

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Estelle COLIN

soutenu publiquement en juin 2024

Traitement orthophonique de l'ARFID chez l'adulte : état des lieux

MEMOIRE dirigé par
Marie Cracco, Orthophoniste et enseignante, Comines
Loïc Gamot, Enseignant et référent d'UE – Responsable des mémoires, Université de Lille

Lille – 2024

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier mes directeurs de mémoire, Madame Marie Cracco et Monsieur Loïc Gamot pour leurs précieux conseils et leur disponibilité tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également tous les orthophonistes ayant participé à cette étude.

Un immense merci à mes parents, mon frère et ma sœur, pour leur présence et leurs encouragements tout au long de ce parcours. Merci pour votre soutien sans faille.

Merci à toi, Erwann, pour ta patience et ton soutien.

Enfin, merci à mes amies lilloises pour leur présence et leur humour. Merci pour ces cinq belles années et toutes celles à venir.

Résumé :

Le trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire ou ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) est une nouvelle terminologie apparue dans le DSM-5 en 2013. Ce diagnostic peut être posé sans limite d'âge.

Ce mémoire vise à effectuer un état des lieux du traitement du trouble ARFID chez l'adulte, en s'intéressant particulièrement à la place de l'orthophonie.

Pour cela, une revue de littérature a été réalisée pour étudier les recommandations en matière de traitement. Puis, des entretiens semi-directifs ont permis de créer un questionnaire pour évaluer les connaissances des orthophonistes sur ce trouble et leur approche thérapeutique. La revue de littérature a mis en évidence l'importance de la thérapie cognitivo-comportementale, du traitement nutritionnel et du traitement médicamenteux, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire. Le questionnaire, ayant récolté peu de réponses, montre que ce trouble est méconnu des orthophonistes. Le traitement proposé s'oriente vers la sensorialité, par des techniques d'habituation progressive aux aliments. La majorité des répondants offrent une approche pluridisciplinaire.

Cependant, de nombreuses études, basées sur des preuves probantes, restent à faire pour sensibiliser les professionnels de santé au trouble ARFID et améliorer le diagnostic et le traitement, notamment chez l'adulte.

Mots clés :

ARFID – adulte – traitement

Abstract :

Avoidant or restrictive food intake disorder or ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) is a new terminology that appeared in the DSM-5 in 2013. This diagnosis can be made without age restriction.

The aim of this study is to take stock of the treatment of ARFID disorder in adults and, in particular, to address the importance of speech therapy.

To this end, a literature review was conducted to analyse the recommendations for treatment. A questionnaire was then created in semi-directive interviews to assess speech therapists' knowledge of this disorder and their approach to treatment. The literature review highlighted the importance of cognitive behavioural therapy, nutritional therapy and medication as part of a multidisciplinary approach. The questionnaire, which received only a few responses, shows that this disorder is not known to speech therapists. The proposed treatment is centred on sensory perception through gradual food habituation techniques. The majority of respondents offer a multidisciplinary approach.

However, numerous evidence-based studies are still needed to raise awareness of ARFID disorder among health professionals and improve diagnosis and treatment, especially in adults.

Keyword :

ARFID – adult – treatment

Table des matières

Introduction	1
.1. Le trouble ARFID	2
.1.1. Définition	2
.1.2. Manifestations.....	2
.1.3. Diagnostic	3
.1.4. Prévalence.....	3
.1.5. Evaluation	3
.2. Diagnostic différentiel du trouble ARFID	4
.2.1. Anorexie mentale.....	4
.2.2. Troubles neurologiques/neuromusculaires, anatomiques ou congénitaux spécifiques et affections liées à des difficultés nutritionnelles.....	4
.2.3. Trouble réactionnel de l'attachement	4
.2.4. Trouble du spectre de l'autisme.....	4
.2.5. Phobie spécifique, anxiété sociale (phobie sociale) et autres troubles anxieux	5
.2.6. Trouble obsessionnel-compulsif.....	5
.2.7. Trouble dépressif caractérisé	5
.2.8. Troubles du spectre de la schizophrénie	5
.2.9. Trouble factice ou trouble factice par procuration	5
.2.10. Phagophobie	5
.2.11. Autres affections médicales	5
.2.12. Synthèse.....	6
.3. Buts et objectifs.....	6
Méthode.....	6
.1. Revue critique de la littérature	6
.1.1. Base de données et mots clés.....	6
.1.2. Critères d'inclusion.....	6
.1.3. Sélection des articles.....	7
.2. Entretiens semi-directifs	7
.2.1. Rédaction du guide d'entretien	7
.2.2. Taille de l'échantillon	7
.2.3. Méthodologie de passation des entretiens	7
.3. Questionnaire	7
.3.1. Objectifs du questionnaire	8
.3.2. Rédaction du questionnaire.....	8
.3.3. Population d'étude	8

.3.4.	Diffusion du questionnaire	8
.3.5.	Analyse des réponses	8
Résultats		8
.1.	Revue critique de la littérature sur le trouble ARFID	9
.1.1.	Une approche pluridisciplinaire.....	11
.1.2.	La thérapie cognitivo-comportementale	11
.1.3.	Le traitement nutritionnel	12
.1.4.	Le traitement médicamenteux.....	13
.1.5.	Critique	13
.2.	Résultats issus des entretiens semi-directifs	13
.2.1.	Information générale.....	13
.2.2.	Le trouble ARFID	13
.2.3.	Le diagnostic.....	14
.2.4.	Le traitement	14
.3.	Résultats issus du questionnaire.....	14
.3.1.	Informations générales.....	14
.3.2.	Le trouble ARFID	16
.3.3.	Le diagnostic du trouble ARFID	17
.3.4.	Le traitement du trouble ARFID.....	17
Discussion		17
.1.	Rappel des buts et objectifs	17
.2.	Rappel des principaux résultats.....	18
.2.1.	Résultats de la revue de littérature.....	18
.2.2.	Résultats du questionnaire	18
.3.	Interprétation des résultats	18
.4.	Limites de l'étude.....	19
.4.1.	Limites liées aux références bibliographiques.....	19
.4.2.	Limites liées au questionnaire et à l'échantillon.....	19
.5.	Perspectives éventuelles.....	20
Conclusion.....		21
Bibliographie.....		22
Liste des annexes.....		25

Introduction

Manger est un acte vital et l'équilibre alimentaire repose sur trois fondements : la nutrition, le plaisir et le rôle social. En effet, nous mangeons pour satisfaire nos besoins énergétiques, pour notre bien-être. Le moment du repas est également une occasion pour se réunir (Durand, 2021).

Cependant, la prise alimentaire peut parfois être perturbée et des troubles, tels que l'ARFID, peuvent apparaître. ARFID signifie "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" et se traduit en français par "trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire". Ce trouble fait l'objet d'un nouveau diagnostic apparu dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition (DSM-5) en 2013.

L'ARFID est un élargissement du diagnostic des troubles de l'alimentation du nourrisson et de la petite enfance retrouvé dans le DSM-IV (DSM-5, 2013).

En effet, le diagnostic d'ARFID ne se restreint pas à la petite enfance et peut être posé tout au long de la vie, aucun critère d'âge n'ayant été retenu (Todisco, 2022).

L'alimentation et plus particulièrement les troubles de l'oralité font partie du champ de compétences de l'orthophonie. En effet, l'année 2018 a vu apparaître dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels l'ajout du « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité », habilitant les orthophonistes à recevoir des patients présentant des difficultés alimentaires.

L'ARFID faisant partie des troubles de l'alimentation, les orthophonistes connaissent-ils ce diagnostic ? Ont-ils leur place dans le traitement de ce trouble ? Si oui, comment sont appréhendés l'évaluation et le traitement ?

L'objectif de ce travail est donc de réaliser un état des lieux du traitement du trouble ARFID chez l'adulte, en s'intéressant plus particulièrement à la place de l'orthophonie au sein de ce traitement.

Pour cela, les bases théoriques concernant l'ARFID et son diagnostic différentiel seront posées et discutées. Ensuite, nous réaliserons une revue critique de la littérature sur le traitement recommandé. Puis, des entretiens et un questionnaire à destination des orthophonistes seront élaborés afin de les interroger sur leur connaissance du trouble ARFID et leurs pratiques en matière de diagnostic et de traitement.

Contexte théorique, buts et objectifs

Cette première partie vise à définir le cadre théorique relatif au trouble ARFID, ainsi qu'à établir les buts et objectifs de ce mémoire.

.1. Le trouble ARFID

.1.1. Définition

L'ARFID se traduit en français par “trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire” et est apparu dans le DSM-5 (2013) dans la catégorie des troubles de l'alimentation et des troubles du comportement alimentaire.

Selon le DSM-5, l'alimentation des individus porteurs d'un trouble ARFID est sélective et associée à une perte de poids conséquente, des carences nutritionnelles, une nécessité de compléments nutritionnels oraux et/ou une alimentation entérale. Le trouble a également un retentissement sur le fonctionnement psychosocial. Ces perturbations ne peuvent pas être expliquées par un manque de nourriture ou par une pratique culturelle, une pathologie médicale associée ou un trouble mental.

