question de recherche.

C : Rôle des diététicien.ne.s dans la prise en charge

Afin de « mesurer » ce concept de place des diététicien.ne.s dans la prise en charge de ces patients, je me suis basée sur les 5 types d'interventions relevant des compétences des diététicien.ne.s selon le Processus de Soins en Nutrition (PSN) (13) (Annexe 2), plus précisément :

1. Le mode d'administration des aliments et/ou des nutriments,
2. L'éducation nutritionnelle,
3. Le counseling nutritionnel,
4. La coordination des soins nutritionnels,
5. L'action nutritionnelle basée sur la population.

Les deux derniers points ne portant pas sur le patient en lui-même mais plutôt sur son contexte global, il me semble plus pertinent d'axer ma recherche sur les trois premiers.

C : Prise en charge / traitement de l'addiction à l'alimentation

Le contexte sera défini par des individus ayant été diagnostiqué par le questionnaire « Yale Food Addiction Scale ».

5. Méthodes

5.1 Déroulement et planning :

Le Travail de Bachelor sera effectué entre décembre 2023 et juillet 2024. Le tableau de planification (Annexe 3) détaille les différentes échéances et périodes de travail, permettant ainsi de prévenir les imprévus et les retards. Le tout sera supervisé par Madame Claire Pijollet, directrice du Travail de Bachelor.

Les bases de données utilisées afin de rechercher les articles sont les suivantes : *PubMed* et *CINAHL*.

5.2 Stratégie de recherche

Afin de définir ma question de recherche, des recherches approfondies ont déjà été effectuées : en effet, il m'a été nécessaire de recueillir les informations et données déjà documentées afin de formuler une question de recherche pertinente.

Pour ce faire, la transformation des mots clés en Medical Subject Headings Terms (MeSH Terms) grâce à la plateforme en ligne *HeTOP* a été indispensable afin de définir des équations de recherche adéquates (Tableau 1).

Lors de la première phase de recherche, j'ai formulé une équation de recherche précise portant sur le sevrage afin d'identifier les connaissances acquises sur ce concept concernant l'addiction à l'alimentation :

((food addiction OR eating addiction) AND (withdrawal[Title/Abstract])) Filters : Human

Les résultats étant nombreux mais peu pertinents, une deuxième phase de recherche a été entamée avec une équation de recherche plus large dans le but d'élargir la recherche, de cibler les articles pertinents et de formuler une question de recherche :

((obesity[Title/Abstract] OR obese[Title/Abstract]) AND ((eating addiction[Title/Abstract] OR food addiction[Title/Abstract]) AND (treatment[Title/Abstract]))

Tableau 1 : rédaction des concepts en MeSH Terms et résultats des recherches.

	Concepts / Thèmes	MeSH Terms	Filtres	Résultats
Phase de recherche 1	Addiction à l'alimentation	food addiction OR eating addiction	Type : population étudiée Filters : Human	208
	Prise en charge nutritionnelle	nutrition therapy OR diet therapy		
	Sevrage	withdrawal		
Phase de recherche 2	Addiction à l'alimentation	food addiction OR eating addiction	/	143
	Population obèse	obesity OR obese		
	Traitement	treatment		

5.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères permettant de sélectionner des articles pertinents à ma recherche sont les suivants :

- Inclusion :

Patients adultes (18 ans et plus), en situation d'obésité (BMI > 30 kg/m²), addiction à l'alimentation diagnostiquée avec la « Yale Food Addiction Scale », intervention relevant soit

du mode d'administration des aliments/nutriments, de l'éducation nutritionnelle soit du counseling nutritionnel.

- Exclusion :

Patients ayant moins de 18 ans, BMI en-dessous de 30 kg/m², autres troubles du comportement alimentaire concomitants et article paru avant 2009 (première émergence du concept d'addiction à l'alimentation).

5.4 Sélection des articles

En amont du choix de ma question de recherche et de la rédaction de ce protocole, une première recherche de littérature a été effectuée afin de juger de la pertinence de la question de recherche. Ce premier screening a été effectué sur les bases de données *CINAHL* et *PubMed*. En tout, sur 143 résultats obtenus, 36 articles ont été retenus par leur titre, et 12 après lecture de l'abstract.

D'autres screening seront nécessaire afin d'augmenter le nombre d'articles sélectionnés en peaufinant les équations de recherches.

Le screening de ces articles se fera de la manière suivante :

1. Première sélection en fonction du titre de l'article,
2. Sélection en fonction des abstracts,
3. Dépendant du nombre d'articles, sélection des articles les plus récents.

