

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES EFFETS DE L'IMPLICATION PARENTALE DANS LE TRAITEMENT DES
TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ADOLESCENCE**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
LAURYANNE MAYER**

MARS 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Line Massé

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Line Massé

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Anick St-Amand

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) entraînent des répercussions majeures chez les adolescents et leurs familles. Bien que la thérapie basée sur la famille (TBF) constitue une approche reconnue, d'autres interventions qui impliquent les parents demeurent moins documentées. Ainsi, cet essai vise à recenser les effets sur l'adolescent et ses parents de ces modalités, au-delà de la TBF classique. La recension des écrits a mené à l'analyse de 15 études portant sur ce sujet. Les résultats indiquent que l'implication parentale favorise la restauration physique, la diminution des symptômes alimentaires et le rétablissement des adolescents atteints d'un TCA. Des bénéfices sont également rapportés chez les parents, dont une réduction du stress, une amélioration des compétences parentales et de la dynamique familiale. Malgré des effets variables sur la santé mentale, l'ensemble des données souligne le rôle central des parents dans le changement et les avantages à les impliquer dans les interventions psychoéducatives.

Table des matières

Résumé	iii
Remerciements	vi
Introduction	7
Facteurs de risque spécifiques à l'anorexie.....	7
Facteurs biologiques	7
Facteurs psychologiques	8
Facteurs sociaux.....	8
Facteurs familiaux	8
Les interventions familiales existantes	10
Variantes de la TBF	10
Approche cognitivo-comportementale	11
Interventions de groupe	11
Entraînement des compétences parentales.....	12
Prévention des rechutes	12
Objectif de l'essai.....	14
Méthode.....	15
Recherche documentaire	15
Critères de sélection	15
Critères d'exclusion	16
Sélection des articles.....	16
Extraction des résultats	16
Résultats	18
Description des études retenues	18
Effets sur les adolescents	19
États physiques	19
Comportements alimentaires.....	20
Évolution du trouble.....	21
Hospitalisations.....	21

Santé mentale et fonctionnement global.....	21
Symptômes dépressifs et anxieux.....	21
Fonctionnement psychosocial.	22
Qualité de vie.....	22
Effets sur les parents et la famille	22
Réduction de la charge et du stress parentaux	22
Compétences parentales.....	23
Dynamique familiale	23
Facteurs qui influencent les effets	24
Types de programmes.....	24
Format de l'intervention.	24
Intensité et durée du soutien.	24
Prédicteurs des résultats.	24
Discussion	25
Effets sur les adolescents	25
Effets sur les familles	26
Analyse comparative des modalités d'interventions.....	27
Facteurs d'efficacité communs	28
Forces et limites	28
Conclusion.....	31
Références	32
Appendice A.....	37
Tableau 1	37
Appendice B Résumé des trois études qualitatives retenues.....	46

Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer ma gratitude envers les personnes qui m'ont accompagnée dans ce parcours. Je remercie ma directrice, Line Massé, pour son accompagnement dans la rédaction de cet essai. Merci à ma famille qui n'a jamais cessé de croire en moi, même dans les moments où le doute prenait plus de place. Vos encouragements m'ont permis de persévérer à travers les embuches. Je veux également remercier mon copain, Victor, pour son soutien et sa présence dans mes moments de découragement, mais qui a toujours su me remonter le moral. À mes amis présents durant ce parcours, particulièrement mon amie Sandrine. Par votre enthousiasme et vos encouragements, vous m'avez aidée à avancer avec confiance. Chacun de vous fait partie de cet accomplissement !

Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) représentent un enjeu majeur de santé mentale chez les adolescents. On estime que jusqu'à 5 % des adolescents au Canada présentent un TCA (Coret et al., 2024 ; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2024). Les TCA regroupent plusieurs troubles de santé mentale caractérisés par une perturbation des comportements alimentaires et des préoccupations excessives liées au poids (American Psychiatric Association [APA], 2024). Parmi ces troubles, l'anorexie mentale (AM) se caractérise par une restriction alimentaire importante entraînant un poids significativement bas, une inquiétude excessive de prendre du poids et une altération de la perception de son poids, affectant l'estime de soi (APA, 2024 ; Paquin Hodge et al., 2020). Ce trouble peut entraîner des problèmes médicaux, soit un retard de développement physique, un retard de la puberté et une réduction de la masse osseuse jusqu'au décès (Jacobi et al., 2018). Effectivement, l'Association canadienne pour la santé mentale (2014) estime qu'une personne sur dix ayant un trouble d'anorexie décède en raison de problèmes de santé physique ou du suicide. L'AM se manifeste principalement durant l'adolescence, une période marquée par la recherche identitaire, la pression sociale et les changements physiques (Bagley et Pekasky, 2024 ; Balottin et al., 2018 ; INSPQ, 2017). D'ailleurs, la prévalence d'anorexie augmente chez les filles de 15 à 19 ans (Iniesta Sepúlveda et al., 2017), ce qui souligne l'importance de se pencher sur les facteurs qui contribuent à l'émergence de ce trouble ainsi que sur les interventions pour le traiter.

Facteurs de risque spécifiques à l'anorexie

Le développement des TCA, particulièrement l'anorexie, résulte d'une interaction complexe entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et familiaux. Évidemment, ces facteurs de risque ne causent pas automatiquement le TCA et doivent être considérés dans la totalité de son environnement.

Facteurs biologiques

Sur le plan biologique, la transition vers l'adolescence constitue un facteur de risque au développement des TCA (Balotin et al., 2018; Breton et al., 2022; Iniesta Sepúlveda et al., 2017),

période durant laquelle 40 % des cas d'anorexie s'installent (Ballotin et al., 2018). Puis, l'héritabilité de l'AM est estimée à 70 % et les filles sont davantage touchées que les garçons (Barakat et al., 2013; Breton et al., 2022; Monthury-Blanc et al., 2019; Ramoz, 2017). Aussi, la puberté représente un moment de vulnérabilité en raison des changements hormonaux et corporels, souvent perçus négativement par plusieurs adolescentes (Barakat et al.; 2013; Monthuy-Blanc et al., 2019).

Facteurs psychologiques

Sur le plan psychologique, une tendance à l'internalisation, à l'anxiété de performance et une pression sociale liée à l'apparence physique et aux stéréotypes de genre augmentent la vulnérabilité à développer un TCA, particulièrement chez les jeunes filles (Barakat et al., 2023; Monthuy-Blanc et al., 2019). Généralement, l'insatisfaction corporelle et une faible estime de soi sont fréquentes chez les jeunes vivant avec l'AM (Monthuy-Blanc et al., 2019).

Facteurs sociaux

Sur le plan social, plusieurs facteurs influencent le développement des TCA : l'influence des pairs, le manque de soutien social, l'isolement, les relations de mauvaise qualité, la comparaison sociale et les images idéalisées sur les réseaux sociaux (Barakat et al., 2023; Marcos et al., 2013; Monthuy-Blanc et al., 2019; Touchette et al., 2011). Également, l'intimidation liée à l'apparence renforce l'insatisfaction corporelle et la pression sociale. De ce fait, les risques que l'adolescent adopte des comportements alimentaires problématiques augmentent (Varela et al., 2023).

Facteurs familiaux

Sur le plan familial, les comportements parentaux influencent la relation des jeunes avec la nourriture et leur image corporelle, dès l'enfance (Marcos et al., 2013). À ce propos, Krug et al. (2016) rapportent que les parents d'enfants présentant un TCA tiennent plus de commentaires critiques concernant le poids envers eux. Ensuite, un niveau d'éducation parentale élevé est

associé à des attentes accrues envers l'enfant, pouvant ainsi favoriser l'émergence du perfectionnisme chez l'adolescent, un facteur de risque du trouble d'AM (Barakat et al., 2023).

Le fonctionnement familial a également un impact sur le développement du TCA à l'adolescence. Par exemple, une dépendance excessive à l'égard d'un membre de la famille, un fonctionnement rigide, une mauvaise communication ou un évitement des conflits sont des facteurs de risque liés au TCA (Cerniglia et al., 2017). De plus, la présence d'un trouble de santé mentale chez le parent peut affecter le climat familial, engendrer des difficultés émotionnelles chez l'enfant et il peut lui-même adopter des comportements alimentaires problématiques (Barakat et al., 2023; Varela et al., 2023).

Enfin, les antécédents familiaux tels que l'accumulation de conflits ou d'événements traumatisants (décès, abus, séparation, etc.) génèrent un environnement instable pour le jeune, où il est plus à risque d'adopter des comportements alimentaires problématiques (Barakat et al., 2023; Monthuy-Blanc et al., 2019; Plouffe, 2020; Varela et al., 2023).

Les recherches démontrent que le trouble d'AM a un impact bidirectionnel. En d'autres mots, la famille influence le développement du TCA, mais elle est également atteinte par la présence de ce trouble (Podlipski et al., 2015). En effet, la maladie est associée à une augmentation des conflits familiaux (Balottin et al., 2023). Plus largement, le TCA a un impact sur la qualité de vie des parents, leur santé physique et leur santé mentale comme le stress et les symptômes dépressifs (Dennhag et al., 2021; Podlipski et al., 2015; Rhind et al., 2014; Zeiler et al., 2013). Le quotidien familial se retrouve fragilisé, puisque les périodes de repas deviennent une source d'impuissance et de tensions (Podlipski et al., 2015). Ce climat de stress contribue à l'isolement social des familles (Coehlo et al., 2021; Podlipski et al., 2015). À ces conséquences s'ajoute un sentiment de culpabilité ou de colère vécu par les parents de ne pas avoir détecté ou traité le trouble plus tôt (Coehlo et al., 2021).

Devant le rôle important de la famille dans le développement des TCA, de nombreuses interventions ont été développées pour impliquer activement les parents dans le traitement, reconnaissant ainsi leur potentiel en tant qu'agents de changement.

Les interventions familiales existantes pour les TCA en général

Parmi les interventions familiales recensées, la Thérapie basée sur la famille (TBF, *Family Based Treatment*) représente un traitement de référence dans les TCA (Balottin et al., 2018). Dans cette approche, le parent joue un rôle actif dans la prise en charge et la réalimentation de l'enfant (Rienecke et Le Grange, 2022). Une littérature abondante indique des résultats positifs à long terme chez les adolescents présentant un trouble d'anorexie (Rosling et al., 2016). Toutefois, d'autres formes d'intervention familiale émergent dans la littérature, chacune proposant des modalités distinctes d'implication familiale. Bien que prometteuses, ces approches et leurs effets demeurent moins connus. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente question de recherche : « Au-delà de la TBF largement documentée, quels sont les effets des autres types d'interventions impliquant les parents sur les adolescents ayant un TCA et leur famille ». Les autres approches intégrant la famille peuvent être catégorisées ainsi : variantes de la TBF, interventions utilisant l'approche cognitivo-comportementale, interventions de groupe, ajout d'une intervention au traitement habituel et intervention en prévention des rechutes. Ces interventions varient considérablement dans leur structure, leur durée et leurs objectifs spécifiques.