La Onzième Révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11, 2023) mentionne également le trouble ARFID, dans la catégorie des troubles de l'alimentation. La description du trouble est similaire à celle du DSM-5. En effet, le trouble est défini par un évitement ou une restriction de l'apport alimentaire engendrant des besoins nutritionnels insatisfaits, une perte de poids conséquente, des carences nutritionnelles, une dépendance aux compléments alimentaires oraux ou une nutrition par sonde et une altération de la santé physique. De plus, un retentissement sur les plans personnels, familiaux, sociaux, scolaires et professionnels est noté. Il est également précisé que l'évitement ou la restriction n'est pas justifié par une préoccupation envers le poids ou la silhouette. Enfin, l'évitement ou la restriction n'est pas mieux expliqué par un manque d'accès à la nourriture, une autre pathologie médicale, un trouble mental, une substance ou un médicament.

.1.2. Manifestations

Le DSM-5 distingue trois catégories de troubles de l'alimentation ou de l'ingestion des aliments qui peuvent conduire aux symptômes de l'ARFID :

- l'évitement de nombreux aliments en raison de leurs caractéristiques sensorielles comme la texture, l'apparence, le goût, l'odeur, la couleur, la température,
- Un intérêt limité pour la nourriture ou un faible appétit,
- la peur des conséquences négatives telles que l'étouffement ou les vomissements.

Il est admis que ces trois caractéristiques cliniques peuvent coexister (Kambanis & Thomas, 2023).

Les personnes atteintes du trouble ARFID se qualifient généralement de “mangeur très difficile” (Hilbert et al., 2020). De plus, la littérature est davantage pourvue d'études concernant l'évitement des aliments que l'intérêt limité pour la nourriture et la peur des conséquences négatives (Zickgraf & Ellis, 2018).

.1.3. Diagnostic

Tous les professionnels de santé devraient être sensibilisés au dépistage et à l'identification d'un trouble ARFID. Cependant, une évaluation médicale et nutritionnelle prenant en compte les antécédents alimentaires et médicaux, le faible poids ou l'obésité ainsi que la malnutrition est nécessaire pour poser le diagnostic de trouble ARFID (Todisco, 2022).

Un professionnel de la santé mentale, comme le psychologue ou le psychiatre, est chargé de mener les entretiens diagnostics (Eddy et al, 2019).

.1.4. Prévalence

Actuellement, peu d'études s'intéressent à la prévalence du trouble ARFID chez l'adulte (Todisco, 2022).

Néanmoins, une étude allemande a estimé une prévalence de 1,2% pour les comportements alimentaires restrictifs et 31,3% pour les comportements alimentaires sélectifs dans la population générale adulte (Hilbert et al, 2020).

Une étude australienne conclut que 0,3% des adultes respectaient les critères du trouble ARFID (Hay et al, 2017).

De plus, le trouble touche autant les hommes que les femmes (DSM-5, 2013).

.1.5. Evaluation

À ce jour, il n'existe pas d'outils d'évaluation de l'ARFID en français. En revanche, il existe deux questionnaires anglophones validés scientifiquement destinés au dépistage : le Nine-item ARFID screen (NIAS) et le Eating Disorders in Youth Questionnaire (EDY-Q) (Micali & Tombeur, 2019).

Le NIAS contient neuf items avec trois sous-échelles correspondant aux trois manifestations de l'ARFID, c'est-à-dire l'évitement, le faible intérêt et la peur des conséquences négatives (Burton Murray et al, 2021). Le NIAS peut être utilisé pour évaluer les adultes de 18 à 65 ans (Zickgraf & Ellis, 2018).

L'EDY-Q est un questionnaire d'auto-évaluation de quatorze items, destiné aux enfants de 8 à 13 ans, fondé sur les critères du DSM-5 (Hilbert & Van Dyck, 2016).

Concernant les entretiens semi-structurés, il existe le Pica ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI). Cet outil contient des versions différentes selon l'âge du patient, ainsi qu'une version destinée aux parents et permet le diagnostic de l'ARFID. De plus, il donne un score de sévérité aux trois symptômes de l'ARFID cités dans le DSM-5, c'est-à-dire l'évitement, l'intérêt limité ou le faible appétit et la peur des conséquences négatives (Micali & Tombeur, 2019).

De plus, une évaluation de la déglutition auprès d'un orthophoniste peut être proposée dans le cadre d'une mastication inefficace, d'une dysphagie ou encore d'une difficulté à accepter certaines textures (Eddy et al, 2019).

.2. Diagnostic différentiel du trouble ARFID

La perte d'appétit est une des manifestations de l'ARFID mais est un symptôme non pathognomonique et peut exister conjointement à d'autres troubles.

Selon le DSM-5, parmi ces troubles, on retrouve :

.2.1. Anorexie mentale

Selon le DSM-5, l'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique caractérisée par un amaigrissement important, une forte peur de prendre du poids et une perception négative de sa propre silhouette.

A l'inverse de l'anorexie mentale, l'apparence physique et le poids ne sont pas sources d'inquiétudes dans le trouble ARFID.

Le diagnostic différentiel est complexe en raison de la similarité des symptômes.

.2.2. Troubles neurologiques/neuromusculaires, anatomiques ou congénitaux spécifiques et affections liées à des difficultés nutritionnelles

Ces troubles s'accompagnent souvent de complications anatomiques et fonctionnelles au niveau de la bouche, du pharynx et/ou de l'œsophage pouvant perturber la prise alimentaire, sans pour autant remplir les critères diagnostics de l'ARFID. Ces troubles peuvent engendrer une hypotonie musculaire, une protrusion linguale et des fausses routes. Cependant, aucune pathologie n'est spécifiquement mentionnée dans le DSM-5.

Toutefois, ces troubles peuvent coexister.

.2.3. Trouble réactionnel de l'attachement

Le DSM-5 caractérise ce trouble comme un comportement inhibé et des désordres émotionnels et sociaux, liés à une carence émotionnelle lors de l'enfance. Dans ce cadre, l'alimentation peut être perturbée.

Le diagnostic d'ARFID pourra être retenu si tous les critères diagnostics sont présents et si la perturbation de l'alimentation fait l'objet d'un traitement spécifique.

.2.4. Trouble du spectre de l'autisme

Bien que l'alimentation et la sensorialité puissent être particulières chez la personne porteuse d'un trouble du spectre de l'autisme, ces perturbations ne sont pas toujours suffisamment invalidantes pour valider un diagnostic de trouble ARFID.

Cependant, ces deux troubles coexistent fréquemment. Koomar et al, 2021, estiment que 21% des personnes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme ont également un trouble ARFID.

.2.5. Phobie spécifique, anxiété sociale (phobie sociale) et autres troubles anxieux

Une phobie spécifique de type peur de s'étouffer ou de vomir peut engendrer secondairement une restriction ou l'évitement de certains aliments. Toutefois, le diagnostic d'ARFID peut être posé lorsque la restriction et l'évitement des aliments deviennent la principale cible du traitement.

.2.6. Trouble obsessionnel-compulsif

Les personnes étant atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif peuvent avoir une prise alimentaire perturbée, fondée sur l'éviction et la restriction de certains aliments ou un comportement alimentaire bien codifié.

.2.7. Trouble dépressif caractérisé

Le trouble dépressif caractérisé peut engendrer une perte d'appétit massive, associée à une perte de poids significative.

Ces troubles s'estompent à mesure que le trouble dépressif disparaît.

.2.8. Troubles du spectre de la schizophrénie

Les personnes souffrant de ces troubles peuvent adhérer à des croyances déroutantes concernant la nourriture, provoquant une éviction ou une restriction de certains aliments.

.2.9. Trouble factice ou trouble factice par procuration

Dans le trouble factice, la personne amplifie volontairement le caractère restrictif de son alimentation, afin de revendiquer son statut de malade.

Dans le trouble factice par procuration, c'est le représentant légal qui amplifie la restriction alimentaire de son enfant.

.2.10. Phagophobie

La phagophobie est un trouble de l'alimentation dans lequel la personne a peur d'avaler, conduisant à une restriction de l'alimentation par voie orale (Begotka et al, 2022).

Selon le DSM-5, la phagophobie est classée dans la catégorie "autres" des phobies spécifiques. Cette phobie se manifeste presque toujours après une situation durant laquelle la personne a failli s'étouffer (DSM-5, 2013).

.2.11. Autres affections médicales

Sont incluses dans cette section les pathologies gastro-intestinales, les allergies et les intolérances alimentaires et les cancers non diagnostiqués. Ces pathologies peuvent s'accompagner d'une restriction de l'alimentation sans pour autant remplir tous les critères du trouble ARFID.

Néanmoins, le diagnostic d'ARFID peut être posé si les symptômes de restriction de l'alimentation persistent après la guérison.

.2.12. Synthèse

Le diagnostic d'ARFID peut être posé sans qu'aucune cause ne soit mise en évidence ou dans le cadre de pathologies dans lesquelles le trouble ARFID coexiste (par exemple, un trouble du spectre de l'autisme associé au trouble ARFID).

De plus, un point essentiel au diagnostic est le retentissement fonctionnel des troubles. En effet, un dysfonctionnement social est souvent retrouvé, impliquant un bouleversement de la dynamique familiale et une augmentation du stress lors des repas et de toutes situations en lien avec l'alimentation (DSM-5).

.3. Buts et objectifs

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux du traitement du trouble ARFID chez l'adulte et notamment de la place de l'orthophonie au sein de ce traitement. D'abord, nous nous intéresserons aux préconisations de la littérature internationale. Puis, nous interrogerons les orthophonistes sur leur connaissance du diagnostic du trouble ARFID, la présence ou non de ces patients dans les cabinets d'orthophonie et le traitement proposé pour ces patients, par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs et d'un questionnaire.