5.5 Evaluation de la qualité

Chaque article sélectionné fera l'objet d'une évaluation individuelle de qualité, selon le type d'étude, à l'aide des grilles de qualité publiées par la JBI (Annexe 4) (14). Un tableau sera créé, qui synthétisera tous les résultats afin d'avoir une vue d'ensemble de la qualité des articles choisis.

5.6 Extraction des données

Les données extraites et relevées seront les suivantes : type de population incluse dans l'étude (adultes en situation d'obésité), diagnostic (addiction à l'alimentation diagnostiqué avec le « Yale Food Addiction Scale »), intervention(s) mise(s) en place (counseling, éducation nutritionnelle, mode d'administration des aliments/nutriments), durée et efficacité des interventions.

Ces données seront prélevées au fur et à mesure de la lecture des articles et seront notées dans un tableau afin de permettre une synthèse.

5.7 Synthèses des données et présentation des résultats

Le tableau contenant les données extraites sera analysé et synthétisé afin de compiler les interventions réalisables par un.e diététicien.ne.

Dans un second temps, les interventions seront classées selon leur efficacité afin d'identifier la place des diététicien.ne.s et le type de ses interventions dans le contexte d'addiction à l'alimentation.

Finalement, une synthèse mettra en évidence les interventions nutritionnelles efficaces lors d'une addiction à l'alimentation, ce qui clarifiera l'importance de la présence d'un.e diététicien.ne dans la prise en charge de ces patients.

6. Considérations éthiques

Les interventions mentionnées dans ce Travail de Bachelor auront déjà été menées, ainsi la question de l'éthique semble peu pertinente. Cependant, afin d'éviter les biais et conflits d'intérêt, il sera intéressant d'analyser les sources de financement des études retenues.

Le travail sera rédigé en respectant les principes de l'écriture inclusive.

Enfin, afin de respecter le principe de justice, le recours au plagiat ou aux outils tels que *ChatGPT* n'aura pas lieu.

7. Budget et ressources

Puisque les interventions mentionnées dans mon Travail de Bachelor auront déjà été réalisées, il n'y a pas de budget prévu à cet effet. Le budget sera donc dédié à des achats éventuels d'articles ou de revues nécessaires à la rédaction.

Quant aux ressources, les principales sont les bases de données telles que *PubMed* ou *CINAHL* mais aussi Madame Claire Pijollet, tutrice du Travail de Bachelor vers qui je me tournerai lors de doutes et d'interrogations. Les supports de cours du module « Méthodologie de Recherche » peuvent aussi constituer des ressources, ainsi que le Centre de Documentation de la Haute Ecole de Santé.

8. Bibliographie

- (1) American Society for Addiction Medicine. What is the definition of addiction ? ASAM ; 2019. Disponible sur : <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- (2) American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson ; 2015.
- (3) Gordon E, Aviva A, Bauman V, Merlo L. What is the evidence for « food addiction » ? A systematic review. *Nutrients*. 2018 ; 10(4) :477. doi:10.3390/nu10040477
- (4) Cathelin S, Brunault P, Ballon N, Réveillère C, Courtois R. L'addiction à l'alimentation : définition, mesures 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
- (5) Gearhardt A, Schulte E. Is Food Addictive ? A Review of the Science. *Annu Rev Nutr*. 2021 ;41(1) :387-410. doi : 10.1146/annurev-nutr-110420-111710
- (6) Gearhardt A, Corbin W, Brownell K. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009 ; 52(2) : 430-436. doi : 10.1016/j.appet.2008.12.003
- (7) Lent M, Eichen D, Goldbacher E, Wadden T, Foster G. Relationship of food addiction to weight loss and attrition during obesity treatment. *Obesity*. 2014 ; 22(2) : 52-55. doi : 10.1002/oby.20512
- (8) Pursey K, Stanwell P, Gearhardt A, Collins C, Burrows T. The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale : A Systematic Review. *Nutrients*. 2014 ; 6(10) : 4552-4590. doi : 10.3390/nu6104552
- (9) Hay P. Current approach to eating disorders : a clinical update. *Intern Med J*. 2020 ; 50(1) : 24-29. doi : 10.1111/imj.14691
- (10) Amianto F, Ottone L, Abbate G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment : a recap in front of DMS-5. *BMC Psychiatry*. 2015 ; 15 : 70.
- (11) Yumuk et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*. 2015 ; 8(6) : 402-424. doi : 10.1159/000442721
- (12) JBI Global. Scoping reviews compared to other types of review [En ligne]. 2022 [cité le 16 décembre 2023]. Disponible sur : <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687789/11.1.2+Scoping+reviews+compared+to+other+types+of+review>
- (13) Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process Tutorial : Module 1 Introduction to the Nutrition Care Process (NCP) [Présentation en ligne]. 2020 [16 décembre 2023]. Disponible sur : <https://eal.webauthor.com/go/view/presentation.cfm?uuid=F2BFB3D5-5666-412D-A1CB-42723FBB32A2>