Variantes de la TBF

Une première catégorie regroupe les interventions inspirées de la TBF, adaptées à divers contextes. Par exemple, Rosling et al. (2016) décrivent un programme familial en consultation externe offert dans un service spécialisé en TCA. Cette approche vise la normalisation de l'alimentation, la re-scolarisation et la prévention des rechutes. Dans une perspective similaire, Halvorsen et al. (2018) proposent une intervention familiale ambulatoire qui intègre des repas familiaux encadrés, un groupe de soutien parental hebdomadaire ainsi qu'un suivi individuel pour le jeune. De leur côté, Fink et al. (2017) présentent un programme d'admission familiale (PAF)

où la famille participe à une version condensée de la TBF durant deux semaines. Il comprend des rencontres individuelles et familiales adaptées au besoin, le tout encadré par une équipe multidisciplinaire. Pour leur part, Rieneck et al. (2018) décrivent une TBF partielle à l'hôpital de jour qui combine des séances de groupe pour les parents et un accompagnement psychologique visant à développer leurs compétences. Enfin, Hilderbrandt et al. (2014) proposent une variante de la TBF intégrant des éléments d'exposition (TBF-E) de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Dans cette approche, l'adolescent est amené à modifier ses comportements et ses pensées lorsqu'il est confronté à la peur liée aux repas.

Approche cognitivo-comportementale

Contrairement aux adaptations de la TBF, certaines interventions se basent principalement sur le cadre de la TCC. Cette approche vise à modifier les pensées dysfonctionnelles qui influencent négativement les émotions et les comportements (Rector, 2010). Dans cette perspective, Iniesta Sepúlveda et al. (2017) décrivent une intervention cognitivo-comportementale intensive impliquant la famille. Elle combine de la psychoéducation sur le TCA, l'autorégulation des comportements alimentaires et la prévention des rechutes par des exercices d'exposition. Ces derniers consistent à confronter graduellement l'adolescent à des situations anxiogènes liées à l'alimentation, sans recourir à des comportements de contrôle ou d'évitement. Ce programme implique activement les parents dans le processus thérapeutique.

Interventions de groupe

Certaines modalités s'appuient sur le soutien mutuel entre la famille ou encore entre les patients atteints du TCA. Par exemple, Denhag et al. (2021) ont ajouté une intervention de groupe au traitement habituel se nommant thérapie multifamiliale. Ce programme permet de développer collectivement des compétences dans plusieurs domaines : la gestion du poids et de l'alimentation, l'établissement de limites claires au sein de la famille, l'amélioration de la communication ainsi que le développement individuel du patient et du parent. Dans une approche similaire, Rosello et al. (2021) combinent un groupe de soutien parental au traitement habituel. Bien que les thèmes abordés rejoignent ceux de Denhag et al. (2021), ce programme inclut aussi

du contenu sur l'impact de l'anorexie sur la dynamique familiale, l'influence des réponses parentales sur le maintien du trouble et l'approche motivationnelle. Chaque thème est introduit par l'animateur, puis approfondi par une discussion guidée. Enfin, Jacobi et al. (2018) décrivent un programme préventif en ligne (E@T) destiné aux parents. Il offre des forums de discussion entre parents ainsi que des journaux de suivi hebdomadaire, six sessions et deux appels téléphoniques pour les soutenir dans leurs défis quotidiens liés au TCA de leur adolescent.

Entraînement des compétences parentales

Plusieurs programmes visent à renforcer les habiletés parentales pour réduire les symptômes d'anorexie chez l'adolescent. Hodsoll et al. (2017) ainsi que Salerno et al. (2016) détaillent l'intervention *Experienced Caregivers Helping Others (ECHO)*, qui fournit aux parents diverses informations sur les facteurs de maintien du trouble, la communication positive avec leur adolescent et les stratégies d'autosoins pour préserver leur propre bien-être. Le contenu est diffusé par le biais d'un livre et de supports vidéo. Les parents peuvent bénéficier d'un soutien téléphonique de la part d'un pair aidant ou d'un étudiant en psychologie. Un autre programme est retrouvé dans la littérature, soit le *Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders in Austria (SUCCEAT)* (Philip et al., 2016; Zeiler et al., 2023). Ce programme vise à diminuer le stress et la charge vécue par les parents tout en améliorant leurs connaissances sur le trouble et leurs compétences. Cette intervention est disponible en présentiel ou en ligne.

Prévention des rechutes

Certaines interventions ciblent la consolidation des acquis et la prévention des rechutes du TCA. Berends et al. (2018) proposent le *Guideline Relapse Prevention (GRP)*. Ce programme repose sur un plan personnalisé de prévention de la rechute, coconstruit avec le jeune et ses parents, puis suivi par un professionnel de la santé. Pour leur part, Podlipski et al. (2016) décrivent un repas thérapeutique familial offert à la fin de l'hospitalisation. Cette activité vise à faciliter la transition vers le retour à la maison et permet à la famille de retrouver le rituel du repas. L'intervention se déroule en deux temps : d'abord la préparation collective du repas, puis

le partage du repas en famille sous la supervision de l'équipe soignante. Cette dernière procède ensuite à une analyse systémique de ses observations et offre une rétroaction à la famille.

Objectif de l'essai

Devant cette diversité d'approches impliquant les parents ou la famille, il apparaît pertinent de documenter systématiquement leurs effets, tant pour les adolescents que pour leurs parents. Une synthèse des connaissances actuelles permettrait d'identifier les composantes efficaces à intégrer dans les interventions. Cet essai vise ainsi à documenter les effets des interventions impliquant les parents ou la famille, autres que la TFB classique, dans le traitement du trouble d'AM chez les adolescents, tant pour les jeunes eux-mêmes que pour leur famille.

Méthode

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée en novembre 2023. Les moteurs de recherche utilisés sont PsychInfo, Medline, Cairn et Érudit. Ensuite, d'autres références ont été sélectionnées en consultant les bibliographies des articles scientifiques retenus.

Afin d'extraire le plus d'articles possible, des mots-clés ont été ciblés à l'aide des thésaurus sur EBSCO et des dictionnaires spécialisés. Donc, un algorithme de recherche a été créé pour les bases de données anglophones; (parent* OR mother* OR father* OR famil*) AND ((feeding OR eating OR « avoidant restrictive food ») W0 (disorder*)) OR (anorexia OR bulimia) AND (intervention* OR program* OR therap* OR service* OR treatment*). Pour les bases de données francophones, l'équation était la suivante : (parent* OU famil*) ET (intervention* OU program*) ET (anorexi* OU boulimi*). En cours de route, en collaboration avec la directrice d'essai, il a été décidé de retirer les résultats abordant l'intervention familiale de Maudsley dont l'efficacité était largement démontrée. Aucune des études recensées n'incluait un échantillon de jeunes présentant un trouble de boulimie, ce qui a conduit à orienter l'essai principalement vers l'anorexie mentale.

Critères de sélection

Les études ont été incluses seulement si elles répondaient aux critères de sélection suivants :

- Adolescents (garçons ou filles) âgés de 13 à 17 ans et leurs parents;
- Études publiées entre 2012 et 2023;
- Études publiées en français ou en anglais;
- Adolescent ayant un diagnostic de trouble des conduites alimentaires (anorexie, trouble alimentaire non spécifié) dont le parent est impliqué dans l'intervention ou programme ;
- Études réalisées en Amérique du Nord, en Europe, en Nouvelle-Zélande ou en Australie afin que les résultats puissent être généralisables aux contextes canadien et québécois.

Critères d'exclusion

Les articles ont été exclus si l'intervention proposée n'incluait pas l'implication du parent ou s'ils ne présentaient pas les effets de celle-ci. De plus, si les adolescents avaient obtenu un diagnostic autre qu'un trouble anorexique (hyperphagie, bigorexie, orthorexie, etc.), l'étude n'était pas retenue.

Sélection des articles

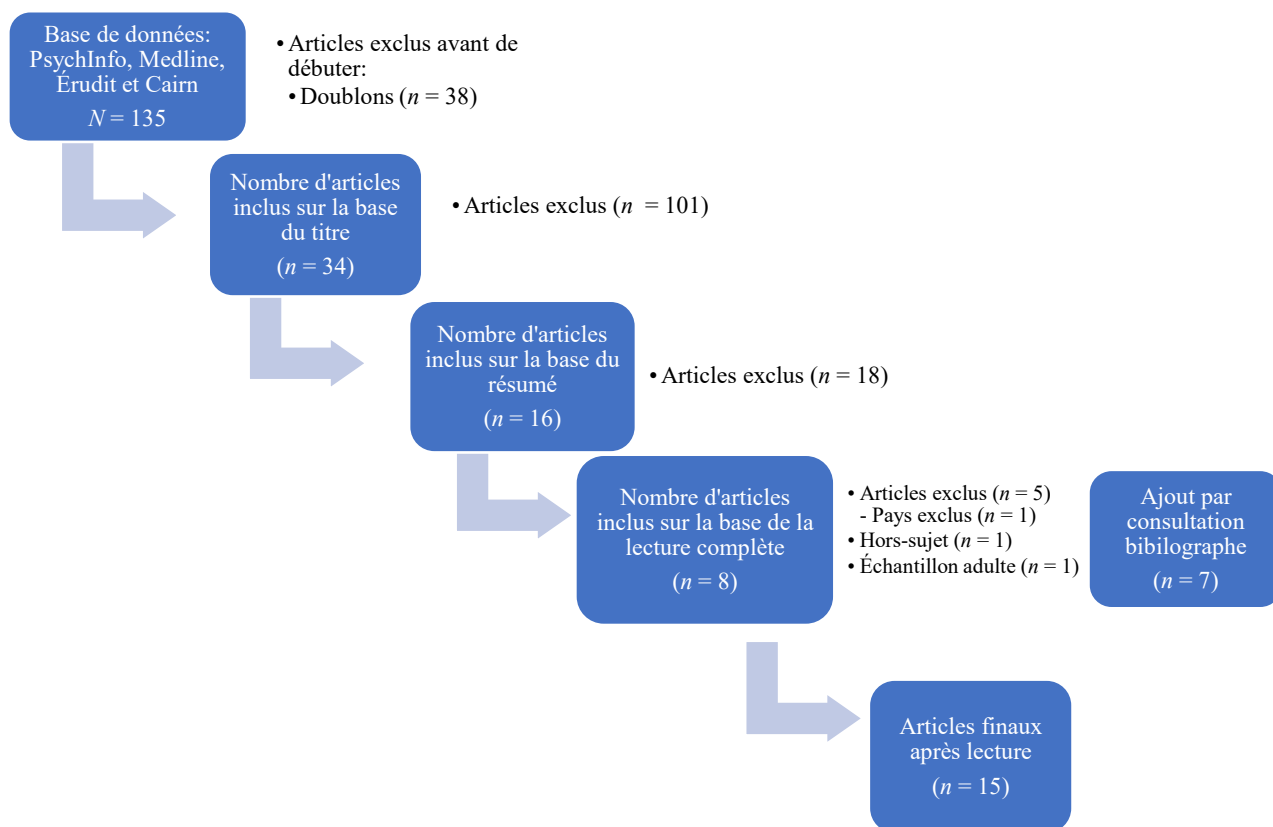
La figure 1 présente le processus de sélection des études retenues selon un diagramme de flux. Durant chaque étape, les articles qui ne portaient pas sur le sujet de l'essai ont été exclus de la lecture des titres, des résumés et du texte complet. En raison du faible nombre d'études après ce processus, une consultation bibliographique a été réalisée dans les articles retenus. À la lecture des articles, ils étaient ajoutés à la section de ceux retenus pour un total de 15.