Méthode

Cette deuxième partie décrit la méthodologie utilisée pour la réalisation de ce travail. Nous avons choisi de réaliser une revue de littérature pour connaître les préconisations de traitement. Puis, nous avons opté pour un recueil de données qualitatives avec l'entretien semi-directif et quantitatives avec le questionnaire. L'entretien semi-directif est un préalable à la création du questionnaire.

.1. Revue critique de la littérature

.1.1. Base de données et mots clés

Afin de collecter les articles traitant de la prise en charge du trouble ARFID, les bases de données Google scholar et Sciencedirect ont été consultées.

Les mots-clés utilisés étaient les termes anglais suivants : ARFID - adults - treatment.

.1.2. Critères d'inclusion

Les articles étudiés incluront :

- les articles comportant les mots-clés « ARFID », « avoidant/restrictive food intake disorder », « adults », « treatment ».
- les articles traitant de l'ARFID chez l'adulte.

- les articles pertinents pour répondre aux objectifs de ce mémoire.

.1.3. Sélection des articles

Les articles ont été sélectionnés en deux étapes. La première étape était la lecture du titre de l'article. Celui-ci devait comporter le terme ARFID ou Avoïdant/Restrictive Food Intake Disorder ainsi que les termes « adults » et/ou « treatment ». Certains articles ont été trouvés à partir des références bibliographiques citées dans les articles retenus suite à la recherche par mots-clés.

La seconde étape était la lecture du résumé.

.2. Entretiens semi-directifs

En amont du questionnaire, nous avons choisi de recueillir des données qualitatives, grâce à l'entretien semi-directif. En effet, ce dernier est conçu comme un guide qui « structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours » (Blanchet & Gotman, 2010). De plus, il permet de faire s'enchaîner les idées (Beaud, 1996), dans l'objectif d'un échange spontané.

.2.1. Rédaction du guide d'entretien

Le guide d'entretien est composé de 10 questions, regroupées en quatre catégories :

- Informations générales, contenant des questions sur l'année et le pays d'obtention du diplôme, le mode d'exercice professionnel actuel et la région d'exercice.
- Le trouble ARFID
- Le diagnostic
- Le traitement

.2.2. Taille de l'échantillon

Guest et al. (2006) recommandent de faire passer une dizaine d'entretiens car au-delà, les informations recueillies ne sont plus enrichissantes. Cependant, le trouble ARFID étant un diagnostic récent, il reste encore relativement méconnu des professionnels de santé. Ainsi, nous avons fixé le nombre d'entretiens à deux.

.2.3. Méthodologie de passation des entretiens

Les deux orthophonistes interrogées ont été contactées par mail. Les entretiens ont eu lieu en décembre 2023, par téléphone. Ils ont été enregistrés sur un téléphone en mode avion, transcrits sur un document Word puis détruits.

.3. Questionnaire

Afin de recueillir le plus de données possibles, nous avons élaboré un questionnaire à destination des orthophonistes pour interroger leurs connaissances à propos du trouble ARFID, de son diagnostic à sa prise en charge. Nous avons rédigé des questions fermées pour lesquelles la personne interrogée choisit une réponse parmi celles qui lui sont présentées, des questions ouvertes

permettant à la personne de répondre ce qu'elle souhaite et des questions semi-ouvertes car elles mêlent une liste de réponses ainsi que la possibilité d'apporter des précisions avec la section "autre" (Fenneteau, 2015).

.3.1. Objectifs du questionnaire

Les objectifs du questionnaire sont :

- D'évaluer le niveau de connaissance des orthophonistes sur le trouble ARFID
- De recueillir des informations sur les outils de diagnostic utilisés
- De recueillir des informations sur le traitement proposé par les orthophonistes pour les patients porteurs d'un trouble ARFID
- De pouvoir extraire un maximum de principes de traitement
- De donner des explications sur ce qu'est le trouble ARFID aux orthophonistes qui ne connaissent pas ce trouble.

.3.2. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire est divisé de la même façon que le guide d'entretien, à savoir :

- Informations générales
- Le trouble ARFID
- Le diagnostic
- Le traitement

Le questionnaire a été réalisé sur Lime Survey, site recommandé par l'Université de Lille.

.3.3. Population d'étude

Le seul critère pour répondre à ce questionnaire était d'être orthophoniste.

.3.4. Diffusion du questionnaire

Avant sa diffusion, le questionnaire a été soumis et validé par la commission du département de la protection des données de la faculté de Médecine de Lille.

Le questionnaire a été diffusé entre le 06 février 2024 et le 07 mars 2024, sur plusieurs groupes Facebook. Ces groupes portaient sur la rééducation des troubles de l'oralité alimentaire chez les adolescents et les adultes ou étaient des groupes d'orthophonistes tout-venants. Le terme ARFID étant récent, l'objectif était de toucher un grand nombre d'orthophonistes.

.3.5. Analyse des réponses

Les données recueillies ont été analysées de façon descriptive et statistique sur Excel.

Résultats

Dans cette partie, nous allons présenter la revue critique de la littérature, issue de la littérature internationale ainsi que les résultats des entretiens semi-directifs et du questionnaire.

1. Revue critique de la littérature sur le trouble ARFID

Douze articles (n=12) ont été retenus pour réaliser cette revue de littérature.

Parmi ces douze articles, neuf soit 75% préconisent un traitement dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire. Parmi les neuf articles, cinq détaillent les professionnels participant à ce suivi, recensés dans le tableau ci-dessous.

Titre de l'article	Professionnels mentionnés
Todisco, P. (2022). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in adults.	Médecin, diététicien, psychologue, psychiatre, orthophoniste
Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update.	Diététicien, psychiatre, infirmier, médecin, psychologue
Kambanis, P.E. & Thomas, J.J. (2023). Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder	Psychologue, diététicien, infirmier, orthophoniste, médecin
King, L., Urbach, J. & Stewart, K. E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment.	Psychiatre, infirmier, diététicien, orthophoniste
Coglan, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: What do we know so far?	Diététicien, orthophoniste, psychiatre

Tableau 1. Professionnels participant au traitement du trouble ARFID.

Nous relevons que les diététiciens sont cités dans les cinq articles (soit 100%). Leur rôle s'oriente vers le traitement nutritionnel des patients. Les orthophonistes sont mentionnés dans quatre articles sur les cinq (soit 80%). Cependant, leur rôle n'est explicité que dans deux articles sur les quatre et concerne la déglutition et les programmes moteurs oraux. Les psychiatres, s'occupant du traitement médicamenteux, sont mentionnés dans quatre articles sur les cinq (soit 80%). Les infirmiers sont cités dans trois articles sur les cinq (soit 60%) mais leur mission dans le traitement du trouble ARFID n'est pas indiquée. Les médecins sont quant à eux mentionnés dans trois articles sur les cinq (soit 60%) et ce sont les professionnels qui supervisent le traitement. Enfin, les psychologues, traitant l'aspect psycho-comportemental du trouble, sont cités dans trois articles sur les cinq (soit 60%).

Sur les quatre autres articles n'abordant pas le traitement pluridisciplinaire, l'un présente une étude de cas unique sur le traitement de l'ARFID, l'autre évoque une étude prospective sur le traitement du trouble ARFID par la thérapie cognitivo-comportementale et le dernier porte sur l'utilisation de la sonde naso-gastrique dans le traitement du trouble ARFID.

Le traitement le plus mentionné dans les articles est la thérapie cognitivo-comportementale. En effet, dix articles sur les douze soit 83% préconisent de réaliser cette thérapie. Un seul article mentionne le professionnel effectuant la thérapie cognitivo-comportementale, qui est le psychologue clinicien. Les deux articles ne traitant pas de la thérapie cognitivo-comportementale sont des articles portant sur l'utilisation de la sonde naso-gastrique dans le traitement du trouble ARFID.

Le traitement nutritionnel a également sa place dans le traitement du trouble ARFID. En effet, dix articles sur les douze soit 83% recommandent un traitement nutritionnel, par l'utilisation de compléments nutritionnels oraux. Trois articles mentionnent l'utilisation de la sonde nasogastrique si elle s'avère nécessaire.

Puis, sept articles sur les douze soit 58% évoquent un traitement médicamenteux en cas d'anxiété et/ou de dépression associées.

Enfin, d'autres traitements sont évoqués dans les articles, comme la thérapie familiale, mentionnée dans six articles sur douze, soit 50%. Toutefois, cette thérapie est davantage utilisée pour les enfants et les adolescents que pour les adultes. Un article soit 8% rapporte l'utilisation d'un protocole de traitement de l'anorexie mentale pour les troubles ARFID. Deux articles soit 17% proposent des traitements combinés, comme l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale associée à la thérapie familiale. Ces traitements ne seront pas davantage détaillés car ils ne sont pas directement en lien avec le sujet de cette étude.

Le tableau ci-dessous synthétise les traitements évoqués en fonction des articles.

Titre de l'article	Traitements mentionnés
Todisco, P. (2022). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adults.	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux.
Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update.	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux.
Kambanis, P.E. & Thomas, J.J. (2023). Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder.	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale.
King, L., Urbach, J. & Stewart, K. E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder.	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale.
Thomas, J., Becker, K.R., Breithaupt, L., Burton Murray, H., Jo, J.H., Kuhnle, M.C., Dreier, M.J., Harshman, S., Kahn, D.L., Hauser, K., Slattery, M., Misra, M., Lawson, E.A., & Eddy, K.T. (2021). Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder.	Thérapie cognitivo-comportementale.
Grunewald, W., Smith, A. R., & Brown, T. A. (2023). Treatment of avoidant-restrictive food intake disorder in an older adult: A proof-of-concept case study.	Thérapie cognitivo-comportementale.
Coglan, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: What do we know so far?	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux.
Mammel, K. A., & Ornstein, R. M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5.	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux.
Katzman, D., Norris, M. & Zucker, N. (2019). Avoidant restrictive food intake disorder: First do no harm.	Article portant majoritairement sur l'utilisation d'une sonde naso-gastrique dans le cadre du trouble ARFID.
Szalai, T. & Cserép, M. (2017). Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux.
Guss, C. E., Richmond, T. K., & Forman, S. (2018). A	Traitement pluridisciplinaire, traitement

survey of physician practices on the inpatient medical stabilization of patients with avoidant/restrictive food intake disorder.	médicamenteux.
Medina-Tepal, A.R., Vazquez-Arevalo, R., Trujillo-ChiVacuan, E.M., & Mancilla-Diaz, J.M. (2023). Avoidant/Restrictive food intake disorder (ARFID) : systematic review of case studies.	Traitement pluridisciplinaire, thérapie cognitivo-comportementale, traitement médicamenteux.

Tableau 2. Types de traitement mentionnés dans les articles

La littérature concernant le traitement du trouble ARFID est peu développée et notamment chez l'adulte. Actuellement, aucun traitement validé scientifiquement n'existe pour traiter le trouble ARFID (Todisco, 2022).

.1.1. Une approche pluridisciplinaire

Comme énoncé ci-dessus, la majeure partie des auteurs préconisent un traitement pluridisciplinaire dans le cadre du trouble ARFID. Dans leur revue systématique d'étude de cas, Medina-Tepal et al. (2023) ont examiné 41 articles, pour un total de 66 patients étudiés. Les auteurs rapportent que 65,85% des patients bénéficient d'un traitement pluridisciplinaire. De plus, Coglán et Otasowie (2019) parlent d'un « consensus » autour du traitement pluridisciplinaire du trouble ARFID.

Par ailleurs, selon Kambanis et Thomas (2023), la thérapie cognitivo-comportementale pour l'ARFID semble faire ses preuves pour les trois types d'ARFID (évitement, intérêt limité, peur des conséquences négatives). Selon Hay (2020), la thérapie cognitivo-comportementale est le traitement de première intention dans le cadre de l'ARFID.

.1.2. La thérapie cognitivo-comportementale

Parmi les articles retenus pour la revue de littérature et mentionnant la thérapie cognitivo-comportementale (soit n=10), un seul précisait le professionnel réalisant cette thérapie, qui est le psychologue clinicien.

Selon Kambanis et Thomas (2023), cette thérapie convient pour les enfants, les adolescents et les adultes. Ce traitement se déroule sur 20 à 30 séances selon la situation pondérale du patient, sur six à douze mois, en séance individuelle pour les patients de plus de 16 ans et avec la famille pour les moins de 16 ans.

Le traitement se déroule en quatre étapes.

La première étape se déroule sur deux à quatre séances. Elle consiste en l'explication du trouble ARFID et de la thérapie cognitivo-comportementale. L'objectif est que le patient s'auto-contrôle et s'alimente de manière régulière, c'est-à-dire trois repas et deux à trois collations, avec leurs aliments préférés. Progressivement, il leur est demandé d'augmenter le volume et/ou d'augmenter la variété des aliments favoris.

La deuxième étape s'étend sur deux séances. Ici, le clinicien informe sur les cinq catégories d'aliments de base et sur les carences nutritionnelles. Le patient choisit de nouveaux aliments qu'il souhaite introduire dans son panel alimentaire.

La phase trois est le cœur du traitement. Elle se déroule sur 14 à 22 séances et se fonde sur l'exposition aux aliments. L'exposition est différente selon la manifestation du trouble ARFID. Pour les patients souffrant de sensibilité sensorielle, une désensibilisation systématique aux nouveaux aliments a lieu. La désensibilisation systématique consiste à classer les aliments de "sûrs" à "dangereux" et à introduire progressivement les aliments perçus comme "dangereux" (King et al., 2015). Pour les patients ayant une peur des conséquences aversives, l'objectif est de créer une hiérarchie des aliments évités et de s'exposer progressivement à ces aliments. Pour les patients ayant un manque d'intérêt pour la nourriture/l'alimentation, leurs aliments préférés leur sont exposés en cours de séance.

La quatrième étape fait l'objet de deux séances dans le but de prévenir les éventuelles rechutes, en évaluant si les objectifs de traitement ont été atteints et en ciblant les stratégies à mettre en place au domicile.

Selon une étude sur l'efficacité de cette thérapie de Thomas et al, 2021, 93% des patients ayant participé à cette thérapie se sont montrés satisfaits des résultats et 47% d'entre eux ne répondaient plus aux critères de l'ARFID après le traitement.

Néanmoins, une étude similaire sur la thérapie cognitivo-comportementale a été réalisée avec les enfants et les résultats se sont révélés meilleurs. Cela peut s'expliquer par une durée de maladie plus courte, moins d'antécédents liés à la maladie et moins de troubles psychiatriques (Thomas et al, 2021).

Grunewald et al., 2023 démontrent également l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale.

Il s'agit d'une étude de cas unique d'un homme de 71 ans répondant aux critères diagnostiques de l'ARFID. En effet, il présentait des difficultés avec les textures, une restriction de la variété alimentaire ainsi qu'un manque d'intérêt pour la nourriture. Le traitement proposé à ce patient consistait en une exposition progressive aux aliments et des séances de prévention des rechutes. Le patient a également été invité à écouter les signaux de faim et à manger lorsqu'il les ressentait. Il est noté que le patient a réussi à manger des aliments redoutés pendant et en dehors des séances. De plus, le patient rapporte qu'il est davantage à l'écoute de son corps. Ce cas prouve de nouveau l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale.

La thérapie cognitivo-comportementale était proposée dans 21,95% des cas, ce qui fait d'elle la thérapie la plus utilisée pour le traitement de l'ARFID, selon l'étude de Medina-Tepal et al. (2023).

Par ailleurs, une prise en charge nutritionnelle est également recommandée dans le but de limiter les carences et les complications potentielles qui y sont liées.

.1.3. Le traitement nutritionnel

Ce traitement doit être adapté aux besoins du patient et doit prendre en compte les particularités comportementales, organiques, oro-motrices et alimentaires.

Si l'évitement alimentaire est lié à la peur des conséquences aversives et/ ou d'origine sensorielle, les aliments préférés doivent être présentés en priorité dans le but de maintenir l'apport calorique. Les autres aliments doivent être progressivement introduits (Coglan & Otasowie, 2019).

Pour les personnes ayant peu d'intérêt pour la nourriture, il est recommandé d'instaurer des routines autour du repas, d'utiliser des récompenses lorsque la nourriture est consommée à table, d'inclure la personne dans les tâches autour de l'alimentation comme les courses et la préparation des repas et d'augmenter les quantités (Mammel & Ornstein, 2017).

Le recours à une sonde naso-gastrique peut être proposé (Guss et al., 2018). Toutefois, Katzman et al, 2019, préconisent de modérer l'utilisation de la sonde naso-gastrique qui peut intensifier la sensibilité orale fréquente chez les personnes souffrant d'un trouble ARFID.

La pharmacothérapie peut également être envisagée lorsqu'une anxiété ou des troubles de l'humeur sont présents dans la symptomatologie.

.1.4. Le traitement médicamenteux

Les médicaments utiles dans le cadre du trouble ARFID sont ceux prescrits en cas de dépression ou d'anxiété (Szalai & Cserép, 2017). Medina-Tepal et al. (2023) mentionnent qu'un traitement médicamenteux était prescrit dans 58,53% des cas dans leur étude. Néanmoins, aucune étude n'a prouvé une réelle efficacité des médicaments pour traiter le trouble ARFID (Guss et al., 2018).

.1.5. Critique

Cette partie a pour objectif d'apporter une critique des différents articles constitutifs de la revue de littérature.

Le nombre de participants dans l'étude de Thomas et al, 2021 qui traite de la thérapie cognitive et comportementale est de huit, ce qui semble peu pour généraliser les résultats. De plus, plusieurs articles sont issus d'études de cas uniques, comme celle de Grunewald et al, (2023) ne permet pas non plus de garantir que le traitement proposé est efficace à plus grande échelle. Nous pouvons donc nous poser la question de la fiabilité des résultats. En revanche, les critères de sélection des patients sont clairement établis.

Par ailleurs, les avis divergent concernant le recours à une sonde naso-gastrique. En effet, certains la recommandent lorsque la perte de poids est trop importante, et d'autres tempèrent son utilisation, du fait de la hausse de la sensibilité orale qu'elle peut engendrer.

Il en va de même quant aux médicaments. A l'heure actuelle, nous ne connaissons pas leur véritable efficacité sur le trouble ARFID.

.2. Résultats issus des entretiens semi-directifs

.2.1. Information générale

L'orthophoniste A a été diplômée en 2018 et l'orthophoniste B en 2015.

.2.2. Le trouble ARFID

C'est principalement grâce à une formation que les deux orthophonistes interrogées ont pris connaissance du terme ARFID. Les deux orthophonistes reçoivent des adultes pour des difficultés alimentaires mais il n'est pas spécifié trouble ARFID. Après examen des difficultés, le tableau clinique leur évoque un trouble ARFID, caractérisé par l'évitement alimentaire.

.2.3. Le diagnostic

Les deux orthophonistes n'utilisent pas d'outil spécifique pour le diagnostic du trouble ARFID. L'orthophoniste 1 réalise une évaluation orthophonique de l'alimentation et fait passer l'inventaire alimentaire PAPOR signifiant Préférences Alimentaires et Participation Occupationnelle de l'Enfant aux Repas (Nadon et al., 2019). L'orthophoniste 2 effectue un bilan des compétences orales et propose également l'inventaire PAPOR.

Elles ne posent pas de diagnostic mais elles émettent l'hypothèse d'un trouble ARFID dans la conclusion du bilan.

.2.4. Le traitement

Les deux orthophonistes proposent un traitement en cas d'ARFID, sur quelques séances.

L'orthophoniste 1 choisit avec le patient deux ou trois aliments cibles. L'objectif est de viser une acceptation sensorielle. Au domicile, le patient a des défis à réaliser, comme faire des recettes avec ces aliments. La difficulté est progressivement augmentée. L'orthophoniste est satisfaite des résultats.

L'orthophoniste 2 propose des stratégies sensorielles progressives, du chaînage¹ et du pairage² alimentaire. Elle se base sur l'ancrage psycho-comportemental, en s'appuyant sur les expériences positives et en les répétant de manière régulière. Elle oriente également vers un psychologue.

.3. Résultats issus du questionnaire

Au total, 43 personnes ont répondu au questionnaire. Parmi ces réponses, 27 étaient complètes et 16 étaient incomplètes. L'analyse des réponses a uniquement porté sur les réponses complètes.

.3.1. Informations générales

Le graphique ci-dessous représente l'année d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste (CCO) par les répondants.

¹ Programme individualisé conçu pour élargir le panel alimentaire en mettant l'accent sur les similarités entre les aliments acceptés et les aliments cibles. (Fishbein et al., 2006).

² Programme individualisé consistant à associer un aliment nouveau à un aliment connu. (Hausner et al., 2012)

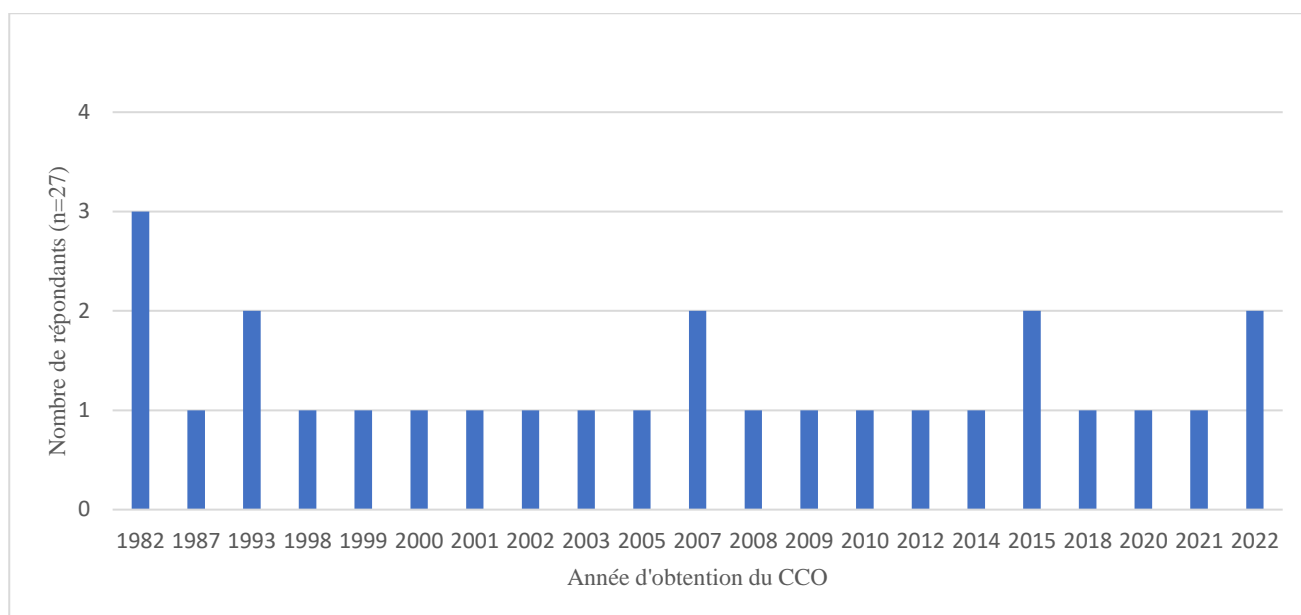


Figure 1. Année d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

Nous soulignons que cinq orthophonistes sont diplômés après 2018, année d'ajout du « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » dans la Nomenclature Générale des Actes professionnels. Parmi ces cinq orthophonistes, trois soit 60% ne connaissent pas le trouble ARFID et un seul répondant en a entendu parler pendant la formation initiale.

Concernant la répartition des répondants selon le pays d'obtention du diplôme, vingt-quatre orthophonistes soit 89% ont obtenu leur diplôme en France et trois en Belgique soit 11%.

Concernant le mode d'exercice actuel des répondants, vingt-cinq orthophonistes, soit 92% de l'échantillon exercent en libéral. Un orthophoniste exerce en activité mixte (en libéral et à l'hôpital dans un service de chirurgie maxillo-faciale) soit 4% de l'échantillon et un orthophoniste exerce en activité salariale dans un SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) pédiatrique, soit également 4% de l'échantillon.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), au 1^{er} janvier 2023, 85% des orthophonistes ont un mode d'exercice libéral ou mixte et 15% ont un exercice salarié. Notre étude se trouve alors sur-représentée par les orthophonistes exerçant en libéral ou en activité mixte.

Le graphique ci-dessous représente la répartition géographique des répondants.

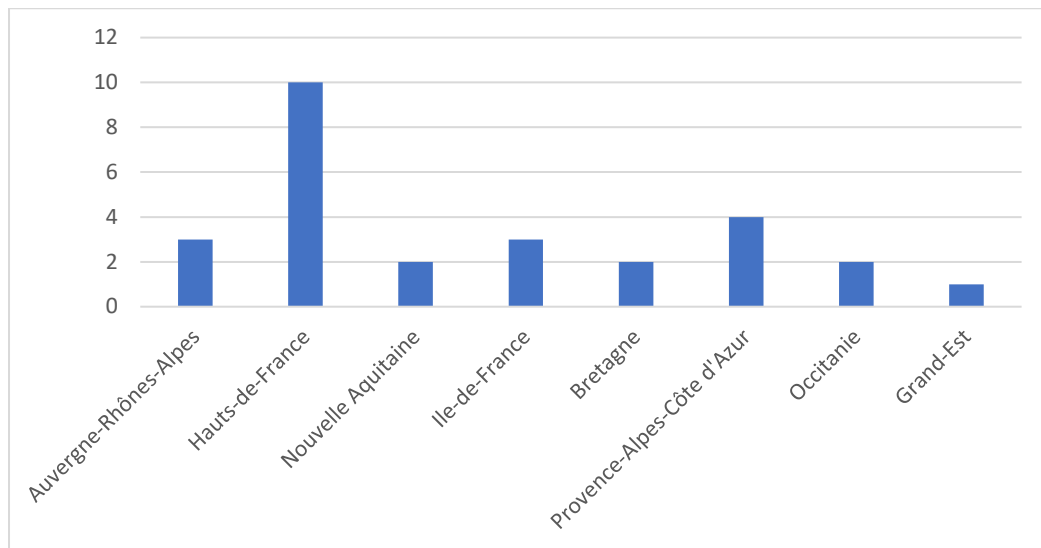


Figure 2. Répartition géographique des répondants

Nous remarquons que huit régions sur les treize régions françaises sont représentées. De nombreux répondants exercent dans la région des Hauts-de-France. En revanche, les régions d’Outre-Mer ne figurent pas dans le questionnaire.

.3.2. Le trouble ARFID

Parmi les répondants, sept soit 26% connaissaient l’appellation ARFID et vingt soit 74% ne la connaissaient pas.

Les répondants qui ne connaissaient pas le trouble ARFID pouvaient lire une brève information expliquant ce trouble. Le questionnaire s’achevait pour eux à cette question car la suite du questionnaire portait sur le diagnostic et le traitement du trouble ARFID.

De ce fait, les résultats suivants portent sur les réponses des sept personnes (n=7) ayant connaissance du trouble ARFID.

Concernant le contexte dans lequel les répondants ont pris connaissance du terme ARFID, il ressort qu’un répondant sur sept (14%) a connu ce terme pendant la formation initiale et avec des lectures personnelles, deux répondants (28%) l’ont connu en formation continue et avec des lectures personnelles, trois répondants (42%) l’ont connu uniquement grâce à la formation continue et un répondant (14%) grâce à des lectures personnelles.

Par ailleurs, au cours de leur exercice professionnel, six répondants sur les sept soit 86% ont déjà reçu des demandes pour un trouble de l’alimentation chez l’adulte. En revanche, le terme ARFID n’était mentionné dans aucune demande.

.3.3. Le diagnostic du trouble ARFID

Lorsque les patients ont consulté l'orthophoniste pour les troubles de l'alimentation, le diagnostic n'était posé pour aucun patient.

Concernant les outils d'évaluation utilisés pour le diagnostic du trouble ARFID, un seul répondant soit 14% utilise le questionnaire NIAS (Nine-Item ARFID screen). Les autres outils ne sont pas utilisés. La majorité des répondants réalisent un bilan avec leurs propres outils.

.3.4. Le traitement du trouble ARFID

Cinq répondants sur sept soit 71% ont indiqué que leurs patients suivent une thérapie cognitivo-comportementale.

Cette thérapie est réalisée par un psychologue selon deux répondants soit 40% de l'échantillon, par un orthophoniste selon un répondant soit 20%, par un médecin généraliste selon un répondant soit 20% et en association avec un psychologue et un orthophoniste selon un répondant soit 20%.

De plus, quatre orthophonistes sur sept soit 57% proposent un traitement dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire, et trois orthophonistes soit 43% proposent un traitement orthophonique uniquement. Les professionnels concernés par ce suivi sont le psychologue pour quatre répondants soit 100% et en association avec un médecin pour deux répondants soit 50%. Selon les répondants, les spécialités médicales accompagnant les patients porteurs d'un trouble ARFID sont le médecin généraliste, le psychiatre et le gastro-entérologue.

Parmi les répondants proposant un traitement orthophonique, les techniques sont répertoriées dans le nuage de mots ci-dessous. Plus un mot est écrit grand, plus la technique a été mentionnée par les répondants. Nous remarquons ainsi que l'approche sensorielle est la technique la plus citée par les répondants.



Figure 3. Traitement proposé par les répondants.

Discussion

Cette partie a pour objectif la mise en relation des données issues de la littérature avec les résultats des entretiens semi-directifs et du questionnaire.

.1. Rappel des buts et objectifs

Cette étude a pour objectif de réaliser un état des lieux du traitement du trouble ARFID chez l'adulte, en s'intéressant plus particulièrement à la place de l'orthophonie au sein de ce traitement. Une revue de littérature a été réalisée dans le but de connaître les traitements recommandés pour les

adultes présentant un trouble ARFID. Puis, nous avons procédé à deux entretiens semi-directifs, qui nous ont permis d'élaborer ensuite un questionnaire à destination des orthophonistes. L'objectif était de les interroger sur leurs connaissances à propos du trouble ARFID, du diagnostic posé ou non et du traitement proposé pour ces patients.

.2. Rappel des principaux résultats

.2.1. Résultats de la revue de littérature

La revue de littérature a mis en évidence trois types de traitement du trouble ARFID chez l'adulte. Tout d'abord la thérapie cognitivo-comportementale, qui est le traitement de première intention (Hay, 2020). Ensuite, l'aspect nutritionnel occupe une grande place dans le traitement du trouble ARFID, afin de limiter les carences nutritionnelles.

Puis, en cas de troubles anxieux et/ou de dépression associés, un traitement médicamenteux peut être proposé. Le traitement du trouble ARFID s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, afin que tous les aspects du trouble soient traités.

.2.2. Résultats du questionnaire

Les résultats du questionnaire ont montré que peu d'orthophonistes connaissent le trouble ARFID. Parmi les répondants le connaissant (n=7), six ont déjà reçu des demandes pour des difficultés alimentaires chez l'adulte mais aucune demande ne comportait le terme ARFID. La thérapie cognitivo-comportementale est proposée pour 71% des patients et 57% des patients bénéficient d'un traitement pluridisciplinaire. Concernant le traitement orthophonique, l'approche sensorielle est la technique la plus mentionnée par les répondants.

.3. Interprétation des résultats

Comme indiqué dans la littérature, le trouble ARFID est peu connu. Nous pouvons le constater en pratique puisque 74% des répondants de l'échantillon ne connaissent pas ce trouble.

De plus, malgré l'ajout du « bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité » dans la Nomenclature Générale des Actes professionnels en 2018 et par extension l'apparition des cours dispensés dans ce domaine dans les Centres de Formation Universitaires en Orthophonie, la formation initiale ne semble pas ou peu aborder le trouble ARFID puisqu'un seul répondant a connu ce trouble durant ses années d'études. C'est en formation continue que la majorité des répondants a reçu une information sur le trouble ARFID.

Par ailleurs, les médecins prescripteurs ne semblent pas non plus avoir connaissance de ce trouble. En effet, lorsque les orthophonistes reçoivent les patients, ces derniers n'ont pas de diagnostic d'ARFID posé. Ce manque de sensibilisation à l'égard de ce trouble peut entraîner un retard de diagnostic et par conséquent de traitement.

En ce qui concerne le traitement, nous rappelons que la littérature préconise un suivi pluridisciplinaire. Notre étude a mis en évidence que 57% des répondants à notre enquête proposent

un suivi pluridisciplinaire. Ce résultat s'approche du résultat obtenu dans l'étude de Medina-Tepal et al. (2023), où 65,85% des patients bénéficient également d'un traitement pluridisciplinaire. En effet, une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé, qui sont généralement le psychologue, le médecin et l'orthophoniste, permet un traitement global du patient et la prise en compte de tous les aspects du trouble.

De plus, selon la littérature, la thérapie cognitivo-comportementale est le traitement de première intention pour les patients présentant un trouble ARFID. En pratique clinique, notre étude a mis en évidence que 71% des répondants ont des patients qui suivent une thérapie cognitivo-comportementale. La littérature décrit quatre étapes pour cette thérapie, à savoir l'explication du trouble ARFID et de la thérapie cognitivo-comportementale, une information sur les cinq catégories d'aliments et l'introduction de nouveaux aliments, l'exposition aux aliments et enfin la prévention des rechutes. Cette thérapie est davantage pratiquée par le psychologue que l'orthophoniste. Cependant, en pratique clinique, nous pouvons retrouver le contenu de ces étapes puisque les orthophonistes ayant participé aux entretiens et répondu au questionnaire mentionnent l'information au patient, l'introduction de nouveaux aliments et de nouvelles textures selon les envies du patient, une évolution qui doit être progressive et l'acceptation sensorielle dans leurs techniques de traitement des patients présentant un trouble ARFID. Seule la prévention des rechutes n'est pas mentionnée par les orthophonistes.

Nous remarquons ainsi que les orthophonistes ont leur place dans le traitement du trouble ARFID. En effet, les orthophonistes étant formés à l'exposition graduelle aux aliments, grâce à des techniques comme le chaînage et le pairage alimentaire, ils sont tout à fait habilités à traiter les adultes porteurs d'un trouble ARFID. Ces techniques permettent l'habituation progressive à de nouvelles textures et à de nouveaux aliments. Les orthophonistes peuvent également contribuer au diagnostic pluridisciplinaire du trouble ARFID, grâce à l'évaluation des habitudes alimentaires et des compétences orales. L'intervention orthophonique individualisée s'élabore en fonction des besoins et envies du patient.

.4. Limites de l'étude

Lors de la rédaction de ce mémoire, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés.

.4.1. Limites liées aux références bibliographiques

L'ARFID est un terme récent. Nous avons alors été confrontés au manque de données relatives à ce trouble et notamment chez l'adulte. La littérature et les études scientifiques apportant des preuves probantes en termes de traitement sont encore limitées dans ce domaine. Cela contribue à la méconnaissance de ce terme par le grand public et les professionnels de santé.

.4.2. Limites liées au questionnaire et à l'échantillon

Le choix d'enquête par questionnaire implique des paramètres pouvant être biaisés. En effet, nous avons élaboré des questions fermées, semi-fermées et ouvertes. Les questions fermées contraignent le répondant à prendre position et à faire un choix, même s'il n'est pas

totallement d'accord avec les propositions. Les questions ouvertes contiennent une part de subjectivité de la part de l'enquêteur lors de l'analyse des réponses (Vilatte, 2007).

Ces éléments sont à connaître et à prendre en compte lors de l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, le questionnaire a récolté un faible nombre de participants. En effet, l'échantillon était constitué de 27 répondants et seulement sept répondants connaissaient le trouble ARFID. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance du trouble ARFID par les professionnels de santé. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population totale des orthophonistes de France. De cette manière, les conclusions issues de cette étude doivent être interprétées avec prudence et ne peuvent pas être généralisées.

.5. Perspectives éventuelles

Le trouble ARFID étant encore peu connu, de nombreuses études restent à faire pour développer les connaissances sur ce trouble et notamment son traitement.

Dans un premier temps, il pourrait être intéressant d'interroger les autres professionnels de santé sur leurs connaissances à propos du trouble ARFID et de les sensibiliser au trouble ARFID chez l'adulte pour améliorer son diagnostic et son traitement.

De plus, une étude portant sur les interventions orthophoniques chez l'adulte pourrait être envisagée, dans le but d'évaluer leur efficacité.

Par ailleurs, obtenir le ressenti des patients sur le traitement dont ils bénéficient ouvrirait potentiellement les pistes de recherche et permettrait d'adapter les traitements proposés.

Enfin, réaliser une adaptation française des différents outils de diagnostic du trouble ARFID, à savoir le Nine-item ARFID screen (NIAS), le Eating Disorders in Youth Questionnaire (EDY-Q) et l'entretien semi-structuré Pica ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI) permettrait aux professionnels de santé francophones de bénéficier d'outils spécifiques pour diagnostiquer le trouble ARFID.

Conclusion

A travers ce travail, nous avons réalisé un état des lieux du traitement du trouble ARFID chez l'adulte et notamment sur la place de l'orthophonie au sein de ce traitement.

Pour réaliser ce travail, nous avons dans un premier temps effectué une revue de littérature afin de connaître le traitement préconisé. Celle-ci a montré que la thérapie cognitivo-comportementale, le traitement nutritionnel et le traitement médicamenteux étaient les principaux traitements à proposer aux patients adultes porteurs d'un trouble ARFID. Ce traitement doit s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire afin que le patient bénéficie d'un traitement global.

Puis, nous avons réalisé deux entretiens semi-directifs dans le but d'élaborer ensuite un questionnaire pour interroger les orthophonistes sur leurs connaissances à propos du trouble ARFID et le traitement proposé. Le questionnaire a mis en évidence que peu d'orthophonistes connaissent le trouble ARFID. Parmi ceux le connaissant, la thérapie cognitivo-comportementale est proposée dans la majorité des cas, par un psychologue, un orthophoniste, en association avec un orthophoniste et un psychologue ou un médecin. Concernant le traitement orthophonique du trouble ARFID, l'approche sensorielle est la technique la plus citée. De plus, plus de la moitié des répondants proposent un suivi pluridisciplinaire. Il semble important de rappeler que le questionnaire a récolté peu de répondants, ce qui empêche la généralisation des résultats.

Par leurs compétences spécifiques sur les troubles alimentaires, sur l'évaluation des comportements alimentaires et sur le traitement à apporter aux patients présentant ces troubles, les orthophonistes ont toute leur place dans le suivi des patients porteurs du trouble ARFID, de la phase diagnostic jusqu'au traitement. Les orthophonistes étant habitués à travailler en partenariat avec les autres professionnels de santé, ils sauront s'inscrire dans l'approche pluridisciplinaire recommandée, assurant ainsi un traitement global du patient.

Le trouble ARFID étant encore trop peu connu, de nombreuses études doivent être réalisées pour apporter des preuves probantes en termes de traitement. Les professionnels de santé doivent également être sensibilisés à ce diagnostic pour améliorer ensuite le parcours de soins et notamment chez l'adulte. En effet, cette population a des besoins spécifiques dans la mesure où les conséquences de ce trouble sont significatives sur leur qualité de vie.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Begotka, A., Silverman, A., & Goday, P. (2022). Protocolized Intervention for Children and Adolescents With Phagophobia. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 75(6), 107-110.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix*, 9(35), 226–257.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série «L'enquête et ses méthodes » : L'entretien (2e éd. refondue). Paris : Armand Colin. *Mesure et évaluation en éducation*, 33(2), 127–131
- Burton Murray H., Dreier, M. J., Zickgraf, H. F., Becker, K. R., Breithaupt, L., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2021). Validation of the nine item ARFID screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1782–1792
- Coglan, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: What do we know so far? *BJPsych Advances*, 25(2), 90–98.
- Durand, T. (2021). Les multiples rôles de l'alimentation. *L'Aide-soignante*, 35(228), 12–14.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (2023). Démographie des professionnels de santé.
- Eddy, K. T., Harshman, S. G., Becker, K. R., Bern, E., Bryant-Waugh, R., Hilbert, A., Katzman, D. K., Lawson, E. A., Manzo, L. D., Menzel, J., Micali, N., Ornstein, R., Sally, S., Serinsky, S. P., Sharp, W., Stubbs, K., Walsh, B. T., Zickgraf, H., Zucker, N., & Thomas, J. J. (2019). Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *The International journal of eating disorders*, 52(4), 361–366.
- Fenneteau, H. (2015). L'Enquête : entretien et questionnaire (Troisième édition). *Dunod*.

- Fishbein, M., Cox, S., Swenny, C., Mogren, C., Walbert, L., & Fraker, C. (2006). Food chaining: a systematic approach for the treatment of children with feeding aversion. *Nutrition in Clinical Practice, 21*(2), 182–184.
- Grunewald, W., Smith, A. R., & Brown, T. A. (2023). Treatment of avoidant-restrictive food intake disorder in an older adult: A proof-of-concept case study. *The International Journal of Eating Disorders, 56*(9), 1795–1800.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods, 18*(1), 59–82.
- Guss, C. E., Richmond, T. K., & Forman, S. (2018). A survey of physician practices on the inpatient medical stabilization of patients with avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Eating Disorders, 6*(1), 22–22.
- Hausner, H., Olsen, A., & Møller, P. (2012). Mere exposure and flavour–flavour learning increase 2–3-year-old children’s acceptance of a novel vegetable. *Appetite, 58*(3), 1152–1159.
- Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L., González-Chica, D. A., Stocks, N., & Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders, 5*(1), 21–21.
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal, 50*(1), 24–29.
- Hilbert, A., & Van Dyck, Z. (2016). Eating Disorders in Youth-Questionnaire.
- Hilbert, A., Zenger, M., Eichler, J., & Brähler, E. (2020). Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. *The International Journal of Eating Disorders, 54*(3), 399–408.
- Kambanis, P.E., & Thomas, J.J. (2023). Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current Psychiatry, 53*–64.
- Katzman, D., Norris, M., & Zucker, N. (2019). Avoidant restrictive food intake disorder: First do no harm. *The International Journal of Eating Disorders, 52*(4), 459–461.
- King, L., Urbach, J., & Stewart, K. E. (2015). Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors : an International Journal, 19*, 106–109.

Koomar, T., Thomas, TR., Pottschmidt, N. R., Lutter, M., & Michaelson, J. J. (2021). Estimating the Prevalence and Genetic Risk Mechanisms of ARFID in a Large Autism Cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Mammel, K. A., & Ornstein, R. M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 407–413.

Medina-Tepal, A.R., Vazquez-Arevalo, R., Trujillo-ChiVacuan, E.M., & Mancilla-Diaz, J.M. (2023). Avoidant/Restrictive food intake disorder (ARFID) : systematic review of case studies. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 13(1), 71-84.

Micali, N., & Tombeur, E. (2019). ARFID-Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques. *Revue médicale suisse*, 15(638), 394-397.

Nadon, G., Tessier, M.J., & Crépeau, C. (2019). Préférences Alimentaires et Participation Occupationnelle de l'Enfant aux Repas.

Szalai, T., & Cserép, M. (2017). Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications. *Psihijatrija danas*. 49. 5-24.

Thomas, J., Becker, K.R., Breithaupt, L., Burton Murray, H., Jo, J.H., Kuhnle, M.C., Dreier, M.J., Harshman, S., Kahn, D.L., Hauser, K., Slattery, M., Misra, M., Lawson, E.A., & Eddy, K.T. (2021). Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(1), 47–55

Todisco, P. (2022). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adults. Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors. *Medical and Psychiatric Conditions*. 103-121.

Vilatte, J. C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. (Formation, Université d'Avignon, Avignon).

World Health Organization. (2023). ICD-11.

Zickgraf, H.F., & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32–42.

Liste des annexes

Annexe 1 : Références des articles de la revue de littérature

Annexe 2 : Trame des entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Questionnaire à destination des orthophonistes

Annexe 4 : Texte explicatif du trouble ARFID

Traitement orthophonique de l'ARFID chez l'adulte : état des lieux

Discipline : orthophonie

Estelle Colin

Résumé :

Le trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire ou ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) est une nouvelle terminologie apparue dans le DSM-5 en 2013. Ce diagnostic peut être posé sans limite d'âge.

Ce mémoire vise à effectuer un état des lieux du traitement du trouble ARFID chez l'adulte, en s'intéressant particulièrement à la place de l'orthophonie.

Pour cela, une revue de littérature a été réalisée pour étudier les recommandations en matière de traitement. Puis, des entretiens semi-directifs ont permis de créer un questionnaire pour évaluer les connaissances des orthophonistes sur ce trouble et leur approche thérapeutique. La revue de littérature a mis en évidence l'importance de la thérapie cognitivo-comportementale, du traitement nutritionnel et du traitement médicamenteux, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire. Le questionnaire, ayant récolté peu de réponses, montre que ce trouble est méconnu des orthophonistes. Le traitement proposé s'oriente vers la sensorialité, par des techniques d'habituation progressive aux aliments. La majorité des répondants offrent une approche pluridisciplinaire.

Cependant, de nombreuses études, basées sur des preuves probantes, restent à faire pour sensibiliser les professionnels de santé au trouble ARFID et améliorer le diagnostic et le traitement, notamment chez l'adulte.

Mots clés :

ARFID – adulte – traitement

Abstract :

Avoidant or restrictive food intake disorder or ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) is a new terminology that appeared in the DSM-5 in 2013. This diagnosis can be made without age restriction.

The aim of this study is to take stock of the treatment of ARFID disorder in adults and, in particular, to address the importance of speech therapy.