- (14) JBI. JBI Manual for Evidence Synthesis [En ligne]. 2021 [cité le 17 décembre 2023]. Disponible sur : https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4685874/Downloadable+PDF+-+current+version?attachment=/rest/api/content/4685874/child/attachment/att4691824/download&type=application/pdf&filename=JBIMES_2021April.pdf

9. Annexes

9.1 Annexe 1 : « Yale Food Addiction Scale »

Extrait du questionnaire (6) :

IN THE PAST 12 MONTHS:

1) I find that when I start eating certain foods, I end up eating much more than I had planned.

Never	Once a month or less	Two to four times a month	Two to three times per week	Four or more times per week or daily
-------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

2) Not eating certain types of food or cutting down on certain types of food is something I worry about.

Never	Once a month or less	Two to four times a month	Two to three times per week	Four or more times per week or daily
-------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

3) I spend a lot of time feeling sluggish or lethargic from overeating.

Never	Once a month or less	Two to four times a month	Two to three times per week	Four or more times per week or daily
-------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

4) There have been times when I consumed certain foods so often or in such large quantities that I spent time dealing with negative feelings from overeating instead of working, spending time with my family or friends, or engaging in other important activities or recreational activities I enjoy.

Never	Once a month or less	Two to four times a month	Two to three times per week	Four or more times per week or daily
-------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

5) I kept consuming the same types of food or the same amount of food even though I was having emotional and/or physical problems.

Yes	No
-----	----

6) Over time, I have found that I need to eat more and more to get the feeling I want, such as reduced negative emotions or increased pleasure.

Yes	No
-----	----

7) I have had withdrawal symptoms when I cut down or stopped eating certain foods. (Please do NOT include withdrawal symptoms caused by cutting down on caffeinated beverages such as soda pop, coffee, tea, energy drinks, etc.)

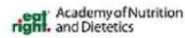
For example: Developing physical symptoms, feeling agitated, or feeling anxious

Never	Once a month or less	Two to four times a month	Two to three times per week	Four or more times per week or daily
-------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

9.2 Annexe 2 : Etapes du Processus de Soins en Nutrition

Extrait du Processus de Soins en Nutrition (étapes et domaines) (13) :

The Four Steps of the NCP



<p>1. Nutrition Assessment and Reassessment</p> <p>Six domains:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Food/nutrition related history 2. Anthropometric measurements 3. Biochemical data, medical tests, and procedures 4. Nutrition-focused physical findings 5. Client history 6. Assessment, Monitoring and Evaluation Tools 	<p>2. Nutrition Diagnosis</p> <p>Three domains:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake 2. Clinical 3. Behavioral-Environmental (and Other)
<p>3. Nutrition Intervention</p> <p>Five domains:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Food and/or nutrient intake delivery 2. Nutrition education 3. Nutrition counseling 4. Coordination of nutrition care 5. Population based nutrition action 	<p>4. Nutrition Monitoring and Evaluation</p> <p>Five domains:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Food/nutrition related history outcomes 2. Anthropometric measurement 3. Biochemical data, medical tests and procedure 4. Nutrition-focused physical findings 5. Assessment, Monitoring and Evaluation Tools

9.3 Annexe 3 : Tableau de planification du Travail de Bachelor

Activités	Déc. 23	Janv. 24	Févr. 24	Mars 24	Avr. 24	Mai. 24	Juin. 24	Juil. 24	Août.24	Sept. 24
A		v	v						v	v
B		v	v						v	v
C		v	v						v	v
D		v	v						v	v
E		v	v						v	v
F		v	v						v	v
G		v	v						v	v
H		v	v						v	v
I		v	v						v	v
J		v	v						v	v
K		v	v						v	v
L		v	v						v	v
M		v	v						v	v

A = 1^o formulation de la question de recherche

B = Rédaction du protocole et rendu

C = Préparation et présentation du séminaire

D = Révision éventuelle du protocole et stratégie de recherche

E = Sélection des articles sur titre, abstract et full-texts

F = Rédaction du cadre de référence

G = Extraction des données et analyse de la qualité

H = Analyse des résultats

I = Séminaires plénière « résultats », « discussion », « poster »

J = Relecture du TBSc par le directeur du TBSc

K = Finalisation de la rédaction

L = Rendu du TBSc

M = Soutenance

v = vacances

9.4 Annexe 4 : Checklist contrôle qualité

Exemple de checklist (ci-dessous pour revues systématiques) (14) :

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer _____ Date _____
 Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Annexe 8 : Poster

h e d s

Haute école de santé
Genève
Filière Nutrition et diététique

Quel est le rôle et quelles sont les interventions réalisables par les diététicien.ne.s dans la prise en charge de l'addiction à l'alimentation ? Une revue de la portée.