Extraction des résultats

Pour extraire les résultats de ces articles, les études ont été lues à multiples reprises. Un tableau d'extraction des données a été réalisé pour classer les informations. Celui-ci contenait le devis de l'étude, l'échantillon (sexe, âge, nombre), l'objectif, l'intervention utilisée, les instruments de mesure utilisés et les principaux résultats de chacune des études.

Figure 1

Diagramme de flux de la recension des écrits



Résultats

Cette section présente les principaux résultats issus de la recension des écrits scientifiques des études quantitatives et qualitatives portant sur les interventions familiales auprès des adolescents présentant un TCA, principalement l'anorexie mentale. Elle s'articule autour de quatre axes. Les retombées de l'implication de la famille sont tirées des recherches qui ont utilisé les interventions décrites plus tôt. Dans un premier temps, les études retenues sont présentées. Dans un deuxième temps, les effets sur les jeunes sont présentés, suivis de ceux sur leur famille, puis les facteurs qui les influencent sont décrits.

Description des études retenues

Quinze études portant sur les interventions familiales auprès des adolescents présentant un TCA ont été retenues, portant principalement sur le TCA non spécifié ou l'anorexie mentale. Les travaux proviennent de plusieurs pays, notamment la Suisse, la Norvège, le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Espagne, l'Autriche et l'Allemagne. Les trois études qualitatives retenues ont utilisé l'analyse narrative, l'analyse thématique ou l'étude de cas. Sur les 12 études quantitatives retenues, la majorité a utilisé un devis quasi expérimental ($n = 9$) avec des mesures répétées avec ou sans groupe témoin. Deux études ont été menées à l'aide d'un devis randomisé ($n = 2$) et une étude a utilisé un devis post-test à groupe unique ($n = 1$). La plupart des recherches ont été menées auprès de la clientèle adolescente et leurs parents ($n = 12$), sinon elles ont été réalisées avec seulement la participation des parents qui ont un adolescent avec un TCA non spécifié ou d'AM ($n = 3$).

Toutes les études abordent les effets d'impliquer les parents dans le traitement des adolescents qui ont un TCA, tant sur le plan individuel, parental et familial. Les principales caractéristiques et les principaux résultats des études quantitatives ont été synthétisés dans le tableau 1 (voir l'appendice A). Concernant les recherches qualitatives, le résumé de celles-ci se retrouve à l'appendice B.

Effets sur les adolescents

Les paragraphes suivants présentent les effets observés chez les jeunes avec un TCA à la suite des interventions familiales étudiées.

Condition physique

En ce qui concerne la condition physique, les indicateurs les plus fréquemment documentés concernent le poids et l'indice de masse corporelle (IMC). Certaines études incluent également des paramètres physiologiques.

Évolution du poids. Douze études font état d'une hausse du poids chez les adolescents après qu'ils ont pris part à une intervention qui inclut la famille ou les parents. Dans le cas des études quantitatives, les tailles des effets varient de modérées à grandes. Ces recherches portaient sur diverses formes d'intervention familiale :

- une approche cognitivo-comportementale intensive (Iniesta-Sepulveda et al., 2017)
- des variantes de la FBT : une intervention familiale partielle basée sur la FBT (Rienecke et al., 2018), un traitement familial dans un service ambulatoire (Halvorsen et al., 2018); la FBT qui inclut des tâches d'exposition de repas familiaux (Hilderbrandt et al., 2014); un programme d'admission familial (FAP) (Fink et al., 2017), un programme familial externe (Rosling et al., 2016);
- des programmes parentaux de groupe : le programme de prévention en ligne E@T (Jacobi et al., 2017)
- l'ajout d'une intervention de groupe à un traitement habituel (Rosello et al., 2021) ;
- l'ajout d'une intervention parentale : programme ECHO (Hodsoll et al., 2017; Salerno et al., 2016), le programme SUCCEAT en atelier ou en ligne (Phillip et al., 2021).

IMC. Quatre études rapportent une augmentation de l'IMC chez les patients traités, dont une comportant des méthodes cognitivo-comportementales (Iniesta-Sepulveda et al., 2017), une en groupe (Rosello et al., 2021), une des interventions parentales (Phillip et al., 2021) et une portant sur une intervention en ligne (Hodsoll et al., 2017). Dans le programme SUCCEAT, une

intervention parentale étudiée par Phillip et al. (2021), les adolescents présentent une hausse du percentile d'IMC à la fin du programme. Ce résultat est observé autant dans la version en atelier qu'en ligne. Dans une des études où les compétences parentales étaient travaillées par l'intervention ECHO ajouté au traitement habituel, l'IMC des adolescents a augmenté 6 mois et 12 mois après leur participation. Les tailles des effets sont modérées pour les études qui les rapportent.

Autres indicateurs physiques. Dennhag et al. (2021) rapportent des changements positifs quant à la fréquence cardiaque et la pression artérielle des jeunes participants. Dans l'étude de Rosling et al. (2016), menée dans un service spécialisé en TCA, plusieurs participantes ont présenté un retour de leurs menstruations, indiquant une amélioration physique chez les adolescentes TCA. Des tailles d'effets petites à modérées sont rapportées.

Symptômes de TCA et évolution du trouble

En ce qui concerne les symptômes alimentaires, la majorité des études recensées rapportent une réduction des comportements restrictifs et une amélioration globale du trouble chez les adolescents atteints.

Comportements alimentaires. Les recherches d'Hilderbrandt et al. (2014) et Iniesta-Sepúlveda et al. (2017) indiquent une diminution des symptômes de TCA, particulièrement au niveau des symptômes alimentaires globaux et des préoccupations alimentaires (Hilderbrandt et al., 2014). Des résultats similaires sont obtenus dans les études utilisant une approche inspirée par le modèle de Maudsley (Halvorsen et al., 2018; Rienecke et al., 2018; Rosling et al., 2016). Les interventions parentales guidées telles que ECHO, E@T, SUCCEAT (Hodsoll et al., 2017; Jacobi et al., 2018; Phillip et al., 2021; Zeiler et al., 2023) et l'intervention brève de groupe (Rosello et al., 2021) rapportent également une diminution des comportements alimentaires inadaptés, et ce, autant dans les versions en ligne que dans les versions en présentiel.

Évolution du trouble. Huit recherches quantitatives abordent les données qui concernent les rémissions, complètes ou partielles, les hospitalisations et les rechutes. Les patients traités par la thérapie multifamiliale de groupe (Denhag et al., 2021), en intervention familiale ambulatoire adaptée de la FBT (Halvorsen et al., 2018) ou en programme familial externe (Rosling et al., 2016) atteignent souvent un état de rétablissement partiel ou complet, en ne répondant plus complètement aux critères de TCA. D'autres études indiquent des effets sur la rémission des patients, sans préciser les proportions exactes de rétablissement (Hilderbrandt et al., 2014 ; Hodsoll et al., 2017; Phillip et al. 2021; Rienecke et al., 2018; Rosello et al., 2021). Du côté de Phillip et al. (2021), le programme de groupe SUCCEAT présente des effets similaires, avec un taux plus élevé de non-rémission dans le groupe en ligne. Les trois études qualitatives rapportent des résultats positifs par rapport au rétablissement du jeune TCA (Berends et al., 2018; Fink et al., 2018; Podlipski et al., 2019).

Hospitalisations. Deux études abordent les hospitalisations à la suite des interventions. Dans celle d'Halvorsen et al. (2014), 14 patients ont dû être réadmis à l'hôpital en raison d'une rechute du trouble. Rosling et al. (2016) rapportent quant à eux sept hospitalisations après l'intervention.

Santé mentale et fonctionnement global

En ce qui concerne l'état mental des adolescents participants, les symptômes dépressifs et anxieux ont été documentés. Le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie rapportée ont également été évalués.

Symptômes dépressifs et anxieux. La recherche d'Hilderbrandt et al. (2014) fait état d'une diminution des symptômes dépressifs et anxieux rapportés par les adolescents et par leurs parents. À l'inverse, l'étude de Rienecke et al. (2018) utilisant le même type d'approche relève une hausse des symptômes dépressifs, malgré une amélioration des symptômes alimentaires. Iniesta-Sepulveda et al. (2017) obtiennent des résultats semblables, mais l'amélioration n'est pas significative quant à l'état anxieux général de l'adolescent. Des résultats comparables sont

observés dans le programme SUCCEAT (Phillip et al., 2021), bien que les réductions des symptômes plus spécifiques ne soient pas significatives. L'ajout du programme ECHO au traitement habituel (Hodsoll et al., 2017) entraîne une légère diminution du stress et de l'anxiété.

Fonctionnement psychosocial. Une seule étude souligne une amélioration du fonctionnement psychosocial chez les patients après avoir reçu l'un des programmes recensés. Hodsoll et al. (2017) rapportent une progression dans le fonctionnement social des adolescents six mois après le programme, ce résultat étant plus significatif chez les jeunes dont les parents ont participé au groupe ECHO.

Qualité de vie. Phillip et al. (2021) observent une amélioration de qualité de vie, bien que l'effet ne soit pas significatif pour la version en ligne du programme SUCCEAT. Dans le même sens, une amélioration de la qualité de vie est observée pour les participants à l'intervention de type cognitivo-comportemental (Iniesta-Sepúlveda et al., 2017).

Effets sur les parents et la famille

Les résultats sur les parents et la famille portent sur la charge et le stress parentaux, les compétences parentales ainsi que sur la dynamique familiale.

Réduction de la charge et du stress parentaux

Trois études portent sur la charge parentale objective et subjective liée au TCA de leurs adolescents. L'intervention sur les compétences parentales ECHO rapporte une réduction du temps consacré auprès de leur adolescent anorexique par le parent (Hodsoll et al., 2017). L'étude de Denhag et al. (2021) relève une diminution de la charge liée à la nutrition et du sentiment de culpabilité. Des résultats semblables pour la charge parentale complète du parent sont observés dans l'étude de Zeiler et al. (2023) portant sur le programme SUCCEAT. Une étude (Salerno et al., 2016) rapporte que les parents sont moins affectés par la détresse du patient TCA après l'intervention parentale ECHO, contrairement à ceux qui ont reçu le traitement habituel. Enfin,

deux études rapportent une amélioration de la santé mentale des parents (Hodsoll et al., 2017 ; Zeiler et al., 2023).

Compétences parentales

Différentes études rapportent des effets sur les compétences parentales, notamment, une étude quantitative rapporte que les parents présentent une amélioration de leur sentiment d'efficacité perçu dans leur gestion du TCA de leur enfant, soit celle de Rienecke et al. (2018). Une autre étude qualitative qui utilise le FAP rapporte que la famille se sentait davantage en confiance dans ses interventions auprès de l'adolescent TCA (Fink et al., 2017). Trois études abordent une réduction des comportements adoptés par le parent qui peut maintenir le trouble alimentaire, tels que des comportements inappropriés (Denhag et al., 2021) et des comportements d'accommodation (Hodsoll et al., 2017). Pour le programme SUCCEAT, il y a eu une amélioration des compétences parentales perçues par les parents (Zeiler et al., 2023). Enfin, grâce à l'intervention partielle familiale, les mères ont diminué leur surimplication auprès de l'adolescent TCA en plus du fait que les deux parents aient réduit les critiques envers lui (Rienecke et al., 2018). Ce résultat est également rapporté dans l'étude de Zeiler al. (2023).

Dynamique familiale

Deux études qualitatives rapportent une amélioration des relations familiales à la suite des interventions. Fink et al. (2017) observent une communication plus ouverte et de meilleures interactions entre les membres de la famille après avoir participé au programme d'admission familiale (FAP). Berends et al. (2018) notent une collaboration accrue entre les parents, l'adolescent et les professionnels de la santé grâce à l'utilisation du *Guideline Relapse Prevention* (GRP). Fink et al. (2017) rapportent qu'avant l'intervention, les familles vivaient une rupture et des tensions importantes autour du trouble alimentaire. Après le programme, les participants décrivent une diminution des conflits et une amélioration du climat familial. Une étude décrit un effet positif sur les rituels familiaux. Podlipski et al. (2019) soulignent que le repas thérapeutique a permis à la famille de reprendre un rituel commun, soit le repas pris en famille quotidiennement.

Facteurs qui influencent les effets

Les études recensées permettent d'identifier certains éléments susceptibles d'influencer les effets des interventions impliquant les parents.

Types de programmes. Généralement, toutes les études rapportent des résultats positifs, et ce, peu importe le type de programme (Denhag et al., 2021; Halvorsen et al., 2018; Hilderbrandt et al., 2014; Iniesta-Sepulveda et al., 2017; Jacobi et al., 2018; Rienecke et al., 2018; Rosello et al., 2021; Rosling et al., 2016). Les interventions portant sur les compétences parentales (SUCCEAT et ECHO), bien qu'elles visent principalement les parents, présentent des améliorations tant chez les adolescents que les parents (Hodsoll et al., 2017; Phillip et al., 2021; Salerno et al., 2016; Zeiler et al., 2023).

Format de l'intervention. Une étude compare un format en ligne et en présentiel. Dans SUCCEAT, Phillip et al. (2021) rapportent des améliorations dans les versions en ligne et en présentiel, bien que certains effets soient moins marqués en ligne. Deux études comparent leur programme au traitement habituel (TH). ECHO (Hodsoll et al., 2017) réduit davantage les symptômes alimentaires et le temps investi par les parents que le TH. Salerno et al. (2016) indiquent que la détresse accrue du jeune n'augmente pas celle des aidants, contrairement au TH.

Intensité et durée du soutien. Berends et al. (2018) décrivent un suivi pouvant s'étendre sur 18 mois dans le cadre du GRP, perçu comme soutenant le maintien des acquis. Les programmes plus intensifs, comme le FAP (Fink et al., 2017), rapportent que le suivi intensif était un facteur facilitant.

Prédicteurs des résultats. Rosling et al. (2016) rapportent qu'un IMC plus élevé au début de l'intervention est associé à de meilleurs résultats au suivi. Dans l'étude de Salerno et al. (2016), c'est plutôt le changement dans la détresse du patient qui est un prédicteur significatif du changement dans l'IMC durant l'intervention ECHO.

Discussion

Cet essai visait à documenter les effets des interventions impliquant les parents ou la famille dans le traitement des TCA au-delà de la TBF classique. L'analyse de 15 études quantitatives et qualitatives provenant de plusieurs pays occidentaux révèle des constats convergents et encourageants quant à l'efficacité de diverses modalités d'implication parentale. Les résultats démontrent que l'implication familiale, quelle que soit sa forme, favorise la restauration physique des adolescents, s'accompagne d'une réduction des symptômes alimentaires et d'un taux appréciable de rémissions partielles ou complètes, bien que les effets sur la santé mentale apparaissent plus variables. Au-delà des bénéfices pour les adolescents, ces interventions génèrent des retombées positives pour les parents eux-mêmes, notamment en termes de réduction de la charge parentale et d'amélioration du sentiment d'efficacité parentale et de la dynamique familiale. Cette discussion analysera ces effets, explorera les mécanismes explicatifs possibles, examinera les facteurs qui modulent l'efficacité des interventions et dégagera les implications pour la pratique psychoéducative au Québec.

Effets sur les adolescents

La majorité des études recensées rapportent une amélioration de la condition physique des adolescents et une réduction des symptômes globaux associés au TCA, incluant des rémissions partielles ou complètes (Dennhag et al., 2021; Fink et al., 2017; Halvorsen et al., 2018; Hilderbandt et al., 2014; Hodsoll et al., 2017; Phillip et al., 2021; Rieneke et al., 2018; Rosello et al., 2021). Cette consistance, malgré la diversité des approches utilisées, suggère que l'ingrédient thérapeutique central réside dans l'implication parentale elle-même. Plusieurs mécanismes pourraient expliquer cette efficacité. D'abord, en outillant les parents en clarifiant leur rôle dans la prise en charge du trouble, ils sont en mesure d'appliquer des stratégies concrètes au quotidien pour réduire les comportements de TCA de l'adolescent. Puis, cette implication permet une continuité des interventions dans le milieu de vie. Cette réduction de la détresse des parents améliore la dynamique familiale, contribuant aux effets bénéfiques observés. Par ailleurs, dans la

FBT-E (Hilderbrandt et al., 2014), la réduction des symptômes de TCA est plus significative au niveau des préoccupations alimentaires, notamment celles associées aux aliments et situations redoutés. Ce résultat pourrait être lié à l'intégration de la composante de l'exposition, car cette intervention vise une réduction graduelle de l'anxiété (Goulet, Ngô et Chaloult, 2024).

Toutefois, la restauration physique ne s'accompagne pas systématiquement d'une amélioration du bien-être psychologique. Par exemple, la modalité en ligne du programme SUCCEAT ne rapporte aucune amélioration significative au niveau de la qualité de vie et des symptômes psychopathologiques des patients malgré une augmentation de l'IMC dans ce groupe (Phillip et al., 2021). En revanche, l'étude de Salerno et al. (2016) révèle que la diminution de la détresse du patient constitue un prédicteur significatif du changement de l'IMC lors de l'intervention ECHO, soulignant l'interdépendance possible entre les dimensions physique et psychologique du rétablissement.

Effets sur les familles

Les interventions recensées génèrent des effets bénéfiques sur le vécu parental, incluant une réduction de la charge et du stress, une amélioration des compétences parentales liées et une transformation de la dynamique familiale (Rienecke et al., 2018; Salerno et al., 2016; Zeiler et al., 2023). Les études qualitatives enrichissent cette compréhension en révélant que les participants perçoivent une amélioration du soutien parental et des relations familiales (Berends et al., 2018; Fink et al., 2017; Podlipski et al., 2019). Ces constats soulignent l'importance du soutien offert à la famille afin d'améliorer le climat familial et de soutenir le processus de rétablissement de leur adolescent (Dennhag, Henje et Nilsson, 2019).

Facteurs d'influence

Plusieurs facteurs semblent moduler l'efficacité des interventions familiales. Concernant le format, la comparaison des versions en ligne et en présentiel du programme SUCCEAT (Phillip et al., 2021) révèle des effets moins prononcés en ligne, notamment sur la qualité de vie et les taux de rémission, possiblement en raison d'une intensité et d'un encadrement moindres.

Les interventions externes montrent également des effets plus modestes (Rosling et al., 2016), probablement liés à une intensité réduite comparativement aux programmes internes. Par ailleurs, l'étude de Berends et al. (2018) met en évidence que, bien qu'une intervention structurée de prévention des rechutes soit proposée après l'hospitalisation, son utilisation demeure variable, soulignant que le niveau de suivi réellement offert aux familles peut différer selon les contextes. Enfin la modalité de groupe incluse dans plusieurs programmes, dont l'intervention multifamiliale (Denhag et al., 2021), l'intervention en ligne (Jacobi et al., 2018) et le groupe parental (Rosello et al., 2021), offre l'avantage du soutien mutuel entre familles. En ce sens, Thibeault et al. (2022) soulignent que ces échanges entre familles contribuent à réduire leur sentiment d'isolement, à se sentir soutenus et améliorent leur sentiment de compétence parentale.

Analyse comparative des modalités d'interventions

Les interventions recensées se déclinent en plusieurs modalités. Les variantes de la TBF (Fink et al., 2017; Halvorsen et al., 2018; Hilderbrandt et al.; 2014; Rienecke et al., 2018; Rosling et al., 2016) démontrent des résultats positifs dans différents contextes. L'approche d'Iniesta-Sepúlveda et al. (2017) se distingue en intégrant des principes de TCC, notamment l'exposition, permettant aux parents d'appliquer directement ces stratégies auprès de leur enfant en réduisant les préoccupations alimentaires du jeune et de prévenir les rechutes sans reposer uniquement sur leur adolescent. Les deux programmes axés sur le développement des compétences parentales tels que SUCCEAT (Phillip et al., 2021; Zeiler et al., 2023) et ECHO (Hodsoll et al., 2017; Salerno et al., 2016) présentent des résultats généralement positifs malgré l'implication moindre de l'adolescent. D'ailleurs, ces deux programmes peuvent se distinguer par leur accessibilité et leur faisabilité, comme souligné par plusieurs auteurs (Phillip et al., 2024; Ruiz et al., 2023; Tantillo et al., 2020).

Enfin, les interventions de prévention des rechutes (Berends et al., 2028; Podlipski et al., 2019) utilisent deux stratégies différentes : un guide où la famille crée un plan de prévention (Berends et al., 2018) ou un repas familial thérapeutique structuré pour soutenir la sortie de l'hôpital (Podlipski et al., 2019). L'efficacité de ces stratégies stipule l'importance de généraliser

les acquis afin de faciliter cette transition critique après le traitement, une période vulnérable aux rechutes (Khalsa et al., 2017).

Facteurs d'efficacité communs

Plusieurs facteurs d'efficacité communs émergent des interventions recensées. La restauration du rôle parental comme acteur de changement apparaît centrale, toutes les interventions positionnant les parents comme un acteur actif. La psychoéducation contribue à offrir une meilleure compréhension des symptômes et comportements associés au TCA, permettant aux parents d'adopter des interventions et des réactions plus appropriées (Denhag et al., 2021; Halvorsen et al., 2018; Hodsoll et al., 2017; Iniesta-Sepúlveda et al., 2017; Jacobi et al., 2018; Phillip et al., 2021; Rosello et al., 2021). Par ailleurs, plusieurs programmes soutiennent une amélioration de la communication familiale, notamment autour des repas, ce qui contribue à une diminution des tensions (Fink et al., 2017; Berends et al., 2018; Podlipski et al., 2019). La réduction de la culpabilité et du sentiment d'impuissance vécue par les parents représente un élément important, car le parent est en mesure d'adopter une posture plus confiante et cohérente dans ses interventions (Denhag et al., 2021; Hodsoll et al., 2017; Rienecke et al., 2018; Salerno et al., 2016; Zeiler et al., 2023). Enfin, le soutien social, qu'il provienne des professionnels ou des échanges entre parents, apparaît comme un facteur facilitant l'engagement et le maintien des interventions dans le quotidien familial.

Forces et limites

Cette recension présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle documente une diversité d'interventions impliquant les parents, permettant ainsi d'avoir une vue d'ensemble des différentes modalités qui peuvent être utilisées auprès des adolescents atteints de TCA. Ensuite, les études sont récentes, soit publiées entre 2012 et 2023. Cet aspect contribue à recenser des constats d'actualité. Enfin, les contextes géographiques ciblés permettent d'être comparables et généralisables au contexte du Québec. Toutefois, certaines limites doivent être soulignées. L'hétérogénéité des devis de recherche et la variabilité des instruments de mesure utilisés peuvent nuire à la comparaison des résultats dans chaque étude. De plus, l'absence de comparaison

directe entre les modalités recensées restreint la portée des conclusions qu'on peut en tirer. Puis, l'exclusion de certains types d'études, comme le nombre restreint de certaines modalités, représente aussi des limites à considérer dans l'interprétation des résultats. Finalement, il est nécessaire de souligner que les échantillons étaient majoritairement constitués d'adolescentes. Il serait tout à fait pertinent de vérifier si les résultats seraient les mêmes auprès d'une clientèle masculine.

Implications pour les pratiques psychoéducatives

Les interventions recensées offrent des repères cliniques pertinents pour la pratique psychoéducative. Cet essai met en lumière la pertinence d'impliquer les parents dans l'intervention auprès des adolescents touchés par un TCA. Dans la pratique, l'ensemble des opérations professionnelles doivent se baser sur l'adaptation entre les capacités de la personne et les ressources de son environnement (Maïto et al., 2020). En ce sens, en impliquant les parents, le psychoéducateur renforce l'environnement qui vient soutenir les ressources adaptatives de l'adolescent atteint de TCA. Cette implication parentale s'inscrit directement dans les fondements de la psychoéducation, qui vise à soutenir l'adaptation de la personne en tenant compte de son environnement immédiat.

Plusieurs approches décrites reposent sur des stratégies quotidiennes concrètes directement dans le milieu de vie de l'adolescent, entre autres lors des repas, des routines et des interactions familiales. La pratique psychoéducative reconnaît justement le milieu de vie comme un levier central d'intervention, un dispositif même recommandé pour les psychoéducateurs travaillant avec la clientèle de TCA (Aimé et Lopes, 2020). En utilisant des moments de vécu éducatif partagé, tels que les repas ou les activités quotidiennes comme contextes d'apprentissage et d'accompagnement, le psychoéducateur peut soutenir l'expérimentation de comportements plus adaptés et faciliter la généralisation des apprentissages.

De plus, l'évaluation psychoéducative permet de mieux comprendre les capacités d'adaptation des parents et de l'adolescent (Ordre professionnel des psychoéducateurs du Québec, 2025), ce qui leur permet de planifier leur intervention. En ce sens, cet essai montre qu'il y a plusieurs autres types d'intervention que le TBF qui sont bénéfiques. Ainsi, le psychoéducateur se doit d'adapter l'approche qu'il utilisera selon les besoins et le contexte familial qu'il a évalué.

Conclusion

Cet essai visait à documenter les effets des interventions impliquant les parents ou la famille dans les traitements des TCA, au-delà de la TBF. L'analyse des études recensées met en évidence des résultats globalement positifs de l'implication parentale, tant sur la restauration physique et la réduction des symptômes alimentaires que l'amélioration des compétences parentales et de la dynamique familiale. Malgré la diversité des modalités d'intervention, les résultats font ressortir un message central : l'implication du parent constitue un levier thérapeutique essentiel, indépendamment du format de l'intervention. Pour conclure, cet essai met en lumière la nécessité de poursuivre les recherches sur le sujet. Ainsi, il sera possible de comparer directement les différentes modalités d'intervention familiale, de documenter les effets à long terme et d'explorer l'adaptation de ces approches au contexte québécois, afin d'optimiser les pratiques auprès des adolescents présentant un TCA et de leurs familles.

Références

- Aimé, A., Maïano, C. et Ricard, M.-M. I. (2020). *Les troubles des conduites alimentaires : du diagnostic aux traitements*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Boehrer, A. É., Guelfi, J. D., Favré, P., Hikmat, W., Hodé, Y., Pull, C.-B., Pull-Erpelding, M.-C. et Sinzelle, J. (2024). *Mini DSM-5-TR : critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G. et Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: Attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S128418>
- Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S. et Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
- Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, H. W. et van Elburg, A. A. (2018). Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1546-1555.
<https://doi.org/10.1111/inm.12456>
- Breton, É., Dufour, R., Côté, S. M., Dubois, L., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E. et Booi, L. (2022). Developmental trajectories of eating disorder symptoms: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Eating Disorders*, 10(1).
<http://dx.doi.org/10.1186/s40337-022-00603-z>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G. et Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, 10. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Lam, P.-Y. et Geller, J. (2021). Parental experiences with their child's eating disorder treatment journey. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00449-x>
- Coret, M., Vyver, E., Harrison, M., Toulany, A., Vandermorris, A. et Agostino, H. (2024). Un guide pour la prise en charge communautaire des troubles des conduites alimentaires en pédiatrie. *Paediatrics and Child Health*, 29(7), 446-462.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxae039>

- Dennhag, I., Henje, E. et Nilsson, K. (2021). Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 29(5), 463-479. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980>
- Dennhag, I., Henje, E. et Nilsson, K. (2021). Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eating disorders*, 29(5), 463-479. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980>
- Fink, K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A., Touyz, S., Baudinet, J. et Madden, S. (2017). Exploring the effects of a family admissions program for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0181-z>
- Goulet, J., Ngô, T. L. et Chaloult, L. (2024). *Guide de pratique portant sur l'exposition*.
- Halvorsen, I., Reas, D. L., Nilsen, J. V. et Rø, Ø. (2018). Naturalistic outcome of family-based inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 141-145. <https://doi.org/10.1002/erv.2572>
- Hildebrandt, T., Bacow, T., Greif, R. et Flores, A. (2014). Exposure-based family therapy (FBT-E): An open case series of a new treatment for anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 470-484. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.006>
- Hodsoll, J., Rhind, C., Micali, N., Hibbs, R., Goddard, E., Nazar, B. P., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Todd, G., Landau, S. et Treasure, J. (2017). A pilot, multicentre pragmatic randomised trial to explore the impact of carer skills training on carer and patient behaviours: Testing the cognitive interpersonal model in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 551-561. <https://doi.org/10.1002/erv.2540>
- Iniesta Sepúlveda, M., Nadeau, J. M., Whelan, M. K., Oiler, C. M., Ramos, A., Riemann, B. C. et Storch, E. A. (2017). Intensive family exposure-based cognitive-behavioral treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psicothema*, 29(4), 433-439. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.372>
- Iniesta Sepúlveda, M., Nadeau, J. M., Whelan, M. K., Oiler, C. M., Ramos, A., Riemann, B. C. et Storch, E. A. (2017). Intensive family exposure-based cognitive-behavioral treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Psicothema*, 29(4), 433-439. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.372>
- Jacobi, C., Hütter, K., Völker, U., Möbius, K., Richter, R., Trockel, M., Bell, M. J., Lock, J. et Taylor, C. B. (2018). Efficacy of a parent-based, indicated prevention for anorexia nervosa: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12). <https://doi.org/10.2196/jmir.9464>

- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D. et Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0145-3>
- Krug, I., King, R. M., Youssef, G. J., Sorabji, A., Wertheim, E. H., Le Grange, D., Hughes, E. K., Letcher, P. et Olsson, C. A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*, 105, 232-241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.015>
- Lin, J. et Guo, W. (2024). The research on risk factors for adolescents' mental health. *Behavioral Sciences*, 14(4). <https://doi.org/10.3390/bs14040263>
- Marcos, Y. Q., Sebastián, M. Q., Aubalat, L. P., Ausina, J. B. et Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199-206.
- Monthuy-Blanc, J. (2019). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire*. Éditions JFD Inc.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=3091488>
- Philipp, J., Franta, C., Zeiler, M., Truttmann, S., Wittek, T., Imgart, H., Zanko, A., Auer-Welsbach, E., Mairhofer, D., Mitterer, M., Laczkovics, C., Schöfbeck, G., Jilka, E., Egermann, W. B., Treasure, J., Karwautz, A. F. K. et Wagner, G. (2021). Does a skills intervention for parents have a positive impact on adolescents' anorexia nervosa outcome? Answers from a quasi-randomised feasibility trial of SUCCEAT. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094656>
- Philipp, J., Franta, C., Zeiler, M., Truttmann, S., Wittek, T., Schöfbeck, G., Mairhofer, D., Mitterer, M., Laczkovics, C., Treasure, J., Karwautz, A. F. K. et Wagner, G. (2024). Acceptability and feasibility of SUCCEAT, an intervention for parents of adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 32(4), 662-675.
<https://doi.org/10.1002/erv.3080>
- Podlipski, M.-A., Laviolle, J., Gonzales, B., Georjgin, C., Leclerc, S., Lasfar, M., Dubos, C., Bazin, K., Gayet, C., Marguet, C. et Gerardin, P. (2015). Le repas familial thérapeutique. Un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles. *Perspectives Psy*, 54(1), 20-29. <https://doi.org/10.1051/pps/2015541020>
- Podlipski, M.-A., Sibeoni, J., Mirkovic, B., Lasfar, M. et Gerardin, P. (2019). Le repas familial thérapeutique auprès des adolescentes souffrant d'anorexie mentale : quels apports cliniques lors de l'hospitalisation ? *Dialogue*, 223(1), 153-170.
<https://doi.org/10.3917/dia.223.0153>

- Tessier, C., Comeau, L., Arcand, L. et Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. (2017). *Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire*. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2895118>
- Rector, N. A. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale : guide d'information*. CAMH.
- Rhind, C., Hibbs, R., Goddard, E., Schmidt, U., Micali, N., Gowers, S., Beecham, J., Macdonald, P., Todd, G., Tchanturia, K. et Treasure, J. (2014). Experienced Carers Helping Others (ECHO): Protocol for a pilot randomised controlled trial to examine a psycho-educational intervention for adolescents with anorexia nervosa and their carers. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 267-277. <https://doi.org/10.1002/erv.2298>
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolesc Health Med Ther*, 8, 69-79. <https://doi.org/10.2147/ahmt.S115775>
- Rienecke, R. D., et Le Grange, D. (2022). The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00585-y>
- Rienecke, R. D., et Richmond, R. L. (2018). Three-month follow-up in a family-based partial hospitalization program. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 26(3), 278-289. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1388665>
- Rosello, R., Gledhill, J., Yi, I., Watkins, B., Harvey, L., Hosking, A., Viner, R. et Nicholls, D. (2021). Early intervention in child and adolescent eating disorders: The role of a parenting group. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 29(3), 519-526. <https://doi.org/10.1002/erv.2798>
- Rosling, A., Salonen Ros, H. et Swenne, I. (2016). One-year outcome and incidence of anorexia nervosa and restrictive eating disorders among adolescent girls treated as out-patients in a family-based setting. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(1), 50-59. <https://doi.org/10.3109/03009734.2016.1141810>
- Ruiz, Á., Quiles, Y., León-Zarceño, E., Quiles, M. J., Roncero, M. et Sanmartin, R. (2024). Assessing the effectiveness and feasibility of the Experienced Carers Helping Others program in relatives of adolescents with eating disorders using an online application format with individual sessions. *Family Process*, 63(4), 2151-2175. <https://doi.org/10.1111/famp.13049>
- Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Tchanturia, K., Lo Coco, G. et Treasure, J. (2016). A longitudinal examination of dyadic distress patterns following a skills intervention for carers of

adolescents with anorexia nervosa. *European Child et Adolescent Psychiatry*, 25(12), 1337-1347. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0859-9>

Statistiques Canada. (2024). *Semaine de sensibilisation aux maladies mentales : regard sur la santé mentale des jeunes*. <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/7109-semaine-de-sensibilisation-aux-maladies-mentales-regard-sur-la-sante-mentale-des-jeunes>

Tantillo, M., Starr, T. et Kreipe, R. (2020). The recruitment and acceptability of a project ECHO® eating disorders clinic: a pilot study of telementoring for primary medical and behavioral health care practitioners. *Eating Disorder*, 28(3), 230-255. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1580125>

Thibault, I., Leduc, K., Tougas, A.-M. et Pesant, C. (2022). Le sentiment de compétence parentale Points de vue de parents sur la valeur ajoutée d'un groupe de soutien dans le traitement des troubles des conduites alimentaires de leur enfant. *Thérapie familiale*, 43(2), 143. <https://doi.org/10.3917/tf.222.0143>

Varela, C., Hoyo, Á., Tapia-Sanz, M. E., Jiménez-González, A. I., Moral, B. J., Rodríguez-Fernández, P., Vargas-Hernández, Y. et Ruiz-Sánchez, L. J. (2023). An update on the underlying risk factors of eating disorders onset during adolescence: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1221679>

Zeiler, M., Philipp, J., Truttmann, S., Wittek, T., Kopp, K., Schöffbeck, G., Mairhofer, D., Auer-Welsbach, E., Staab, E., Karwautz, A. et Wagner, G. (2023). Fathers in the spotlight: Parental burden and the effectiveness of a parental skills training for anorexia nervosa in mother-father dyads. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 28(1), 65. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01597-6>

Appendice A

Tableau 1

Synthèse des caractéristiques et des principaux résultats des 12 études quantitatives sur 15

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
Dennhag, et al. (2021)	24 adolescentes ayant un diagnostic d'anorexie ou de TCA non-spécifié de 13 à 16 ans ($M_{\text{âge}} = 13,91$) et leurs parents (23 mères et 22 pères). Pays : Suisse	Évaluer les impacts d'une thérapie multifamiliale en complémentarité avec le traitement habituelle sur la charge parentale et le rétablissement des patientes.	Quasi expérimental avec pré et post-test	Thérapie multifamiliale complémentaire au traitement habituel ou familial basé sur la thérapie TCC avec ajout de l'approche systémique et constructivisme. Thèmes abordés : gestion de l'alimentation et prise de poids ; limites claires au sein de la famille concernant rôles et tâches ; communication ; développement individuel. Traitement de groupe intensif de quatre jours, suivi de six jours et demi de traitement (environ trois par semestre pendant un an).	<i>Structured Eating Disorder Interview</i> (SEDI) (diagnostic anorexie ou TCA non-spécifié) Poids, grandeur, rythme cardiaque et pression artérielle (données physiques) IMC (prise de poids) <i>The Children's Global Assessment Scale</i> (CGAS) (fonctionnement global de l'adolescent) <i>The Eating Disorders Symptom Impact Scale</i> (EDSIS) (charge parentale objective et subjective)	Amélioration significative des données physiques, du poids, du fonctionnement global et des symptômes de TCA. Diminution significative du nombre de patientes répondant aux critères d'anorexie ou TCA non-spécifié : 13 ne répondent plus aux critères (suggérant un effet modéré à grand). Amélioration de la charge parentale au niveau de la nutrition ($\eta^2 = 0,57$, taille des effets grande), du sentiment de culpabilité ($\eta^2 = 0,32$, taille des effets grande) et des comportements inadaptés des parents ($\eta^2 = 0,10$, taille des effets modéré), et ce, peu importe le statut parental (père ou mère).
Halvorsen et al. (2018)	37 adolescents avec un diagnostic d'anorexie (89,2% de filles; $M_{\text{âge}} = 13,2$) et leur famille (au moins un des deux parents devait participer). Pays : Norvège	Évaluer les effets de l'intervention familiale ambulatoire en milieu hospitalier sur le poids, les symptômes TCA, les comorbidités et les différents services qu'ils ont reçu.	Devis post-test à groupe unique	Intervention familiale ambulatoire adaptée de la FBT Thèmes abordés : établissement de cadres clairs et prévisibles pour les repas avec des quantités adéquates de nourriture à l'hôpital et à la maison. Modalités : participation des patients à des repas quotidiens	Entrevues et questionnaires semi-structurés (variables socio-démocratiques et symptômes TCA) <i>Eating Disorder Examination 16.0</i> (EDE) (critères diagnostic TCA)	Augmentation du poids et retour au poids normal pour 65% des patients. Symptômes du TCA : sur les 33 participants ayant répondu au EDE-Q, 58% ont eu des scores dans les normes et ne présentaient plus de comportements alimentaires

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
				avec leur famille avec le soutien de l'équipe traitante; groupe de parents hebdomadaire; suivi individuel hebdomadaire avec les patients; durée de l'intervention variable selon la durée de l'hospitalisation.	<i>The EDE Questionnaire</i> 6.0 (EDE-Q) (symptômes et comportements TCA) <i>The Clinical Impairment Assessment</i> (atteintes psychosociales) <i>The Mini International Neuropsychiatric Interview version 6.0</i> (troubles de santé mentale) <i>The Beck Depression Inventory</i> (symptômes dépressifs) <i>The State and Trait Anxiety Inventory</i> (anxiété) IMC (prise de poids)	perturbateurs dans les 3 derniers mois; 36% des participants sont entièrement rétablis; 59% des participants ne répondent plus à l'entière des critères diagnostic d'un TCA, 22% répondent aux critères d'anorexie, 5% répondent aux critères de boulimie et 14% répondent aux critères d'un TCA non-spécifié Comorbidités : 43% présentent un ou plusieurs diagnostic comorbides au TCA Hospitalisations : 14 patients ont dû être réadmis à l'hôpital, donc 7 patients qui ont dû l'être à plus d'une reprise. Taille des effets = n. d.
Hildebrandt et al., 2014	10 adolescentes avec un diagnostic de TCA entre 12 et 17 ans ($M_{\text{âge}} = 15,28$). Pays : États-Unis	Évaluer les retombées d'une thérapie familiale avec de l'exposition (FBT-E)	Quasi - expérimental Avec pré et post-test avec mesures répétées et groupe unique	Thérapie familiale avec de l'exposition (FBT-E) Thérapie d'exposition dans le cadre d'une thérapie familiale Modalités : utilisation d'interventions d'exposition pour la peur, l'inquiétude et le dégoût lié au TCA; 20 sessions réparties en 3 modules.	IMC (prise de poids) Entrevue clinique semi-structurée basée sur les critères diagnostiques du TCA du DSM-IV (diagnostic d'anorexie et perception du patient) <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q) (TCA) <i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) (dépression) <i>Screen for Child Anxiety and Related Disorders-</i>	Amélioration du poids et des symptômes de TCA chez toutes les patientes, mais davantage significative pour les symptômes alimentaires globaux et les préoccupations alimentaires. Diminution des symptômes de dépression et d'anxiété rapportés par le patient et le parent. Taille des effets modérée, mais valeur numérique n. d.

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
					<i>Child Version (SCARED)</i> (anxiété) <i>Screen for Child Anxiety and Related Disorders—Parent Version (SCARED)</i> (perception du parent de l'anxiété de l'enfant)	
Hodsoll et al., 2017	149 adolescents (92 % de filles) avec un diagnostic de TCA et leurs parents Groupe contrôle recevant le traitement habituel (TAU) : 50 adolescents et 64 soignants Groupes expérimentaux Intervention ECHO + suivi téléphonique (ECHOg) : 50 adolescents (% de filles n.d.) et 78 soignants TAU + ECHO sans suivi téléphonique : 49 adolescents (% de filles n.d.) et 58 soignants Pays : Royaume-Unis	Établir les effets approximatifs d'ajouter une intervention parentale (ECHO) avec un traitement habituel chez des adolescents avec un trouble d'anorexie	Essai randomisé contrôlé	Traitement usuel avec ajout d'une intervention parentale (ECHO) avec ou sans suivi téléphonique, au rythme du soignant. Thèmes abordés : facteurs de risque + informations sur le TCA; comportements des soignants maintenant le trouble; communication positive et comment prendre soin de soi pour soutenir le soignant dans ses interventions. Modalités de l'ECHOg : 10 suivis téléphoniques de 30 à 60 minutes offerts par d'autres soignants ayant vécu la même chose ou des étudiants en psychologie.	Questionnaire auto-rapporté (informations cliniques : évolution du trouble, diagnostic, poids et grandeurs) Section TCA dans le <i>Development and Well-Being Assessment (DAWBA)</i> (diagnostic de TCA) <i>Short Evaluation of Eating Disorders (SEED)</i> (symptômes TCA) <i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (psychopathologie) <i>Clinical Impairment Assessment 3.0 (CIA)</i> (fonctionnement psychosocial) Depression, Stress and Anxiety Scale-short version (DASS-21) (dépression et anxiété) Entrevue <i>The Client Service Receipt Inventory</i> (analyse des coûts de l'intervention) <i>The Family Questionnaire (FQ)</i> (émotions vécues par le soignant)	Chez les soignants du groupe ECHOg + ECHO en comparaison au TAU : amélioration des compétences dans les groupes ECHO après 12 mois; réduction légère des comportements d'accommodation après 6 mois; aucun résultat au niveau des émotions exprimées; diminution du temps donné aux patients après 12 mois; amélioration minime des symptômes de dépression, de stress et d'anxiété. Aucune différence significative entre le groupe ECHO et ECHOg. Effets chez les patients du groupe ECHOg + ECHO en comparaison au TAU : amélioration de l'IMC dans les groupes ECHO après 6 et 12 mois; diminution des symptômes de TCA; amélioration du fonctionnement social après 6 mois, mais plus significatif dans le groupe ECHO; amélioration maintenue mais écart diminué entre les

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
					<i>The Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders</i> (adaptation de la famille ayant un membre avec un TCA) <i>The Caregiver Skills (CASK) Scale</i> (comportements de soutien par le soignant) <i>Family eating patterns</i> (habitude alimentaire, du poids dans la famille)	groupes; amélioration psychosociale (CIA) observée seulement après 12 mois. Taille des effets petite (valeur numérique n. d.).
Iniesta Sepúlveda et al. (2017)	8 adolescentes avec un diagnostic de TCA de 11 à 15 ans ($M_{\text{âge}} = 14,41$) et leurs parents, principalement leur mère ($n = 6$) ou les deux ($n = 2$). Pays : Espagne.	Évaluer préliminairement une intervention cognitivo-comportementale (CBT) intensive familiale utilisant la prévention des réactions à l'exposition (ERP).	Quasi expérimental pré-post avec groupe unique	Intervention cognitivo-comportementale intensive familiale et prévention des réactions à l'exposition. Thèmes abordés : psychoéducation, réguler les comportements alimentaires; établir le progrès, les obstacles potentiels et la perception du trouble; établir les comportements de maintien du trouble; soutien aux changements et prévention des rechutes. Modalités: 6,5 h par jour, 5 jours par semaine, pour une durée de 15 à 69 jours (selon les patients) où il y a des tâches d'exposition.	<i>Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)</i> (TCA) <i>Yale-Brown-Cornell eating disorders scale (YBC-EDS)</i> (TCA) <i>Clinical Global Impression-Severity (CGI-S)</i> (anxiété) <i>Body Checking Questionnaire (BCQ)</i> (comportements de contrôle) <i>Quick Inventory of Depressive Symptomatology 16-item Self-Report (QIDS-16-SR)</i> (dépression) <i>Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q)</i> (qualité de vie) <i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> (anxiété)	En comparaison avec le pré-test : amélioration du poids et de l'IMC, de leur qualité de vie, des symptômes dépressifs, des traits anxieux, mais aucune amélioration significative de l'état anxieux (taille des effets = n. d.)

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
Jacobi et al. (2018)	66 familles ayant une adolescente entre 11 et 17 ans ($M_{\text{âge}} = 14$) présentant des facteurs de risque et des symptômes d'anorexie et leurs parents. Groupe expérimental : $n = 32$ (participent au programme en ligne) Groupe contrôle : $n = 34$ (participants sur la liste d'attente) Pays : Allemagne	Évaluer l'efficacité d'un programme de prévention en ligne basé avec les parents se nommant E@T en comparaison avec un groupe contrôle sur une liste d'attente. Hypothèse : amélioration des symptômes de l'anorexie (perte de poids, surévaluation du poids et de l'apparence et restriction alimentaire)	Quasi expérimental Devis pré et post-test avec un groupe témoin non équivalent	Programme en ligne adressé aux parents E@T où il y a un groupe de discussion pour les parents, des journaux de suivi hebdomadaires. Thèmes abordés : poids, alimentation et exercices physiques. Modalités : 6 sessions pour les parents accessibles durant 6 semaines; deux appels téléphoniques pour offrir un suivi téléphonique individuel abordant les problèmes d'alimentation, le poids et la silhouette de la fille et l'orientation vers d'autres ressources si nécessaire.	7-item subscale of the <i>EDI-2</i> (TCA) <i>Frost Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-F)</i> (perfectionnisme) 4 questions tirées du <i>Eating Disorder Examination (EDE)</i> (TCA) Expected body weight (EBW) (poids idéal perçu) <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children</i> (périodes passées ou présentes de psychopathologie) <i>Parent Motivation Inventory</i> (motivation et sentiment de confiance des parents)	En comparaison au groupe contrôle : prise de poids plus rapide et plus significative ($d = 0,42$, taille des effets modérée), mais aucune autre différence significative entre les deux groupes.
Phillip et al. (2021)	Les aidants principaux de 102 adolescents de 10 à 19 ans ayant un diagnostic d'anorexie séparés en 2 groupes : Programme en ateliers (WS) : $n = 50$ (89,6% de filles), $M_{\text{âge}} = 14,65$. Programme en ligne (ONL) : $n = 52$ (96% de filles), $M_{\text{âge}} = 15,12$. Pays : Autriche.	Évaluer l'impact sur le patient du programme <i>SUCCEAT</i> en ateliers ou en ligne sur les facteurs de maintien du TCA.	Étude de faisabilité quasi-expérimentale Devis pré et post test avec mesures répétées et groupes parallèles	Programme <i>SUCCEAT (Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders in Austria)</i> Objectifs : diminuer le stress et la charge parentale et à améliorer les capacités des parents et leurs connaissances sur le trouble afin de pouvoir mieux aider leurs enfants. Basée sur le modèle cognitif de maintien interpersonnel, le modèle transthéorique de changement et le modèle antécédent-comportement-conséquence (ABC). Modalités : 2 h par semaine durant 8 semaines avec un	Percentiles IMC (prise de poids) <i>Eating Disorder Examination (EDE)</i> (TCA) <i>Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)</i> (TCA et troubles associés) <i>Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)</i> (motivation aux changements liés aux symptômes du TCA) <i>Youth Self-Report (YSR)</i> (psychopathologie) <i>Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Adolescents (KINDL)</i> (qualité de vie)	Amélioration de l'IMC (taille des effets grande), de la psychopathologie et de la qualité de vie (taille des effets petite à modérée) des patients dans les 2 groupes. Aucune amélioration significative des symptômes du TCA, de la motivation au changement, des symptômes de psychopathologie et de la qualité de vie dans le groupe en ligne. Après 12 mois, la majorité des deux groupes présentaient une rémission complète ou partielle, tandis qu'une proportion plus faible

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
				manuel remis aux parents; version en présence animée par deux intervenants; version en ligne accessible chaque semaine (même contenu que les ateliers) et au manuel.		demeurait en non-rémission. La proportion de non-rémission était plus élevée dans le groupe ONL que dans le groupe WS. Effets un peu plus grands dans la version en ligne, sans différences non significatives
Rienecke et al., 2018	26 patients adolescents (96,2% de filles) ($M_{\text{âge}} = 16,58$) recevant un traitement pour l'anorexie ou un TCA non spécifié de type restrictif et leurs parents (22 mères et 18 pères) Pays : États-Unis	Observer les retombées d'une intervention partielle familiale après 3 mois	Quasi expérimental Devis pré et post-test avec groupe unique	Intervention partielle familiale basée sur les principes de la FBT. Modalités : séance de groupe pour les parents après le déjeuner où ils peuvent ventiler et se consulter mutuellement pour résoudre des difficultés et sessions hebdomadaires avec le psychologue du programme et à une session hebdomadaire pour soutenir leurs capacités; 6 h par jour, 5 jours par semaine.	<i>Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q)</i> (symptômes TCA) <i>Children's Depression Inventory (CDI)</i> <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i> Family Questionnaire (FQ) (émotions parentales exprimées) <i>Parents Versus Anorexia (PVA)</i> (efficacité parentale dans l'implantation de la FBT) Poids	Retombées chez les patients adolescents : augmentation significative du poids et des symptômes dépressifs ainsi qu'une diminution significative des symptômes de TCA. Retombées chez les parents : amélioration des symptômes dépressifs après 3 mois, du sentiment d'efficacité ainsi qu'une diminution des critiques. Retombées chez les mères : diminution de la surimplication de la part de la mère (sans être significatif chez le père). Taille des effets = n. d.
Rosello et al. (2021)	64 parents ayant un enfant âgé de 8 à 18 ans ($M_{\text{âge}} = 14,7$) diagnostiqué avec un trouble d'anorexie ou avec un trouble d'anorexie atypique Pays : Royaume-Uni.	Analyser les impacts d'une intervention brève de groupe auprès des parents dont l'enfant a un trouble d'anorexie directement après l'annonce du diagnostic.	Analyse exploratoire Devis pré et post-test avec groupe unique	Ajout d'une intervention de groupe avec les parents à un traitement habituel offert par 2 praticiens. Thèmes abordés : psychoéducation sur le TCA et mythes; impact du TCA sur la famille ; changements et motivation communication, comportements de maintien.	Poids et grandeur (prise de poids) IMC (prise de poids) <i>Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)</i> (TCA) <i>Children's Global Assessment Scale (CGAS)</i>	Augmentation de l'IMC après 6 semaines et durant le suivi ($d = 0,44$, taille des effets modérée), amélioration des symptômes de TCA et du poids ($\eta^2 = 0,43$, taille des effets grande).

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
				Modalités : thème expliqué par l'animateur et suivi par une discussion guidée; 6 sessions de 1 h 30.	(fonctionnement psychosocial) Beck Depression Inventory pour les 16 ans (symptômes dépressifs) <i>Child Depression Inventory</i> pour les 16 ans	
Rosling et al. (2016)	168 adolescentes âgées de 10 à 17 ans ($M_{\text{âge}} = 13,8$) avec un diagnostic d'anorexie ($n = 31$) ou un TCA non spécifié ($n = 137$). Pays : Suisse.	Évaluer les résultats 1 an après avoir reçu un programme basé sur la famille dans un service spécialisé auprès des TCA et analyser les prédicteurs de ces résultats.	Quasi expérimental Devis pré et post test à groupe unique	Programme familial externe dans un service spécialisé dans les TCA offert par une équipe multidisciplinaire. Modalités : cesser la perte de poids en rétablissant l'horaire des repas (1 à 3 semaines), suppléments nutritifs au besoin (6 à 8 semaines), réintégration scolaire graduelle (plusieurs mois); thérapie cognitivo-comportementale pour la prévention des rechutes.	<i>Eating Disorder Inventory– Children's version (EDI-C)</i> (TCA) <i>Montgomery– Asberg Depression Rating Scale– Self Report</i> (MADRS-S) Poids et grandeur Dossier médical (traitement et médication) Symptômes TCA du DSM-IV <i>Morgan–Russell outcome assessment schedule (MROAS)</i>	Hospitalisation : 7 patientes ont dû être hospitalisées après l'intervention et elles avaient toutes un diagnostic de TCA non spécifié lors du suivi. Amélioration du poids et des menstruations, peu importe le diagnostic initial. Diminution des symptômes dépressifs lors du suivi, peu importe le diagnostic initial. Prédicteur : un IMC élevé augmente les chances d'obtenir un meilleur résultat à l'intervention. Patientes avec un trouble d'anorexie : les patientes ayant uniquement avec un trouble d'anorexie ont toutes pris du poids, 3% des participantes de ce groupe correspondent encore au diagnostic d'anorexie; 21 % des patientes n'ont plus de diagnostic TCA, 76 % répondent aux critères TCA non spécifié de type restrictif. Taille des effets = n. d.
Salerno et al. (2016)	149 dyades d'adolescents âgés de 12 à 21 ans ($M_{\text{âge}} =$	Évaluer l'efficacité de l'intervention ECHO	Étude longitudinale randomisée	Traitement habituel : suivi psychologique et physique qui	Informations cliniques standards (diagnostic, durée de la maladie, poids,	Aucune différence significative sur toutes les mesures entre ECHO et

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
	<p>16,9) ayant un trouble d'anorexie et leurs aidants (souvent les parents) ($n = 225$). Groupe expérimental : intervention ECHO normale ($n = 49$), ECHO avec cocaching (ECHOc, $n = 50$). (90% de fille) Groupe contrôle $n = 50$ (96 % de filles) (traitement habituel). Pays : Royaume-Uni.</p>	<p>sur la détresse entre le patient et son aidant. Évaluer si le changement dans les niveaux de détresse entre le patient et son aidant a un impact sur l'IMC.</p>	<p>Devis pré et post-test avec groupes témoins non équivalent</p>	<p>viser la prise de poids durant au moins 6 mois. Intervention sur les compétences des aidants (Experienced Carers Helping Others ; ECHO) : 5 DVD pour améliorer les compétences des parents auprès de leurs enfants avec un TCA (3 théoriques et 2 pratiques) ECHOc : 5 coachings téléphoniques sur une base régulière d'une durée d'environ 40 minutes.</p>	<p>taille) par auto-déclaration (évolution du diagnostic) IMC et le pourcentage poids/taille (prise de poids) <i>AN-severity index (AN-TSI) of the Short Evaluation of Eating Disorders (SEED)</i> (sévérité du trouble d'anorexie) <i>Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21)</i></p>	<p>ECHOc. Ils ont donc regroupé les deux groupes pour les comparer avec le traitement habituel. Efficacité de l'intervention sur la détresse entre le patient et l'aidant : comparativement au groupe TAU, lorsque les dyades reçoivent l'intervention ECHO, la détresse de l'adolescent n'entraîne pas une augmentation de la détresse chez l'aidant (légère diminution, $d = 0,07$, taille des effets petite). Dans le groupe TAU, la détresse de l'aidant tend à augmenter si la détresse initiale du patient est élevée (taille des effets petite, $d = -0,06$). Impacts sur l'IMC : Dans le groupe TAU, la détresse des patients et des aidants, l'évolution de la maladie et l'âge ne sont pas des prédicteurs du changement dans l'IMC. Dans les groupes ECHO, le changement dans la détresse du patient est un prédicteur significatif du changement de l'IMC durant l'intervention (taille des effets = n. d.).</p>
<p>Zeiler et al. (2023)</p>	<p>91 dyades mères-pères ayant un adolescent (97,8% de filles) ($M_{\text{âge}}$</p>	<p>Évaluer l'efficacité d'un programme de développement des</p>	<p>Quasi expérimental avec pré et post-test</p>	<p>Programme SUCCEAT (Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders in Austria)</p>	<p><i>General Health Questionnaire (GHQ)</i> (détresse psychologique)</p>	<p>Résultats semblables pour les pères et les mères. Réduction des symptômes psychopathologies des parents</p>

Auteurs	Échantillon	Objectifs	Devis	Intervention	Instruments (Variables)	Résultats
	= 14,69) avec un diagnostic d'anorexie. Pays : Autriche	compétences parentales (SUCCEAT).			<i>Eating Disorder Symptom Impact Scale</i> (EDSIS) (charge parentale liée au TCA) <i>Caregiver Skills Scale</i> (CASK) (niveau subjectif des compétences parentales) <i>Family Questionnaire</i> (FQ) (niveau d'émotion exprimée et critique des parents)	(tailles d'effet modérées, $d = -0,48$ à $-0,52$), de la charge liée au TCA ($d = -0,46$, taille des effets modérée) et du surinvestissement émotionnel ($d = -0,61$, taille des effets grande) ; amélioration des compétences parentales ($d = 0,25$, taille des effets petite).

Appendice B

Résumé des trois études qualitatives retenues

Dans le cadre de cet essai, trois études qualitatives ont été retenues. Tous les textes abordent l'expérience de participants à différents programmes qui incluent la famille pour les soutenir dans le TCA de leur adolescent. Seuls les résultats concernant les effets perçus de ces interventions sont résumés dans les paragraphes suivants.

Fink et al. (2017) ont évalué l'expérience de familles ayant participé à un programme d'admission familiale (FAP) à l'aide d'une approche méthodologique mixte incluant une enquête narrative et une analyse phénoménologique interprétative avant et après l'intervention. Dix familles avec des adolescents âgés de 12 à 16 ans (neuf filles et un garçon) ont participé à l'analyse narrative et quatre familles dont quatre adolescents âgés de 12 à 14 ans ainsi que leurs deux parents ont participé à l'analyse phénoménologique. Avant l'intervention, les membres des familles participant à l'enquête narrative ont rapporté une escalade rapide des symptômes du TCA, malgré leurs tentatives de régler la situation. Cela a amené une rupture dans la famille. Les parents présentaient une difficulté à adhérer et à mettre en place la FBT. Durant l'implantation du programme, les familles ont observé qu'elles avaient une meilleure compréhension commune du trouble et que cela facilitait le rétablissement de l'enfant. Après le FAP, huit familles sur dix ont eu davantage de facilité à mettre en place l'intervention FBT. Concernant les participants à l'analyse phénoménologique, leurs motivations à faire le programme étaient liées à la complexité du trouble et au contexte familial difficile. Ils souhaitaient surtout améliorer la situation familiale. Les cliniciens ont rapporté qu'une analyse plus approfondie du fonctionnement familial serait pertinente avant de débiter le programme. Après l'implantation du programme, autant les participants que les cliniciens ont rapporté une amélioration dans le fonctionnement familial et dans le fonctionnement individuel des adolescents. Les membres des familles ont observé qu'ils se sentaient plus en confiance en leurs stratégies pour intervenir auprès du TCA. Les membres des familles et les professionnels ont mentionné que les interactions entre les membres s'étaient améliorées, particulièrement sur le plan de la communication. Les membres des familles ont

rapporté des facteurs facilitant leur implication tels que l'intensité des sessions et la proximité du soutien hospitalier.

Une deuxième étude (Berends et al., 2018) portait sur l'expérience d'utilisation du *Guideline Relapse Prevention (GRP)* auprès de huit adolescentes de 12 à 18 ans ayant un TCA et de leurs parents ($n = 14$). L'objectif du *GRP* était de permettre aux familles d'utiliser des stratégies d'autosoins dans la prévention des rechutes de TCA. Ce guide proposait plusieurs étapes à la patiente et à ses parents afin de réaliser un plan de prévention des rechutes du TCA. Pour soutenir la mise en œuvre du guide, un suivi de 18 mois leur était offert par un professionnel de la santé afin d'assurer le maintien du rétablissement. Le nombre et la fréquence des rencontres variaient selon les besoins et la stabilité de la patiente. Toutefois, la moyenne de rencontres de suivi était de 5,4 dans la recherche. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de toutes les participantes (8 adolescentes, $M_{\text{âge}} = 16,6$) et une analyse thématique des résultats a été effectuée. Les parents ont rapporté une collaboration plus facile entre le jeune, ses parents et les professionnels. Selon les adolescentes participantes, le guide leur a permis d'obtenir davantage de soutien de la part de leurs parents. La démarche du suivi leur a permis de mieux comprendre leurs difficultés et leurs rechutes antérieures, tout en favorisant la généralisation des acquis du *GRP*. Les jeunes ont pu adapter leur plan de rechutes à leurs réalités en y intégrant leurs idées, leurs réflexions personnelles et leurs stratégies déjà utilisées dans le but de prévenir les rechutes. Cependant, différents obstacles à l'implantation du guide ont été rapportés par les participantes, dont une faible utilisation après l'hospitalisation. Les jeunes avaient l'impression d'échouer s'ils utilisaient le *GRP* activement après l'hospitalisation, car, selon elles, elles devraient utiliser des stratégies préventives par eux-mêmes, plutôt que l'outil proposé. Par ailleurs, l'absence d'utilisation du guide par certains professionnels durant le suivi a limité son utilisation ultérieure. En somme, les effets de l'intervention ont été généralement bénéfiques et appréciés positivement pour les familles participantes.

Dans la troisième étude, Podlipski et al. (2019) ont exploré les résultats d'un repas familial thérapeutique dans le cadre d'une étude de cas auprès d'une adolescente de 15 ans ayant

un diagnostic de TCA restrictif et de sa famille. L'intervention comporte trois étapes pour préparer le patient à sa sortie d'hôpital. D'abord, la famille prépare et partage un repas thérapeutique avec l'équipe soignante. Ensuite, les soignants (deux intervenants principaux, un diététicien, d'autres soignants si pertinents et un superviseur) analysent le déroulement du repas à travers un regard systémique. Pour ce faire, ils vont parfois reproduire des scènes s'étant produites à l'aide de mise en scène. Enfin, une rencontre résumée est organisée avec la famille pour partager les observations de l'équipe soignante et partager des pistes cliniques. Selon la patiente et la famille, cette modalité leur a permis de se sentir soutenus dans leur transition après l'hospitalisation. Cette intervention a également permis à la famille de retrouver un rituel qui avait été perdu en raison de la maladie de l'adolescente. Une infirmière a souligné que de participer au repas avec la famille a permis de les accompagner dans la transition à leur sortie de l'hôpital. Ainsi, cet accompagnement permet à la famille de poursuivre les soins pour favoriser le rétablissement du jeune, une fois à l'extérieur du milieu hospitalier.