To this end, a literature review was conducted to analyse the recommendations for treatment. A questionnaire was then created in semi-directive interviews to assess speech therapists' knowledge of this disorder and their approach to treatment. The literature review highlighted the importance of cognitive behavioural therapy, nutritional therapy and medication as part of a multidisciplinary approach. The questionnaire, which received only a few responses, shows that this disorder is not known to speech therapists. The proposed treatment is centred on sensory perception through gradual food habituation techniques. The majority of respondents offer a multidisciplinary approach.

However, numerous evidence-based studies are still needed to raise awareness of ARFID disorder among health professionals and improve diagnosis and treatment, especially in adults.

Keyword :

ARFID – adult – treatment

Mémoire encadré par Marie CRACCO et Loïc GAMOT
Université de Lille

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE
FACULTE DE MEDECINE
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
Tél : 03 20 62 76 18
departement-orthophonie@univ-lille.fr



 **Université
de Lille**



ANNEXES

DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Estelle Colin

Traitement orthophonique de l'ARFID chez l'adulte : état des lieux

MEMOIRE dirigé par

Marie Cracco, Orthophoniste et enseignante, Comines

Loïc Gamot, Enseignant et référent d'UE – Responsable des mémoires, Université de Lille

Lille – 2024

Annexe 1 : Références des articles de la revue de littérature

N°	Titre de l'article	Auteur(s)	Date	Publication
1	<i>Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adults</i>	Todisco, P.	2022	Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions
2	<i>Current approach to eating disorders: a clinical update</i>	Hay, P.	2020	Internal Medicine Journal
3	<i>Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder</i>	Kambanis, P.E. & Thomas, J.J.	2023	Current Psychiatry
4	<i>Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment.</i>	King, L., Urbach, J. & Stewart, K. E.	2015	Eating Behaviors : an International Journal
5	<i>Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder</i>	Thomas, J., Becker, K.R., Breithaupt, L., Burton Murray, H., Jo, J.H., Kuhnle, M.C., Dreier, M.J., Harshman, S., Kahn, D.L., Hauser, K., Slatery, M., Misra, M., Lawson, E.A., & Eddy, K.T.	2021	Journal of Behavioral and Cognitive Therapy
6	<i>Treatment of avoidant-restrictive food intake disorder in an older adult: A proof-of-concept case study</i>	Grunewald, W., Smith, A. R., & Brown, T. A.	2023	The International Journal of Eating Disorders
7	<i>Avoidant/restrictive food intake disorder: What do we know so far?</i>	Coglan, L., & Otasowie, J.	2019	BJPsych Advances
8	<i>Avoidant/restrictive food intake disorder: A new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5</i>	Mammel, K. A., & Ornstein, R. M.	2017	Current Opinion in Pediatrics
9	<i>Avoidant restrictive food intake disorder: First do no harm</i>	Katzman, D., Norris, M. & Zucker, N	2019	The International Journal of Eating Disorders
10	<i>Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications</i>	Szalai, T. & Cserép, M.	2017	Psihijatrija danas
11	<i>A survey of physician practices on the inpatient medical stabilization of patients with avoidant/restrictive food intake disorder.</i>	Guss, C. E., Richmond, T. K., & Forman, S.	2018	Journal of Eating Disorders
12	<i>Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): systematic review of case studies</i>	Medina-Tepal, A.R., Vazquez-Arevalo, R., Trujillo-ChiVacuan, E.M., & Mancilla-Diaz, J.M.	2023	Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Annexe 2 : Trame des entretiens semi-directifs

I) Information générale

- En quelle année avez-vous été diplômé ?

II) Le trouble ARFID

- Avez-vous déjà entendu parler du terme ARFID ?
- Avez-vous déjà reçu des demandes pour un trouble ARFID chez l'adulte ?
- Si oui, pour quelle(s) manifestation(s) de l'ARFID ? (éviterement, intérêt limité, peur des conséquences négatives)

III) Le diagnostic

- Quels outils d'évaluation utilisez-vous lors du bilan orthophonique ?
- Avez-vous déjà posé des diagnostics d'ARFID ?
- Sur quels éléments vous basez-vous pour poser le diagnostic ?

IV) Le traitement

- Proposez-vous un traitement orthophonique en cas d'ARFID ?
- Quel traitement proposez-vous aux patients présentant un trouble ARFID/un trouble de l'alimentation ?

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe 3 : Questionnaire à destination des orthophonistes

Traitement orthophonique de l'ARFID chez l'adulte : état des lieux

Bonjour, je m'appelle Estelle Colin et je suis étudiante en 5ème année d'orthophonie à Lille.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un questionnaire à destination des orthophonistes, dans le but de faire un état des lieux du traitement du trouble ARFID.

Ce mémoire est supervisé par Mme Cracco Marie et Mr Gamot Loïc, orthophonistes et enseignants au sein du centre de formation de Lille.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à cette étude par le biais de ce questionnaire. Les réponses sont confidentielles et anonymisées. Seuls moi et mes directeurs de mémoire auront accès aux données de ce questionnaire.

Le temps de réponse est estimé à environ 10 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Le questionnaire est constitué de 17 items. Le questionnaire, réalisé sur LimeSurvey (site recommandé par l'Université), a fait l'objet d'une déclaration portant le numéro LS 1482 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Les données ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Pour toute question ou demande d'informations supplémentaires, vous pouvez me contacter à l'adresse suivant : estelle.colin.etu@univ-lille.fr

Je vous remercie pour votre participation.

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code d'accès avec vos réponses à ce questionnaire.

Informations générales

*En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

● Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

*Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

France

Belgique

Canada

Suisse

Autre :

*Quelle est votre région d'exercice

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Auvergne-Rhône-Alpes

Bourgogne-Franche-Comté

Bretagne

Centre-Val de Loire

Corse

Grand-Est

Hauts-de-France

- Ile-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Guyane
- Martinique
- La Réunion
- Mayotte

Le trouble ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder ou trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire)

*Connaissez-vous l'appellation "ARFID" ?

- Oui Non

*Dans quel contexte avez-vous pris connaissance de ce terme ?

Cochez tout ce qui s'applique

Pendant la formation initiale

En formation continue

Par des lectures personnelles

Autre :

*Avez-vous déjà reçu des demandes pour un trouble de l'alimentation chez l'adulte ?



Oui



Non

*Lors de cette demande, le terme ARFID était-il mentionné ?



Oui



Non

Le diagnostic du trouble ARFID

* Le diagnostic d'ARFID était-il déjà posé lorsque le patient est venu voir ?



Oui



Non

* Parmi les outils d'évaluation suivants, le(s)quel(s) utilisez-vous ?

Cochez tout ce qui s'applique

Questionnaire NIAS (Nine-Item ARFID screen)

Questionnaire EDY-Q (Eating Disorders in Youth Questionnaire)

Entretien semi-structuré PARDI (Pica ARFID and Rumination Disorder Interview)

Autre :

Le traitement

* Les patients suivent-ils une thérapie cognitivo-comportementale (réalisée par vous-même ou un autre professionnel) ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Oui

Non

Je ne sais pas

* Proposez-vous un traitement orthophonique seul ou dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Seul

Dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire

Autre :

* Pouvez-vous expliquer brièvement le traitement que vous proposez aux patients porteurs d'un trouble ARFID ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Annexe 4 : Texte explicatif du trouble ARFID

Voici une brève information qui récapitule ce qu'est le trouble ARFID :

L'ARFID se traduit en français par "trouble évitant ou restrictif de la prise alimentaire" et est apparu dans le DSM-5 (2013) dans la catégorie des troubles de l'alimentation et des troubles du comportement alimentaire.

Le DSM-5 distingue trois catégories de troubles de l'alimentation ou de l'ingestion des aliments qui peuvent conduire aux symptômes de l'ARFID :

- l'évitement de nombreux aliments en raison de leurs caractéristiques sensorielles comme la texture, l'apparence, le goût, l'odeur, la couleur, la température,
- Un intérêt limité pour la nourriture ou un faible appétit,
- la peur des conséquences négatives telles que l'étouffement ou les vomissements.

L'ARFID est un élargissement du diagnostic des troubles de l'alimentation du nourrisson et de la petite enfance retrouvé dans le DSM-IV (DSM-5, 2013).

En effet, le diagnostic d'ARFID ne se restreint pas à la petite enfance et peut être posé tout au long de la vie, aucun critère d'âge n'ayant été retenu (Todisco, 2022).

À ce jour, il n'existe pas d'outils d'évaluation de l'ARFID en français. En revanche, il existe deux questionnaires anglophones validés scientifiquement destinés au dépistage : le Nine-item ARFID screen (NIAS) et le Eating Disorders in Youth Questionnaire (EDY-Q) (Micali et Tombeur, 2019) et un entretien semi-directif : le Pica ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI) permettant le diagnostic d'ARFID.

La littérature concernant le traitement du trouble ARFID est peu développée et notamment chez l'adulte. Actuellement, aucun traitement validé scientifiquement n'existe pour traiter le trouble ARFID (Todisco, 2022).

Cependant, selon Kambanis et Thomas (2023), la thérapie cognitivo-comportementale pour l'ARFID semble faire ses preuves pour les trois types d'ARFID. Cette thérapie consiste à donner des informations sur le trouble, les catégories d'aliments et les carences nutritionnelles, proposer une exposition aux aliments ainsi que prévenir les rechutes.

La suite du questionnaire portant sur le diagnostic et le traitement du trouble ARFID, il ne me semble pas pertinent de vous la proposer.

Les réponses précédentes ont bien été enregistrées et seront également analysées.