KNOBLAUCH Sandra
Bachelor en Nutrition et diététique, Haute école de Santé, HES-SO Genève, Suisse

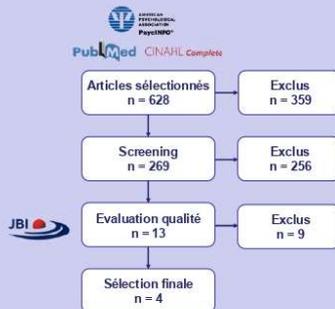
1. Contexte

- L'addiction à l'alimentation est un concept récent, les premiers articles datent de 2009
- Il s'agit d'un concept controversé, sans consensus sur sa définition ni sur son traitement
- Il n'existe pas de Guidelines décrivant le rôle et les interventions des diététicien.ne.s dans la prise en charge de l'addiction à l'alimentation

2. Buts

- Identifier les interventions réalisables par les diététicien.ne.s selon les données recueillies dans la littérature scientifique, en utilisant le Processus de Soins en Nutrition comme outil pour classer ces interventions
- Mettre en évidence le rôle des diététicien.ne.s dans la prise en charge de patient.e.s souffrant d'addiction à l'alimentation

3. Méthodes



Critères d'inclusion :

- Patient.e.s adultes (> 18 ans)
- Addiction à l'alimentation diagnostiquée avec le Yale Food Addiction Scale (YFAS)
- Traitement relevant des domaines d'intervention du PSN
- Articles parus après 2009

Schéma du Processus de Soins en Nutrition (PSN)



4. Résultats

Article (auteurs, dates)	Interventions	Domaine du PSN	Efficacité
Burrows et al., 2021 « The feasibility of a personality targeted intervention for addictive overeating: FoodFix »	3 sessions menées par des diététicien.ne.s accrédité.e.s comprenant de l'EM et de la TCC	Counseling nutritionnel	Diminution significative du score YFAS
Guzzardi et al., 2018 « Food addiction distinguishes an overweight phenotype that can be reversed by a low calorie diet »	Plan alimentaire créé par des diététicien.ne.s accrédité.e.s : • 5 repas par jour • AET = 1600 kcal/j	Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments	Diminution de l'activation cérébrale problématique en réponse à des stimuli alimentaires
Narmaki et al., 2022 « The combined effects of probiotic and restricted calorie diet on the anthropometric indices, eating behavior, and hormone levels of obese women with food addiction : a randomized clinical trial »	Plan alimentaire créé par des diététicien.ne.s accrédité.e.s : • AET = DET - 300-500 kcal + Administration de capsules de probiotiques : 2x/jour	Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments	Amélioration significative des scores d'appétit et de comportement alimentaire
Skinner et al., 2024 « A three-arm randomized controlled trial of a telehealth intervention targeting improvement in addictive eating for Australian adults (the TRACE program) »	5 sessions en ligne menées par des diététicien.ne.s accrédité.e.s ayant pour but d'améliorer : • La relation des patient.e.s à leur alimentation • La qualité nutritionnelle de leur alimentation	Counseling nutritionnel Mode d'administration des aliments et/ou des nutriments	Diminution significative du score YFAS

Légendes : EM : Entretien motivationnel ; TCC : Thérapie cognitivo-comportementale ; YFAS = Yale Food Addiction Scale ; AET = Apport énergétique total ; DET = Dépense énergétique totale

5. Conclusions et perspectives

- Les interventions réalisables par les diététicien.ne.s montrent une efficacité significative dans le traitement de l'addiction à l'alimentation
- Les diététicien.ne.s ont un rôle non négligeable dans la prise en charge de patient.e.s souffrant d'addiction à l'alimentation
- Perspectives intéressantes et variées pour la recherche sur l'addiction à l'alimentation
- Des recherches supplémentaires sont essentielles pour déterminer quelles interventions sont les plus adaptées aux différentes populations



Supervision par PIJOLLET Claire
Maître d'enseignement HES

Hes·SO GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale