

Université de Montréal

**La recherche sur le transfert des connaissances pour
améliorer le dépistage et le traitement des troubles du
comportement alimentaire**

par

Laurence Plouffe

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D)
en psychologie recherche et intervention
option clinique

février, 2020

© Laurence Plouffe, 2020

Cette thèse intitulée

La recherche sur le transfert des connaissances pour améliorer le dépistage et le traitement des troubles du comportement alimentaire

Présentée par
Laurence Plouffe

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Marie Achille
Présidente

Tania Lecomte
Membre du jury

Maxime Paquet
Membre du jury

Eve-Line Bussièrès
Examinatrice externe

Christian Dagenais
Directeur

Johana Monthuy-Blanc
Co-directrice

Résumé

Malgré les avancées considérables pour la prévention et le traitement des troubles du comportement alimentaire (TCA) au courant des dernières années, l'accès à des services de qualité demeure limité pour trois principales raisons : 1) certaines caractéristiques de la population qui présente un TCA peuvent être associées à de la stigmatisation et faire en sorte que des personnes dans le besoin ne reçoivent pas de traitement, 2) la présence d'un écart entre les pratiques fondées sur des données probantes disponibles et les pratiques des intervenants et 3) le format utilisé pour disséminer les pratiques fondées sur des données probantes recommandées (i.e. formation de cliniciens aux études supérieures) limite le nombre d'intervenants formés pour intervenir. Devant ces constats, l'étude du transfert des connaissances (TC) représente un incontournable pour faciliter l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les intervenants.

La présente thèse vise à mieux comprendre l'écart présent entre la recherche et la pratique dans le domaine des TCA afin de soutenir l'accès à des traitements démontrés efficaces pour la population. Les principaux objectifs de cette thèse consistent à dresser un portrait des effets de stratégies de TC disponibles (ex: matériels éducatifs, guides de pratique, formations, supervisions), de documenter les déterminants influençant l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les intervenants et d'identifier des applications potentielles en contexte québécois.

La thèse comporte deux articles scientifiques et une discussion critique des résultats issus de ces articles. Le premier article présente une recension systématique des écrits concernant les effets de stratégies de TC existantes et les déterminants influençant l'utilisation par des intervenants et équipes de traitement pour les TCA. Les résultats suggèrent qu'une combinaison de stratégies de TC peut être employée selon les contextes d'intervention pour faciliter l'accès à des services. Peu d'études répertoriées ont identifié des conditions favorables à la prise de décision et au travail interdisciplinaire pour les TCA. L'article propose des pistes de réflexion et d'action pour favoriser l'utilisation par les intervenants tout en tenant compte des défis associés à l'intervention en TCA. Le second article évalue les retombées d'une formation visant l'utilisation de pratiques de dépistage et de référence par des intervenants québécois. Les résultats démontrent une utilisation instrumentale, conceptuelle et persuasive des connaissances par les intervenants et identifie des conditions susceptibles d'influencer cette utilisation.

Cette thèse contribue à l'avancement des connaissances en proposant différentes pistes pour faciliter l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les cliniciens tout au long du processus de prise de décision clinique.

Mots-clés : Transfert des connaissances, pratiques fondées sur des données probantes, évaluation de l'utilisation, équipes interdisciplinaires, troubles du comportement alimentaire

Abstract

Despite considerable recent advances in the field of eating disorders (ED) prevention and intervention, access to quality care is limited because: 1) stigma associated with certain ED characteristics can lead to EDs' going undiagnosed and untreated; 2) healthcare professionals do not always apply available evidence-based practices; and 3) given that knowledge on evidence-based practices is currently disseminated primarily in graduate programs, there are not enough clinicians trained in ED intervention. Thus, the study of knowledge transfer (KT) is vital to facilitate uptake of evidence-based practices by healthcare professionals.

The aim of the present thesis is to better understand the research–practice gap in the field of ED with a view to improving access to evidence-based treatment. More specifically, the aim of this thesis is to document outcomes of KT strategies (e.g. educational materials, clinical guidelines, training workshops, supervision) and conditions influencing healthcare professionals' evidence-based practices. Potential applications for Quebec's intervention context are also of interest.

The thesis consists of two articles and a discussion of main results. The first article documents, in a systematic review, the effects of available KT strategies and conditions influencing evidence-based practices of healthcare professionals and ED treatment teams. The findings suggest a combination of KT strategies might facilitate access to care. Articles reporting conditions that might support decision-making or interdisciplinary work were rare.

In light of known challenges in ED intervention and the findings of this review, recommendations are presented to improve evidence uptake. The second article evaluates the impact of a training workshop on ED screening and referral practices by healthcare providers in Quebec's first-line services. Results indicate that healthcare professionals used evidence-based knowledge in diverse ways (instrumental, conceptual and persuasive use) and under different conditions.

This thesis furthers knowledge by identifying relevant strategies for facilitating healthcare professionals' uptake of evidence-based practices throughout their decision-making processes.

Keywords : Knowledge transfer, evidence-based practice, evaluation use, interdisciplinary teams, eating disorders

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Résumé..... | i |
| Abstract..... | iii |
| Table des matières..... | v |
| Liste des tableaux..... | viii |
| Liste des figures | ix |
| Liste des sigles | x |
| Dédicace..... | xi |
| Remerciements..... | xii |
| 1. Introduction générale | 1 |
| 1.1. Les troubles du comportement alimentaire | 3 |
| 1.2. Données épidémiologiques..... | 6 |
| 1.2.1. Incidence et prévalence de l’anorexie mentale | 7 |
| 1.2.2. Incidence et prévalence de la boulimie | 8 |
| 1.2.3. Incidence et prévalence de l’accès hyperphagique | 8 |
| 1.3. Trajectoires des troubles du comportement alimentaire..... | 9 |
| 1.4. Écart entre les besoins de la population et l’accès à des services | 13 |
| 1.5. Écart entre l’existence de pratiques fondées sur des données probantes et leur utilisation..... | 15 |
| 1.6. Limites du modèle d’intervention recommandé..... | 17 |
| 1.7. Besoins en matière de transfert des connaissances..... | 21 |
| 1.8. Effets de stratégies de transfert des connaissances | 22 |
| 1.9. Déterminants de l’utilisation des connaissances..... | 22 |
| 1.9.1. Caractéristiques de la stratégie de transfert des connaissances | 23 |
| 1.9.2. Caractéristiques de la connaissance transférée..... | 23 |
| 1.9.3. Caractéristiques des utilisateurs | 24 |
| 1.9.4. Caractéristiques du contexte organisationnel..... | 24 |
| 1.9.5. Caractéristiques des chercheurs | 25 |
| 1.10. Évaluation d’une formation pour le dépistage des TCA | 27 |

| | |
|---|------------|
| 1.11. Objectifs de la thèse | 28 |
| 1.12. Références citées dans l'introduction générale..... | 30 |
| 2. Méthodologie | 39 |
| 2.1. Recension des stratégies et conditions de TC (article 1)..... | 39 |
| 2.2. Évaluation d'une formation pour le dépistage (article 2)..... | 41 |
| 2.3. Références citées dans la méthodologie | 46 |
| 3. Présentation des articles..... | 47 |
| 3.1. Article 1 | 48 |
| Abstract..... | 48 |
| Introduction..... | 49 |
| Method | 53 |
| Results | 55 |
| Discussion..... | 73 |
| References | 85 |
| 3.2. Transition entre le premier et le second article de la thèse..... | 92 |
| 3.3. Article 2 | 94 |
| Résumé..... | 94 |
| Introduction..... | 95 |
| Méthode..... | 102 |
| Résultats..... | 106 |
| Discussion..... | 115 |
| Références | 122 |
| 4. Discussion générale | 126 |
| Contributions de l'article 1 | 126 |
| Contributions de l'article 2 | 129 |
| Pistes de réflexion et d'action pour la pratique..... | 133 |
| Forces et limites de la thèse..... | 146 |
| Considérations pour les recherches futures..... | 151 |
| 5. Conclusion | 153 |
| 6. Références citées dans la discussion générale et la conclusion | 156 |

| | |
|--|-------|
| Annexe 1. Exemple d'outils distribués aux participants : Grille de comportements observables | |
| Annexe 2. Mixed Methods Appraisal Tool..... | iii |
| Annexe 3. Formulaire de consentement à la recherche | i |
| Annexe 4. Nombre de participants par profession ayant complété chaque étape de l'étude..... | v |
| Annexe 5. Questionnaire de réactions | vii |
| Annexe 6. Questionnaire de connaissances | xii |
| Annexe 7. Questionnaire mesurant l'intention d'utiliser les connaissances..... | xvii |
| Annexe 8. Description des construits relatifs à la théorie du comportement planifié et instructions pour la cotation..... | xxii |
| Description détaillée des construits relatifs à la théorie du comportement planifié | xxiii |
| Annexe 9. Grille d'entrevue..... | xxv |
| Annexe 10. Liste des références ayant servi à construire la formation pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire..... | xxx |
| Annexe 11. Tableau comparatif (participants VS non-participants aux entretiens semi- structurés)..... | xxxiv |

Liste des tableaux

Article 1

| | |
|----------------|----|
| Table 1 | 61 |
| Table 2 | 70 |
| Table 3 | 72 |
| Table 4 | 79 |
| Table S1 | 81 |

Article 2

| | |
|----------------|-----|
| Tableau 1..... | 108 |
|----------------|-----|

Liste des figures

Introduction

| | |
|----------------|----|
| Figure 1 | 14 |
| Figure 2 | 20 |

Article 1

| | |
|----------------|----|
| Figure 1 | 56 |
|----------------|----|

Transition

| | |
|----------------|----|
| Figure 1 | 92 |
|----------------|----|

Article 2

| | |
|----------------|-----|
| Figure 1 | 99 |
| Figure 2 | 104 |

Liste des sigles

CBT-E : Cognitive behavioral therapy for ED

CT: Court terme

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ED : Eating disorders

FBT : Family-based treatment

KT : Knowledge transfer

MCQ : Mauricie et Centre du Québec

MT : Moyen terme

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

TC : Transfert des connaissances

TCA : Troubles du comportement alimentaire

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

Dédicace

Je dédie cette thèse aux personnes ayant un trouble alimentaire, à leurs familles et aux intervenants qui ensemble sont amenés à naviguer dans les périodes d'incertitude.

“Vulnerability is the birthplace of innovation, creativity and change.”

— *Brené Brown*

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier mon directeur de recherche Christian Dagenais pour son écoute et sa confiance. Merci d'avoir cru en ce projet et de m'avoir transmis cette passion qu'est le transfert des connaissances. Un grand merci pour ce soutien précieux tout au long de l'écriture de cette thèse. J'aimerais aussi remercier ma co-directrice Johana Monthuy-Blanc pour sa contribution. Nos échanges m'ont permis de développer mon esprit critique et d'approfondir mes réflexions lors de l'écriture de cette thèse. Merci à vous deux pour les nombreuses révisions d'ébauche et votre patience. Je tiens également à remercier Didier Dupont pour ses conseils.

Je souhaite aussi remercier les intervenant(e)s que j'ai rencontré dans le cadre de ce projet de recherche. Merci pour vos témoignages généreux, vos réflexions éclairantes et votre intérêt envers cette thèse.

Je tiens également à remercier mes superviseur(e)s cliniques qui m'ont accompagnée avec bienveillance dans le cadre de ma formation. Votre soutien a été particulièrement important pour m'aider à cultiver l'auto-réflexivité. Merci spécialement à celle qui a su me soutenir et m'inspirer via son approche authentique et personnalisée.

Un merci spécial à mes collègues, plus particulièrement Marie Soleil qui a généreusement offert de son temps à travers son internat clinique pour réaliser l'accord inter-juge de la recension des écrits. Pour l'énergie contagieuse et le sentiment d'appartenance, je

souhaite aussi remercier l'ensemble des membres de la communauté *Thèsez-Vous?* que j'ai côtoyé. De plus, j'aimerais remercier mes amis avec qui j'ai réalisé des retraites d'écriture plus informelles, soit Ariane, Delphine, Gabrielle et Vincent.

Un grand merci à mes parents et à mon frère Charles pour leur soutien et leur amour. Votre compréhension et vos encouragements ont été particulièrement précieux à travers chaque étape de ce processus. Un merci spécial à mes amis Cindy, Laurence, Marie-Philippe, Martin, Corine, Elizabeth, Sandrine et Maria pour votre soutien.

Enfin, j'aimerais remercier mon conjoint Charles-Étienne pour son amour et son appui. Sa spontanéité, son énergie contagieuse et son écoute m'ont permis de faire face à des périodes d'incertitude et de souligner chaque réussite à travers la réalisation de ce projet. Merci de m'inspirer tous les jours et de me soutenir dans la réalisation de mes rêves.

1. Introduction générale

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) comprenant principalement l'anorexie mentale, la boulimie et l'accès hyperphagique peuvent mener à des conséquences physiques et psychologiques chez les personnes diagnostiquées (Fairburn et Harrison, 2003). Compte tenu qu'un dépistage et une référence rapide à des services sont associés à un meilleur pronostic (Pritts et Susman, 2003), il importe que les intervenants en TCA adoptent les pratiques fondées sur des données probantes disponibles. Une pratique fondée sur des données probantes est décrite comme l'intégration des meilleures données de recherche disponibles à l'expertise clinique ainsi qu'aux caractéristiques, à la culture et aux préférences des patients (traduction libre de *American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006).

Dans le domaine des TCA, l'accès à des services de qualité peut néanmoins être restreint pour trois raisons : 1) certaines caractéristiques de personnes ayant un TCA peuvent faire en sorte qu'elles ne reçoivent pas de traitements (ex : déni de reconnaître la sévérité du trouble, stigmatisation liée au poids ou au sexe de la personne, appartenance à une minorité ethnique associée à une plus faible référence par les intervenants à des services pour les TCA) (Ali et al., 2017; Becker, Franko, Speck et Herzog, 2003; Griffiths et al., 2015; Herman et al., 2014); 2) un écart existe entre les pratiques fondées sur des données probantes disponibles et les pratiques des intervenants (von Ranson, Wallace et Stevenson, 2013) et 3) le format utilisé pour disséminer les pratiques fondées sur des données probantes recommandées (ex :

formation d'intervenants aux études supérieures) limite le nombre d'intervenants formés pour intervenir (Kazdin, Fitzsimmons-Craft et Wilfley, 2017).

Cette thèse vise à mieux comprendre l'écart entre la recherche et la pratique dans le but de favoriser l'accès à des traitements pour la population qui présente un TCA. Afin de documenter davantage le processus menant à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les intervenants, l'étude du transfert des connaissances s'avère pertinente. Le transfert des connaissances (TC) est un processus complexe visant à faciliter l'utilisation de données issues de la recherche par les utilisateurs visés dans le but de promouvoir la santé de la population (Instituts de recherche en santé du Canada, 2014; Tetroe, 2007). La présente thèse cible plus concrètement l'identification des stratégies et outils de TC disponibles (i.e. matériels éducatifs, guides de pratiques, formations disponibles) dans le domaine des TCA et la documentation de leurs effets respectifs sur l'utilisation par les intervenants. Cette thèse a aussi pour objectif d'identifier quelles conditions sont susceptibles de favoriser l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les intervenants afin de permettre un meilleur accès à des traitements pour les TCA. Une attention particulière est portée aux applications potentielles de ces constats en contexte québécois.

Dans un premier temps, les principaux TCA seront décrits en ce qui a trait à leurs critères diagnostiques, aux données épidémiologiques actuelles et aux facteurs susceptibles d'influencer le pronostic. Ces informations sont pertinentes afin de guider la formation d'intervenants pour la prévention, le dépistage et l'intervention en TCA. Dans un deuxième temps, les trois principaux constats mentionnés plus haut pouvant expliquer la difficulté

d'accès à des services de traitement pour les TCA seront détaillés. Dans un troisième temps, les effets de stratégies de TC ainsi que les déterminants susceptibles d'influencer l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes en dehors du domaine des TCA seront présentés. Enfin, les objectifs spécifiques de cette thèse seront énoncés.

1.1. Les troubles du comportement alimentaire

Selon le DSM-5 - Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux – mis à jour en 2013 par la Société américaine de psychologie (American Psychiatric Association, 2013), les TCA comprennent principalement l'anorexie mentale, la boulimie et l'accès hyperphagique. Il existe également d'autres types de TCA répertoriés dans le DSM-5 tels que le pica¹, le mérycisme² et la restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments³. Par souci de synthèse et parce qu'ils sont peu prévalents, ces troubles ne seront pas présentés en détails.

L'anorexie mentale se définit par trois éléments essentiels : (1) une peur intense de gagner du poids, de devenir gros(se) ou un comportement persistant qui interfère avec la prise

¹ Le **pica** se caractérise par une ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles pendant une période d'au moins un mois (American Psychiatric Association, 2015).

² Le **mérycisme** se caractérise par une régurgitation répétée de la nourriture, pendant une période d'au moins un mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée (American Psychiatric Association, 2015).

³ La **restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments** réfère à un manque d'intérêt manifeste pour la nourriture ; un évitement basé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ou une préoccupation concernant un dégoût envers la nourriture. Ce trouble se manifeste par une incapacité à répondre aux besoins nutritionnels et peut être associé à une perte de poids significative, un déficit nutritionnel important, une nécessité d'une nutrition entérale ou une altération du fonctionnement psychosocial (American Psychiatric Association, 2015).

de poids, (2) une perturbation de l'image du corps ou du poids, et (3) une restriction de l'apport énergétique consommé conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique. Le DSM-5 présente deux sous-types à l'anorexie mentale, soit le type restrictif et le type boulimie/purge. Le type restrictif se décrit par une perte de poids due principalement à un régime amincissant, un jeûne, et/ou un exercice excessif. Dans ce cas, au cours des trois derniers mois, la personne n'a pas présenté de crises récurrentes de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire mauvais usage de laxatifs, diurétiques, lavements). Le type boulimie/purge, au contraire, se décrit par la présence de crises de boulimie et par le recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs au cours des trois derniers mois. Le sous-type boulimie/purge se distingue de la boulimie par le fait que les crises de boulimie ne se manifestent pas de manière aussi fréquente.

La boulimie, quant à elle, se définit principalement par la survenue récurrente de crises de boulimie, la présence de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à éviter la prise de poids tels que des vomissements provoqués; un mauvais usage de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou d'autres médicaments; le jeûne et l'exercice physique excessif. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois. Précisons qu'une crise de boulimie est caractérisée par une absorption dans une période de temps limitée, par exemple moins de deux heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. La crise de boulimie est généralement liée à un sentiment de perte de contrôle.

L'estime de soi est alors influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

L'accès hyperphagique ou l'hyperphagie boulimique se caractérise par la présence récurrente de crises de boulimie non-associées à des comportements compensatoires inappropriés et survenant au moins une fois par semaine pendant six mois. Les crises de boulimie sont souvent associées à trois des caractéristiques suivantes : (1) manger beaucoup plus rapidement que la normale, (2) manger jusqu'à ressentir une sensation inconfortable de distension abdominale, (3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim, (4) manger seul par gêne de la quantité absorbée et (5) se sentir dégoûté de soi-même ou très coupable après avoir mangé. Le comportement boulimique est donc généralement accompagné d'une souffrance marquée.

Dans une perspective d'inclusion de la dimensionnalité, le DSM-5 ajoute des niveaux de sévérité qualitativement et quantitativement différents pour le diagnostic de l'anorexie mentale, la boulimie et de l'accès hyperphagique. D'abord, le diagnostic doit spécifier si le trouble est en rémission partielle ou complète. Il comprend également une échelle de sévérité allant de « léger » à « extrême » basée sur la fréquence des comportements inappropriés, la symptomatologie ainsi que le degré d'incapacité fonctionnelle. Pour ce qui est des TCA non-spécifiés, ceux-ci représentent une catégorie pour les troubles qui présentent des symptômes causant une détresse significative ou un dysfonctionnement dans une sphère importante de la vie de la personne, sans pour autant remplir l'ensemble des critères d'un TCA spécifique. (American Psychiatric Association, 2013).

La classification des TCA dans des diagnostics distincts facilite l'évaluation, mais pourrait faire en sorte de limiter la reconnaissance de troubles subcliniques⁴. Suite à la publication du DSM-5, Rosenvinge et Peterson (2015) constatent dans leur recension des écrits sur le sujet une diminution du nombre de personnes diagnostiquées d'un TCA non-spécifié et une augmentation de celles ayant reçu un diagnostic d'anorexie mentale, de boulimie ou d'accès hyperphagique. Au-delà de la classification de ces troubles, l'approche transdiagnostique de Fairburn développée en 2008 suggère en fait que les TCA ont plusieurs caractéristiques en commun. L'ensemble des TCA ont effectivement en commun une préoccupation importante envers le poids, la silhouette et l'alimentation. Alors que ce modèle ne tient pas compte de l'accès hyperphagique, l'enseignement de ce type d'approche a néanmoins le potentiel de soutenir les intervenants à reconnaître l'ensemble des présentations cliniques associées à un TCA.

1.2. Données épidémiologiques

Les TCA débutent généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte et peuvent se manifester d'abord de manière subclinique (American Psychiatric Association, 2013; Stice, Marti, Shaw et Jaconis, 2009). Une étude canadienne met en évidence que 8,2 % des jeunes filles ontariennes âgées de 12 à 18 ans ont recours à des vomissements provoqués pour contrôler leur poids (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson et Rodin, 2001). Plus largement, un sondage réalisé en 2002 auprès de jeunes canadien(ne)s révèle que 28 % de filles âgées entre 14 à 15 ans auraient adopté un comportement de restriction alimentaire dans le but de

⁴ Un trouble subclinique se caractérise par la présence de symptômes qui ne sont pas suffisamment nombreux ou sévères pour rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble donné.

perdre du poids. Les auteurs de cette étude rappellent que les comportements de restriction alimentaire chez les jeunes peuvent être associés à un risque de développer un TCA tel que l'anorexie mentale ou la boulimie (Boyce, 2004). Selon Stice et collègues (2009), la période où les adolescents seraient plus à risque de développer la boulimie et l'accès hyperphagique se situerait entre 17 et 18 ans alors qu'ils seraient plus à risque de développer un trouble purgatif entre 18 et 20 ans. Alors que l'accès hyperphagique débute généralement à l'adolescence ou dans les premières années de l'âge adulte, ce trouble peut aussi débiter plus tard. Les personnes présentant un trouble de l'accès hyperphagique sont généralement plus âgées que les personnes présentant l'anorexie mentale ou la boulimie lorsqu'elles sont à la recherche d'un traitement (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.1. Incidence et prévalence de l'anorexie mentale

Au Canada, le taux d'incidence d'un TCA de type restrictif est estimé à 2,6 par 100 000 enfants âgés de 5 à 12 ans. Dans cette étude canadienne, 62 % des nouveaux cas de TCA restrictifs ont été identifiés par des pédiatres comme rencontrant les critères de l'anorexie mentale (Pinhas, Morris, Crosby et Katzman, 2011). Alors qu'un questionnement demeure à savoir si l'incidence de l'anorexie mentale est en augmentation, certains auteurs proposent des pistes pour expliquer une augmentation apparente des cas d'anorexie mentale comme la présence d'une meilleure détection de ces troubles (Fombonne, 1995). En ce qui concerne la prévalence à vie de l'anorexie mentale, celle-ci est estimée à 0,9 % chez les femmes adultes (Hudson, Hiripi, Pope Jr et Kessler, 2007; Preti et al., 2009) et à 0,3 % chez les hommes (Hudson et al., 2007). Alors que le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) situerait le ratio femmes-hommes à 10:1 pour l'anorexie mentale, une étude souligne la possibilité que

ce trouble soit sous diagnostiqué chez les hommes (Keski-Rahkonen, Raevuori et Hoek, 2008).

1.2.2. Incidence et prévalence de la boulimie

L'incidence pour la boulimie, quant à elle, a été estimée à 300 pour 100 000 femmes âgées de 16 à 20 ans. Pour ce qui est de la prévalence à vie de la boulimie, elle est évaluée entre 0,9 % et 2,3 % chez les femmes ainsi qu'entre 0,1 % et 0,5 % chez les hommes (Hudson et al., 2007; Keski-Rahkonen et al., 2009; Preti et al., 2009). Le ratio femmes-hommes se situerait également autour de 10:1 (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.3. Incidence et prévalence de l'accès hyperphagique

Le taux d'incidence pour des comportements reliés à la compulsion alimentaire a été observé à 10,1 par 1000 femmes et 6,6 par 1000 hommes âgés de plus de 14 ans (Field et al., 2008). Une étude auprès d'une population issue de six pays européens (Espagne, France, Italie, Belgique, Allemagne, Hollande) estime le taux de prévalence à vie de l'accès hyperphagique à 1,12 % (Preti et al., 2009). Chez la population américaine, le taux de prévalence se situerait à 2,8 % (Hudson et al., 2007). Selon le DSM-5, la prévalence de l'accès hyperphagique serait équivalente entre les femmes caucasiennes et les femmes appartenant à une minorité ethnique (American Psychiatric Association, 2013). Elle serait aussi approximativement équivalente entre les hommes et les femmes (Hudson et al., 2007). De plus, une plus grande prévalence de l'accès hyperphagique serait observée chez les personnes cherchant à perdre du poids comparativement à la population générale (American Psychiatric Association, 2013).

Une juste compréhension des intervenants au sujet des facteurs associés au développement d'un TCA (ex : âge d'apparition d'un TCA, le ratio hommes-femmes et l'identification de facteurs de risque tel que l'adoption de régimes) pourrait ainsi favoriser la prévention des TCA. En effet, les programmes de prévention ciblant les personnes susceptibles d'être à risque de développer un TCA (ex : programmes construits sur mesure pour les femmes, offerts aux tranches d'âges plus à risque de développer un TCA) ont été observés comme présentant des effets plus importants sur la diminution de comportements de restriction alimentaire comparativement aux programmes ciblant la population en général (Stice, Shaw et Marti, 2007).

1.3. Trajectoires des troubles du comportement alimentaire

Au-delà de leur prévalence, les TCA inquiètent de par le fait qu'ils peuvent mener à des conséquences physiques ou psychologiques importantes. Par exemple, les personnes présentant l'anorexie mentale peuvent développer des complications médicales telles que des problèmes cardiaques, une perturbation du niveau d'électrolytes, des symptômes gastro-intestinaux, de l'ostéoporose et une érosion de la surface des dents. Parmi les complications caractérisant la boulimie, la perturbation du niveau d'électrolytes et l'érosion de la surface des dents peuvent se présenter chez la clientèle qui a recours fréquemment à des vomissements provoqués, des laxatifs ou des diurétiques (Fairburn et Harrison, 2003). Les complications médicales et le suicide représentent les deux principales causes de décès associées à l'anorexie mentale et à la boulimie (American Psychiatric Association, 2013; Crow, Swanson, Le Grange, Feig et Merikangas, 2014).

En ce qui concerne le trouble de l'accès hyperphagique, ce dernier est notamment associé à un surpoids ou de l'obésité chez l'adulte (Keel et Brown, 2010). Tel que rapporté par Borrell et Samuel (2014), l'obésité peut être liée à un risque de décès prématuré chez les adultes américains (i.e. décès 3,7 ans plus tôt pour les personnes présentant un IMC de 35 kg/m² et plus, toutes causes de mortalité confondues, comparativement à des adultes présentant un IMC entre 18.5 et 25 kg/m²). Toutefois, davantage d'études longitudinales sont néanmoins nécessaires pour déterminer plus précisément le risque de décès pour les personnes qui présentent l'accès hyperphagique (Keel et Brown, 2010). Une revue de la littérature réalisée par Mitchell (2016) suggère qu'un diagnostic d'accès hyperphagique est susceptible d'augmenter la probabilité de présenter des manifestations associées au syndrome métabolique. Toutefois, les résultats des études répertoriées par cette recension des écrits sont à interpréter avec prudence compte tenu que les méthodologies employées ne permettent pas d'établir de lien direct de causalité.

Les TCA sont également associés à des difficultés psychologiques comorbides telles que l'abus de substance, la dépression, l'anxiété et les troubles de personnalité (i.e. trouble de personnalité limite; trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive; trouble de personnalité évitante) (Jordan et al., 2008; Sansone, Levitt et Sansone, 2004). Une faible estime de soi, des traits perfectionnistes, des difficultés de régulation émotionnelle ainsi qu'une insatisfaction de l'image corporelle peuvent aussi être caractéristiques de la population qui présente un TCA (Bardone-Cone et al., 2007; Nowakowski, McFarlane et Cassin, 2013; Peck et Lightsey, 2008). Par exemple, une revue de la littérature réalisée par Nowakowski et collègues (2013) remarque à travers les études ciblées la présence significative d'alexithymie chez les

personnes diagnostiquées d'un TCA comparativement à des groupes contrôles.

Des facteurs associés à la présentation clinique d'un TCA seraient aussi susceptibles d'affecter le pronostic. Par exemple, avoir présenté l'anorexie mentale sur une longue période avant de recevoir un traitement a été identifié comme étant un facteur pouvant affecter négativement le pronostic (Wentz, Gillberg, Anckarsater, Gillberg et Rastam, 2009). Une revue de la littérature compilant 119 études et regroupant 5,590 personnes ayant l'anorexie mentale met aussi en évidence que le recours à des vomissements, des comportements de boulimie ou un abus de laxatifs pour les personnes diagnostiquées d'anorexie mentale sont des composantes associées à un plus faible pronostic. De plus, les auteurs de cette revue de la littérature constatent que parmi les patients survivants, 46 % d'entre eux se seraient entièrement rétablis, un tiers se seraient rétablis partiellement et 20 % auraient présenté de l'anorexie mentale chronique sur le long terme (Steinhausen, 2002). Chez la clientèle adolescente, le pronostic serait plus favorable avec 70 % d'entre eux qui seraient en rémission complète, 10 % qui conserveraient un diagnostic d'anorexie mentale et 20 % qui présenteraient la boulimie ou une forme atypique d'un TCA (Steinhausen, 2009).

Alors que plus de 20 % des personnes diagnostiquées d'une anorexie mentale peuvent continuer de présenter des difficultés associées au TCA à long terme (Fichter et Quadflieg, 1999), les résultats d'une étude réalisée par Fichter et Quadflieg (1997) suggèrent un meilleur pronostic pour celles diagnostiquées d'une boulimie (i.e. 9,6 % des cas présenteraient des difficultés après 6 ans de traitement). Toutefois, l'analyse de 24 études portant sur le rétablissement de la boulimie suggère que 47,5 % des personnes se seraient rétablis de ce

TCA, 26 % de manière partielle et 26 % présenteraient un TCA chronique (Steinhausen, 2009). Des traits de personnalité évitants ou une histoire familiale d'alcoolisme sont des facteurs pouvant néanmoins être liés à un pronostic plus faible pour les personnes présentant une boulimie (Bøgh, Rokkedal et Valbak, 2005; Grilo et al., 2007).

Peu d'études semblent s'être attardées à l'évaluation du pronostic pour les personnes présentant un trouble d'accès hyperphagique. Alors que Agras et collègues (2009) ont observé un taux de rémission de 82 % quatre ans suivant l'évaluation initiale, un taux de rémission de 67% est rapporté par Fichter, Quadflieg et Hedlund (2008) dans les 12 années post-évaluation. Ainsi, les résultats observés par Agras et collègues (2009) pourraient suggérer un meilleur pronostic dans les premières années pour l'accès hyperphagique comparativement à l'anorexie mentale et la boulimie, mais les résultats de l'étude de Fichter et collègues (2008) ne soutiennent pas cette observation. Malgré le fait que peu de facteurs auraient été identifiés comme pouvant expliquer l'évolution de l'accès hyperphagique, la présence de difficultés psychiatriques comorbides semblent toutefois liées à un plus faible pronostic (Fichter et al., 2008).

Ainsi, les difficultés psychologiques comorbides rapportées par les personnes ayant un TCA font en sorte que ces dernières présentent divers besoins qui peuvent avoir une incidence sur le pronostic. Dans ce sens, la complexité des cas a été identifiée par les intervenants en TCA comme une barrière importante au dépistage et à l'intervention (Lafrance Robinson, Boachie et Lafrance, 2013).

1.4. Écart entre les besoins de la population et l'accès à des services

Parmi les défis associés au dépistage et à l'intervention en TCA, une revue systématique de la littérature réalisée par Ali et collègues (2017) identifie le déni de reconnaître la sévérité du TCA comme une barrière à l'accès aux services. D'autres barrières rapportées par Ali et collègues (2017) concernent également la présence d'une faible motivation à changer, une attitude négative envers la recherche d'aide, le peu de soutien de la part de proches pour accéder à des services, les coûts associés aux traitements ainsi que le peu de connaissances quant aux ressources disponibles. Ainsi, les personnes présentant un TCA peuvent présenter une variété de besoins, mais n'ont pas toutes accès de manière équivalente à des services. De plus, une recension systématique réalisée par Hart et collègues (2011) suggère que 23,2 % de personnes rencontrant les critères pour un TCA sont à la recherche d'un traitement.

Plus particulièrement, deux revues de la littérature publiées en 2017 reconnaissent la stigmatisation comme une barrière significative à recevoir un traitement pour les TCA (Ali et al., 2017; Regan, Cachelin et Minnick, 2017). Par exemple, Becker et collègues (2003) observent que les latino-américains et les autochtones ont été significativement moins susceptibles d'être référés pour une évaluation ou un traitement comparativement à des caucasiens et ce, après que les auteurs aient contrôlé pour la sévérité des symptômes de TCA auto-rapportés. De plus, les auteurs de cette étude rapportent que les personnes appartenant à une minorité ethnique étaient moins susceptibles de se faire questionner au sujet de

symptômes associés aux TCA par un médecin. Une autre étude de Herman et collègues (2014) remarque également que des personnes qui n'ont pas été diagnostiquées d'un trouble de l'accès hyperphagique alors qu'elles présentent les caractéristiques de ce trouble affichent un indice de masse corporelle plus élevé comparativement à un groupe de personnes ayant reçu un tel diagnostic. De manière générale, ces personnes auraient aussi rapporté avoir eu l'impression que les professionnels de la santé impliqués présentaient un jugement envers le poids. En outre, les hommes ont été identifiés dans la littérature comme étant davantage susceptibles de ne pas être diagnostiqués d'un TCA. Une raison pouvant expliquer que peu d'hommes reçoivent un traitement pour les TCA concerne la stigmatisation perçue à consulter un service en santé mentale (Griffiths et al., 2015). La figure 1 regroupe les caractéristiques de la population qui peuvent influencer l'accès à des services pour les TCA.

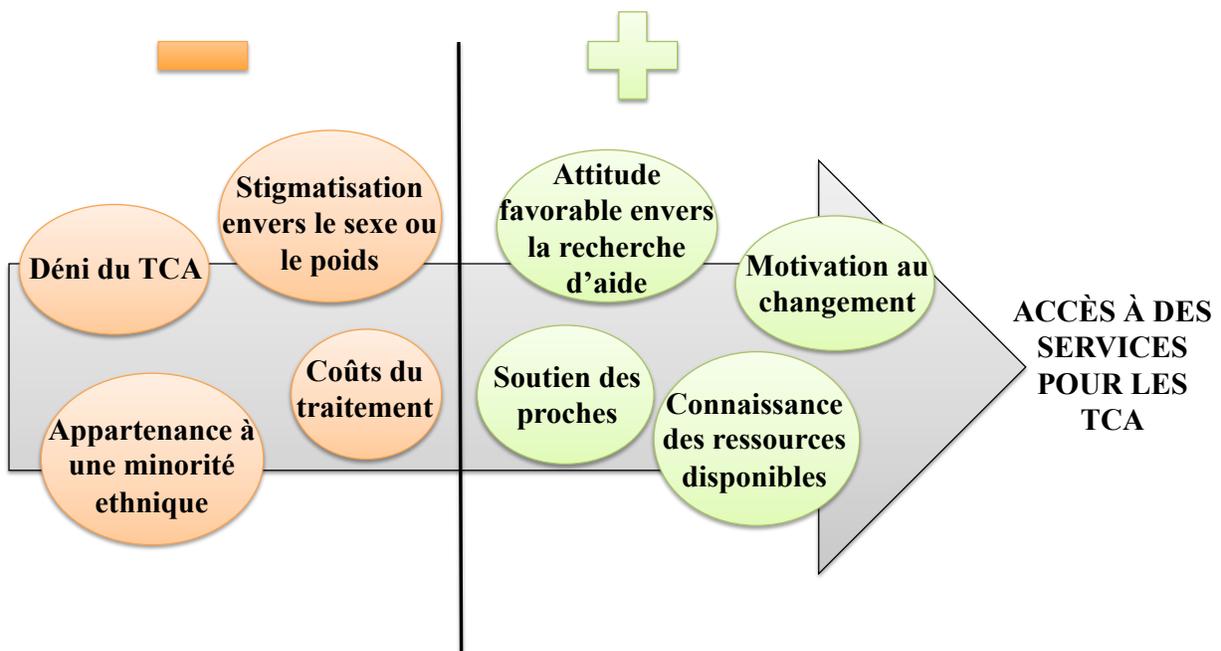


Figure 1. Caractéristiques de la population pouvant influencer l'accès à des services

Ainsi, compte tenu des inégalités d'accès à des services pour les personnes appartenant à une minorité ethnique, le développement d'outils de dépistage valides culturellement et la considération d'un système de classification plus flexible pour les TCA pourraient favoriser le développement de stratégies de prévention culturellement sensibles ainsi que l'accès au traitement (Becker, 2007). Alors que les préjugés relatifs au poids peuvent également influencer le progrès de personnes présentant un TCA, aborder ces préjugés dans le cadre de la formation de professionnels de la santé pourrait aussi s'avérer nécessaire pour améliorer la qualité des traitements offerts (Puhl et Suh, 2015). Dans ce sens, une étude documentant les besoins de psychologues et médecins canadiens révèle que plusieurs cliniciens seraient à la recherche d'opportunités de formation pour le dépistage et l'intervention en TCA (Lafrance Robinson et al., 2013). Parmi les principales barrières pour intervenir, les participants à cette étude identifient entre autres le manque de compétence et de ressources.

1.5. Écart entre l'existence de pratiques fondées sur des données probantes et leur utilisation

Malgré le fait que plusieurs manuels de traitement ou pratiques fondées sur des données probantes soient disponibles pour la prévention et le traitement des TCA, peu de cliniciens semblent en fait les utiliser en pratique (Eisler, Lock et Le Grange, 2010; Fairburn, 2008; National Institute for Health and Care Excellence, 2017; von Ranson et al., 2013). Les pratiques fondées sur des données probantes ont été décrites comme présentant de meilleurs résultats que les traitements usuels. Par exemple, la thérapie familiale pour les adolescents diagnostiqués d'une anorexie mentale aurait produit des résultats plus importants comparativement à d'autres formes de traitements usuels (Lock, 2015). Cependant, entre 6 et

35% de cliniciens rencontrant des personnes qui ont un TCA rapportent adhérer à des protocoles fondés sur des données probantes alors que plusieurs d'entre eux utiliseraient plutôt des approches éclectiques (Tobin, Banker, Weisberg et Bowers, 2007; Wallace et von Ranson, 2011). Alors que l'utilisation d'un manuel de traitement semble être associée à une plus grande adhérence aux techniques recommandées, la charge de travail perçue et le niveau d'anxiété des cliniciens sont aussi des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes (Kosmerly, Waller et Robinson, 2015). De plus, Simmons et collègues (2008) constatent que les cliniciens qui sont à l'affût des pratiques fondées sur des données probantes disponibles et qui ont reçu une formation pour les appliquer ne sont pas nécessairement plus susceptibles de les utiliser. Certains cliniciens n'utiliseraient pas les manuels de traitement car ils seraient considérés comme étant trop rigides pour s'adapter à la clientèle ou peu utiles en pratique (Simmons, Milnes et Anderson, 2008). Von Ranson et Robinson (2006) remarquent également une préférence de certains cliniciens éclectiques à utiliser une intervention davantage en raison de sa flexibilité et de son adaptabilité aux besoins de clients (38.5 % des cliniciens) qu'en raison de son appui empirique (11.5 % des cliniciens). Alors que leur approche peut inclure des pratiques fondées sur des données probantes (i.e. thérapie cognitive-comportementale), celle-ci peut aussi comprendre des pratiques qui n'ont pas été démontrées clairement efficaces à ce jour pour le traitement des TCA telles que le *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Balbo, Zaccagnino, Cussino et Civilotti, 2017; Ranson et Robinson, 2006). Plusieurs personnes présentant un TCA et ayant accès à un service ne recevraient donc pas les traitements recommandés (Hart, Granillo, Jorm, et Paxton, 2011; Kazdin et al., 2017).

Une meilleure compréhension du processus de décision des cliniciens est alors susceptible de favoriser l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes. Dans cette optique, une étude qualitative réalisée par Kimber et collègues (2014) s'est attardée au processus de décision de cliniciens faisant partie d'une équipe de traitement pour les TCA. Plus précisément, l'étude visait à identifier les stades associés à l'utilisation de la thérapie familiale pour les TCA par les membres de l'équipe. Les auteurs rapportent sept stades soit : 1) l'exposition individuelle à un traitement fondé sur des données probantes, 2) l'exposition en équipe au traitement en question, 3) l'évaluation de l'appui scientifique envers le traitement, 4) la décision concernant l'intégration du traitement au programme existant de l'équipe, 5) la participation à une formation visant l'utilisation du traitement, 6) l'utilisation du traitement sous supervision et 7) l'évaluation du traitement une fois intégré dans les pratiques des cliniciens de l'équipe. Ainsi, plusieurs étapes semblent requises pour adopter une pratique fondée sur des données probantes pour les TCA, ce qui limite potentiellement l'utilisation à grande échelle de ces pratiques par les cliniciens.

1.6. Limites du modèle d'intervention recommandé

Plusieurs formes de psychothérapies peuvent être recommandées en fonction du type de TCA, de l'âge ou du sexe de la personne concernée, ce qui peut complexifier la prise de décision des cliniciens. Pour l'anorexie mentale chez les adultes, les principales interventions indiquées concernent la thérapie cognitive-comportementale améliorée, la thérapie selon Maudsley ou la gestion clinique de soutien spécialisé (traduction libre de *Specialist Supportive Clinical Management*) (Fairburn, 2008; National Institute for Health and Care Excellence, 2017). En ce qui concerne les adolescents ou enfants présentant une anorexie mentale, la

thérapie familiale spécifique à l'anorexie représente la psychothérapie recommandée (Eisler et al., 2010; National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

Pour ce qui est des adultes présentant la boulimie, il est suggéré de suivre un programme d'auto-gestion portant spécifiquement sur la boulimie ou une thérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour les TCA. La thérapie familiale appliquée à la boulimie est quant à elle plus indiquée pour les plus jeunes ou enfants présentant la boulimie (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

En ce qui concerne les adultes ou plus jeunes présentant un trouble de l'accès hyperphagique, il est habituellement recommandé qu'ils suivent un programme d'auto-gestion spécifique pour l'accès hyperphagique ou participent à un groupe/thérapie individuelle de type cognitive-comportementale appliquée au trouble (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

De façon générale, il est suggéré de considérer des psychothérapies qui sont sensibles aux enjeux associés à la masculinité lorsque vient le temps d'intervenir auprès d'hommes présentant un TCA. À titre d'exemple, il peut s'avérer pertinent de porter attention à la consommation de stéroïdes chez les hommes présentant un TCA compte tenu que ce moyen peut être employé par ceux-ci pour viser à améliorer leur apparence. De plus amples recherches sont néanmoins nécessaires afin d'identifier les traitements fondés sur des données probantes indiqués pour les hommes présentant un TCA (Greenberg et Schoen, 2008).

De plus, l'ensemble de ces approches psychothérapeutiques semblent difficilement répondre à la demande d'aide livrées dans leur format actuel (Kazdin et al., 2017). Kazdin et collègues (2017) remarquent que le format actuel de dissémination d'un traitement pour les TCA rencontre souvent les conditions suivantes : 1) des séances en personne offertes en individuel, en couple ou en famille, 2) un traitement livré par un professionnel en santé mentale formé aux études supérieures (maîtrise ou doctorat) et 3) des rencontres ayant lieu à une clinique, en bureau privé ou à un établissement de soins de santé. Compte tenu de ce format de dissémination, la formation d'un plus grand nombre de professionnels s'avère nécessaire pour rejoindre davantage de personnes présentant un TCA. Toutefois, il ne peut être attendu que cette stratégie réponde à elle seule à la demande de personnes demeurant par exemple dans des régions géographiquement éloignées (Kazdin et al., 2017).

Au courant des 30 dernières années, les écrits identifient également la collaboration et le travail interdisciplinaire entre professionnels provenant de disciplines différentes (ex : médecine, nutrition, psychologie, etc.) comme étant particulièrement indiquée pour le traitement des TCA (DeJesse et Zelman, 2013; García de Amusquibar, 2000). Le travail multidisciplinaire correspond à un travail en équipe de professionnels qui proviennent de différentes disciplines. Dans cette approche, chaque intervenant est autonome et travaille en parallèle sur différents aspects d'un projet (Collin, 2009; Mallon et Bunton, 2005). Toutefois, la présence de désaccords quant aux objectifs de traitement, l'ambiguïté ou les conflits au sujet du rôle qu'occupe chacun des professionnels au sein de l'intervention et un manque de communication entre les professionnels impliqués représentent des défis pour l'équipe de traitement en TCA (DeJesse et Zelman, 2013). La collaboration interdisciplinaire vise ainsi à

ce que les intervenants se concertent pour coordonner leurs interventions afin de répondre à un problème commun (Collin, 2009; Mallon et Bunton, 2005). L'accès à des formations professionnelles pour favoriser le travail interdisciplinaire est requis pour adresser les conséquences physiques et psychologiques des TCA (Heath et al., 2013), mais le nombre de professionnels formés pour intervenir peine déjà à rejoindre l'ensemble de la population présentant un TCA compte tenu du format actuel de dissémination des traitements. Dans ce contexte, il s'avère pertinent d'utiliser différentes stratégies de dissémination pour à la fois offrir des services de qualité, mais aussi favoriser l'accessibilité à des traitements en TCA pour les personnes actuellement non desservies (Kazdin et al., 2017).

La figure 2 ci-dessous résume les principaux facteurs - connus à ce jour - qui sont à l'origine de l'écart entre les pratiques fondées sur des données probantes disponibles et celles adoptées par les cliniciens en TCA. Davantage d'études sont toutefois nécessaires pour documenter l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes et l'accès à des services pour la population.

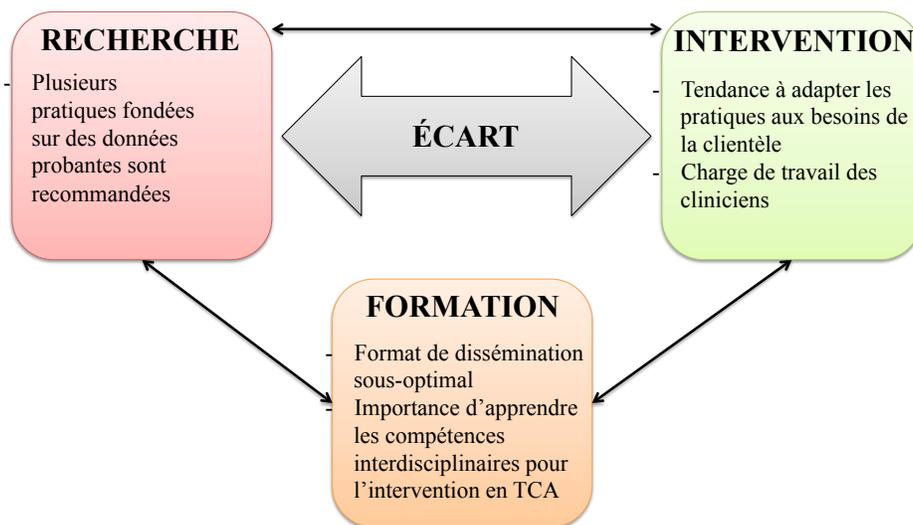


Figure 2. Facteurs expliquant l'écart observé entre la recherche et la pratique

En ce qui concerne ceux qui ont accès à un traitement, les effets de l'intervention reçue sont également susceptibles de varier en fonction de certaines conditions. Plus de 200 études soulignent notamment l'influence de l'alliance thérapeutique sur les résultats de la thérapie (Horvath, Del, Fluckiger et Symonds, 2011). Dans le cadre des TCA, lors d'une étude effectuée auprès d'un groupe de thérapie, une alliance de qualité prédisait une réduction de l'urgence ressentie à adopter un comportement de restriction alimentaire (Tasca et Lampard, 2012). Dans cette optique, un haut niveau d'alliance en début de traitement a été associé à la présence d'un niveau plus faible de symptômes de TCA dans les séances subséquentes (Vrabel, Ulvenes et Wampold, 2015). Pour assurer une offre de services de qualité, il importe donc de tenir compte non seulement de la validité scientifique du traitement et du format de dissémination, mais aussi des variables susceptibles d'affecter les effets de l'intervention tel que l'alliance thérapeutique.

1.7. Besoins en matière de transfert des connaissances

L'identification de composantes clés pour assurer l'efficacité de stratégies de TC pourrait aider à rejoindre davantage de personnes présentant un TCA, à former davantage de cliniciens et à surmonter les défis associés à la prévention et à l'intervention en TCA. Le TC a ainsi le potentiel de réduire l'écart observé entre les pratiques soutenues par la recherche et celles appliquées par les cliniciens. Une meilleure compréhension du processus de TC a également le potentiel de faciliter l'atteinte d'un consensus quant aux pratiques à adopter au sein d'une équipe de traitement, par exemple via le développement de guides de pratique.

1.8. Effets de stratégies de transfert des connaissances

En dehors du domaine des TCA, les stratégies de diffusion telles que des matériels éducatifs (i.e. publications électroniques) sont souvent employées, mais démontrent des effets limités quant aux changements de comportement de l'utilisateur visé. Une offre de rétroaction, l'utilisation de guides de pratique et de stratégies ciblant l'opinion de *leaders* présente des résultats mitigés. L'emploi d'interventions adaptées à l'utilisateur, de plusieurs stratégies à la fois, d'initiatives de formation (i.e. formations accessibles en ligne), de stratégies interactives auprès de petits groupes (i.e. clubs de lecture), de rappels électroniques et d'outils de prise de décision semblent produire les meilleurs résultats (Breckon et Dodson, 2016; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill et Squires, 2012; Langer, Tripney et Gough, 2016).

Les effets de ces stratégies de TC sur l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les intervenants peuvent se présenter sous trois formes : 1) utilisation instrumentale (changements de comportement de l'utilisateur ou dans sa prise de décision), 2) utilisation conceptuelle (changements dans le schème de référence de l'utilisateur ou concernant sa compréhension d'un phénomène) et 3) utilisation persuasive (utilisation de données probantes pour justifier ses décisions ou influencer autrui) (Dagenais, Queuille et Ridde, 2013; Strandberg et al., 2014).

1.9. Déterminants de l'utilisation des connaissances

Le TC est un processus complexe, notamment parce qu'une variété de facteurs peuvent influencer l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes. Les catégories de déterminants susceptibles d'entraver ou de faciliter l'utilisation ont été identifiées dans

plusieurs domaines tels que l'éducation, la santé publique et la santé et sécurité au travail (Dagenais et al., 2012; Dagenais et al., 2013; Dagenais et al., 2017; Siron, Dagenais et Ridde, 2015). Les déterminants de l'utilisation de la recherche qui émergent de la littérature peuvent être regroupés en cinq catégories: 1) caractéristiques de la stratégie de TC; 2) caractéristiques de la connaissance transférée, 3) caractéristiques des utilisateurs; 4) caractéristiques du contexte organisationnel et 5) caractéristiques des chercheurs.

1.9.1. Caractéristiques de la stratégie de transfert des connaissances

La première catégorie de déterminants, les caractéristiques de la stratégie de TC, réfère aux moyens employés pour communiquer et adapter les connaissances aux utilisateurs potentiels. À titre d'illustration, l'établissement d'une relation de confiance entre les chercheurs et utilisateurs ainsi que l'implication des utilisateurs dans le processus de TC sont des conditions susceptibles de soutenir l'utilisation (Dagenais et al., 2013; Dagenais et al., 2017; Jacobson, Butterill et Goering, 2003; Mitton, Adair, McKenzie, Patten et Perry, 2007). Dans cette optique, une définition objective des rôles de chacun et des rencontres fréquentes en présentiel sont des composantes susceptibles de faciliter l'établissement de relations de confiance (Jacobson et al., 2003; Mitton et al., 2007). La présence d'organismes ou d'acteurs facilitant le transfert des connaissances entre le milieu de la recherche et les utilisateurs représente également une condition qui peut être favorable à l'utilisation (Cooper, 2014; Mitton et al., 2007).

1.9.2. Caractéristiques de la connaissance transférée

La deuxième catégorie de déterminants, soit les caractéristiques de la connaissance transférée, réfère notamment à l'applicabilité et à l'accessibilité de la connaissance (Dagenais

et al., 2012; Dagenais et al., 2013; Dagenais et al., 2017). Par exemple, pour que la connaissance soit utilisée, il apparaît pertinent qu'elle soit présentée de manière concise et facilement compréhensible (Dagenais et al., 2012; Dagenais et al., 2017; Siron et al., 2015). En effet, la pertinence des connaissances issues de la recherche pour les utilisateurs et la formulation de recommandations claires représentent des conditions favorables à l'utilisation (Jacobson et al., 2003; Mitton et al., 2007). De plus, le temps requis pour produire ou synthétiser de nouvelles connaissances peut influencer leur utilisation. Mitton et collègues (2007) soulignent notamment le défi que la connaissance soit accessible au moment opportun pour l'utilisateur.

1.9.3. Caractéristiques des utilisateurs

La troisième catégorie de déterminants, les caractéristiques des utilisateurs, concerne notamment l'ouverture et la motivation des utilisateurs potentiels à s'informer et à changer leurs pratiques (Dagenais et al., 2012; Dagenais et al., 2017). Une perception positive envers la recherche ainsi que la présence d'une expertise pour assimiler les connaissances issues de la recherche sont des caractéristiques pouvant encourager l'utilisation (Dagenais et al., 2012; Dagenais et al., 2013; Siron et al., 2015). De plus, la congruence entre les besoins, attentes ou valeurs des utilisateurs et les connaissances transférées représente une condition influençant l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes (Dagenais, 2010; Dagenais et al., 2013; Jacobson et al., 2003).

1.9.4. Caractéristiques du contexte organisationnel

La quatrième catégorie de déterminants, les caractéristiques du contexte organisationnel, se rapporte à la vision et à la culture organisationnelle dans laquelle œuvre

l'utilisateur potentiel (Dagenais et al., 2012; Dagenais et al., 2013). Par exemple, la présence d'un *leader* d'opinion est généralement susceptible de favoriser le TC (Dagenais et al., 2013; Dagenais et al., 2017; Siron et al., 2015). L'offre de ressources suffisantes (i.e. humaines et financières) par l'organisation représente également des conditions favorables (Dagenais et al., 2012; Mitton et al., 2007). À titre d'exemple, Omar Sharifuddin Syed-Ikhsan et Rowland (2004) constatent qu'une infrastructure technologique permet un partage efficace de connaissances au sein d'une organisation et peut donc soutenir les efforts de TC. L'instabilité du contexte des utilisateurs (i.e. roulement de personnel, manque de temps) peut aussi influencer la relation chercheur-utilisateur et donc représenter une barrière au processus de TC (Jacobson et al., 2003; Mitton et al., 2007).

1.9.5. Caractéristiques des chercheurs

La cinquième catégorie de déterminants, les caractéristiques des chercheurs, concerne entre autres l'ouverture des chercheurs à collaborer avec les utilisateurs et à adapter leur discours. La crédibilité du chercheur impliqué ainsi que sa capacité à entretenir des liens de collaboration sont également des facteurs liés à l'utilisation de connaissances par les individus visés (Dagenais et al., 2013; Mitton et al., 2007). Une revue systématique de la littérature répertoriant 145 études publiées depuis 2010 cible notamment la collaboration entre les chercheurs et les décideurs parmi les conditions les plus favorables à l'utilisation. Dans cette optique, l'analyse des articles retenus révèle que les chercheurs peuvent présenter des priorités différentes de celles de décideurs (i.e. pressions à publier dans des journaux scientifiques). Ainsi, une connaissance adéquate du contexte politique et des priorités de décideurs par les chercheurs est susceptible de soutenir l'utilisation (Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman et

Thomas, 2014).

Alors que des études récentes auraient permis de dresser un portrait global des effets de stratégies de TC (Currin et al., 2007; Kazdin et al., 2017; Kosmerly et al., 2015) ou des déterminants de l'utilisation des connaissances (Couturier et al., 2013; Couturier et al., 2014; Couturier et Kimber, 2015; Simmons et al., 2008; Turner, Tatham, Lant, Mountford et Waller, 2014; Wallace et von Ranson, 2011; Wallace et von Ranson, 2012; Waller et al., 2013; Waller, 2016), nos recherches dans les bases de données n'ont pas permis d'identifier de recension systématique visant à documenter les stratégies de TC disponibles et leurs effets respectifs dans le domaine des TCA. Toutefois, il apparaît nécessaire de documenter systématiquement l'état de la recherche au sujet de l'influence de stratégies de TC sur l'utilisation instrumentale, conceptuelle et persuasive des connaissances par les cliniciens et équipes de traitement en TCA. Les effets de stratégies et les conditions influençant le processus de TC ne sont pas nécessairement les mêmes d'un domaine d'intervention à l'autre. Dans leur examen des écrits à ce sujet, Nutley, Walter et Davies (2003) arrivent au constat qu'aucune stratégie n'est efficace dans tous les contextes. Une meilleure compréhension des conditions susceptibles d'influencer l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes pourrait également être favorable pour assurer un maintien de l'adoption de pratiques dans le temps. Dans cette optique, les études répertoriées sur le sujet ne nous permettent pas pour l'instant d'identifier quelles conditions influencent de façon plus importante que d'autres la décision des intervenants en TCA à utiliser des pratiques fondées sur des données probantes.

1.10. Évaluation d'une formation pour le dépistage des TCA

Les résultats d'une revue systématique de la littérature réalisée par Forsetlund et collègues (2009) concluent que des « *educational meetings* » (i.e. cours, conférences, ateliers, séminaires, symposiums) à eux seuls peuvent influencer légèrement les pratiques, mais sont peu susceptibles de mener à des changements de pratique complexes. De plus, les auteurs en viennent à la conclusion que les ateliers didactiques (i.e. exposés magistraux) employés seuls ainsi que les ateliers didactiques comprenant une composante interactive (i.e. jeux de rôle) sont plus efficaces que les ateliers employant uniquement une composante interactive (Forsetlund et al., 2009). Alors que la composante interactive peut s'avérer importante pour changer les pratiques, la présentation de connaissances par l'entremise d'ateliers didactiques semble aussi particulièrement nécessaire.

Considérant que les ateliers de formation demeurent une stratégie de TC largement utilisée pour accompagner les intervenants à se tenir à jour quant aux nouvelles pratiques, il s'avère pertinent d'évaluer ces activités. Dans le cadre de cette thèse, nous avons été mandatés pour évaluer une formation québécoise à composante didactique et interactive portant sur le dépistage des TCA. Plus précisément, cette formation a eu recours à des ateliers expérientiels, des jeux de rôle, des outils visant à soutenir le dépistage et regroupés au sein d'un cartable remis aux participants (i.e. grille de comportements observables; voir annexe 1), une présentation powerpoint ainsi que des conceptualisations imagées. Les thématiques abordées, la durée des activités, les personnes visées par la formation, le matériel remis aux participants et les objectifs fixés par la formation sont décrits dans le modèle logique construit

préalablement à l'évaluation (se référer au second article de la thèse pour consulter le modèle logique).

1.11. Objectifs de la thèse

En introduction, les défis concernant l'accessibilité à des soins pour les TCA et l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les cliniciens ont été abordés. Les limites associées au modèle d'intervention dominant en TCA (ex : formation des intervenants aux études supérieures, enjeux relatifs à la collaboration interprofessionnelle) ont aussi été discutées. Afin de pallier à ces limites, l'étude du TC a été identifiée comme étant nécessaire pour favoriser l'emploi de pratiques fondées sur des données probantes visant le dépistage et le traitement des TCA.

L'objectif général de cette thèse vise à dresser un portrait des stratégies de TC et des conditions influençant l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine des TCA. Une attention particulière est portée aux applications potentielles en contexte québécois. Pour ce faire, deux études ont été réalisées dans le cadre de cette thèse. La première concerne une recension systématique des écrits ayant pour but de documenter les stratégies de TC disponibles, leurs effets respectifs ainsi que les conditions influençant l'utilisation de pratiques psychosociales fondées sur des données probantes par des professionnels de la santé et équipes de traitement amenés à intervenir auprès de personnes présentant un TCA. Cette étude vise notamment à mieux comprendre les conditions pouvant influencer la prise de décision clinique, le travail en équipe interdisciplinaire et la pérennité de l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes.

La seconde étude, quant à elle, a pour cible l'évaluation d'une formation fondée sur des données probantes dans le but d'améliorer le dépistage des TCA par des intervenants québécois. L'objectif principal de cette étude est d'identifier sous quelles formes les professionnels de la santé ayant suivi la formation ont utilisé les connaissances diffusées (instrumentale, conceptuelle, persuasive) ainsi que les conditions pouvant influencer l'utilisation de pratiques de dépistage pour les TCA en contexte québécois. Plus précisément, cette étude vise à fournir des recommandations adaptées pour le développement de futures initiatives de formation au Québec dans le domaine des TCA.

Ces deux études sont présentées dans les prochains chapitres de cette thèse sous la forme de deux articles scientifiques. Le dernier chapitre présente une discussion générale des résultats issus de ces deux articles.

1.12. Références citées dans l'introduction générale

- Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A. et Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 565-570. <https://doi.org/10.1002/eat.20708>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. et Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Balbo, M., Zaccagnino, M., Cussino, M. et Civiiotti, C. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and eating disorders: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14(5), 321-329.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. et Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Becker, A. E. (2007). Culture and eating disorders classification. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S111-S116. <https://doi.org/10.1002/eat.20435>
- Becker, A. E., Franko, D. L., Speck, A. et Herzog, D. B. (2003). Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 205-212. <https://doi.org/10.1002/eat.10129>
- Bøgh, E. H., Rokkedal, K. et Valbak, K. (2005). A 4-year follow-up on bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(1), 48-53. <https://doi.org/10.1002/erv.601>
- Borrell, L. N. et Samuel, L. (2014). Body mass index categories and mortality risk in US adults: the effect of overweight and obesity on advancing death. *American journal of public health*, 104(3), 512-519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301597>

- Boyce, W. F. (2004). *Young people in Canada: their health and well-being*. Ottawa, Ontario: Health Canada. Repéré à https://www.jcsh-cces.ca/upload/hbsc_report_2004_e.pdf
- Breckon, J. et Dodson, J. (2016). *Using evidence : What works. A discussion paper*. London, UK: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London. Repéré à <https://www.alliance4usefulevidence.org/assets/Alliance-Policy-Using-evidence-v4.pdf>
- Collin, A. (2009). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: Implications for vocational psychology. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 9(2), 101-110. <https://doi.org/10.1007/s10775-009-9155-2>
- Cooper, A. (2014). Knowledge mobilisation in education across Canada: A cross-case analysis of 44 research brokering organisations. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 10(1), 29-59. <https://doi.org/10.1332/174426413X662806>
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. et McVey, G. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 177-188. <https://doi.org/10.1002/eat.22049>
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Blyderveen, S. et McVey, G. (2014). Using a knowledge transfer framework to identify factors facilitating implementation of family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 410-417. <https://doi.org/10.1002/eat.22225>
- Couturier, J. L. et Kimber, M. S. (2015). Dissemination and implementation of manualized family-based treatment: A systematic review. *Eating Disorders*, 23(4), 281-290. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1042312>
- Crow, S. J., Swanson, S. A., Le Grange, D., Feig, E. H. et Merikangas, K. R. (2014). Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1534-1539. doi:10.1016/j.comppsy.2014.05.021
- Currin, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M. et Schmidt, U. (2007). The use of guidelines for dissemination of “best practice” in primary care of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 476-479. <https://doi.org/10.1002/eat.20385>
- Dagenais, C. (2010). Knowledge transfer in community-based organizations: A needs assessment study. *Journal of Community Psychology*, 1(2). Repéré à <http://www.gjcpp.org/>.
- Dagenais, C., Lysenko, L., Abrami, P. C., Bernard, R. M., Ramde, J. et Janosz, M. (2012). Use of research-based information by school practitioners and determinants of use: A review of

empirical research. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 8(3), 285-309. <https://doi.org/10.1332/174426412X654031>

- Dagenais, C., Plouffe, L., Gagné, C., Toulouse, G., Breault, A. A. et Dupont, D. (2017). Improving the health and safety of 911 emergency call centre agents: An evaluability assessment of a knowledge transfer strategy. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 23(1), 50-59. <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1216355>
- Dagenais, C., Queuille, L. et Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(Suppl 1), 70-79. <https://doi.org/10.1177/1757975912462416>
- DeJesse, L. D. et Zelman, D. C. (2013). Promoting optimal collaboration between mental health providers and nutritionists in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 21(3), 185-205. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.779173>
- Eisler, I., Lock, J. et Le Grange, D. (2010). Family-based treatments for adolescents with anorexia nervosa single-family and multifamily approaches. Dans C. M. Grilo et J. E. Mitchell (dir.), *The treatment of eating disorders A clinical handbook* (p. 150-174). New York : Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fichter, M. M. et Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 361-384. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199712\)22:4<361::AID-EAT2>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4<361::AID-EAT2>3.0.CO;2-K)
- Fichter, M. M. et Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 359-385. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199912\)26:4<359::AID-EAT2>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199912)26:4<359::AID-EAT2>3.0.CO;2-7)
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. et Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 577-586. <https://doi.org/10.1002/eat.20539>
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B. et Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579. doi:10.1001/archpedi.162.6.574
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 462-471. doi:10.1192/bjp.166.4.462

- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F. M., Davis, D., Odgaard-Jensen, J. et Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (2). DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.
- García de Amusquibar, A. M. (2000). Interdisciplinary team for the treatment of eating disorders. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 5(4), 223-227. <https://doi.org/10.1007/BF03354450>
- Greenberg, S. T. et Schoen, E. G. (2008). Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 464-471. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.464>
- Griffiths, S., Mond, J. M., Li, Z., Gunatilake, S., Murray, S. B., Sheffield, J. et Touyz, S. (2015). Self-stigma of seeking treatment and being male predict an increased likelihood of having an undiagnosed eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 775-778. <https://doi.org/10.1002/eat.22413>
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. et Stout, R. L. (2007). Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 738-746.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. et Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. et Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727-735. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.004
- Heath, O., English, D., Simms, J., Ward, P., Hollett, A. et Dominic, A. (2013). Improving collaborative care in managing eating disorders: A pilot study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(4), 235-243. <https://doi.org/10.1002/chp.21187>
- Herman, B. K., Safikhani, S., Hengerer, D., Atkins Jr, N., Kim, A., Cassidy, D., ... et Lenderking, W. R. (2014). The patient experience with DSM-5-defined binge eating disorder: Characteristics, barriers to treatment, and implications for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, 126(5), 52-63. <https://doi.org/10.3810/pgm.2014.09.2800>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-11.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., et Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

- Instituts de recherche en santé du Canada (2014). *À propos de l'application des connaissances aux IRSC*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Jacobson, N., Butterill, D. et Goering, P. (2003). Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. *Journal of health services research & policy*, 8(2), 94-99. <https://doi.org/10.1258/135581903321466067>
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L. et Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., Horn, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., ... et Bulik, C. M. (2008). Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 47-56. <https://doi.org/10.1002/eat.20463>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. et Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Keel, P. K. et Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204. <https://doi.org/10.1002/eat.20810>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., ... et Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: A nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823-831. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003942>
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A. et Hoek, H. (2008). Epidemiology of eating disorder: An update. *Annual Review of Eating Disorders Part 2*. 58-68.
- Kimber, M., Couturier, J., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. et McVey, G. (2014). Decision-making processes for the uptake and implementation of family-based therapy by eating disorder treatment teams: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 32-39. <https://doi.org/10.1002/eat.22185>
- Kosmerly, S., Waller, G. et Robinson, A. L. (2015). Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 223-229. <https://doi.org/10.1002/eat.22276>
- Lafrance Robinson, A., Boachie, A. et Lafrance, G. A. (2013). "i want help!": Psychologists' and physicians' competence, barriers, and needs in the management of eating disorders in children and adolescents in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(3), 160-165. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032046>

- Langer, L., Tripney, J., et Gough, D. (2016). *The science of using science: Researching the use of research evidence in decision-making*. Repéré à <https://www.alliance4usefulevidence.org/assets/Science-of-Using-Science-Final-Report-2016.pdf>
- Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.971458>
- Mallon, W. T. et Bunton, S. (2005). The functions of centers and institutes in academic biomedical research. *Analysis in Brief*, 5(1). Repéré à <https://www.aamc.org/system/files/reports/1/aibvol5no1.pdf>
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319-323. <https://doi.org/10.1002/eat.22452>
- Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B. et Perry, B. W. (2007). Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 729-768. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2007.00506.x>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017, mai). *Eating disorders: recognition and treatment*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T. et Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Nutley, S., Walter, I. et Davies, H. T. (2003). From knowing to doing: A framework for understanding the evidence-into-practice agenda. *Evaluation*, 9(2), 125-148. <https://doi.org/10.1177/1356389003009002002>
- Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J. et Thomas, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC health services research*, 14(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-2>
- Omar Sharifuddin Syed-Ikhsan, S. et Rowland, F. (2004). Knowledge management in a public organization: a study on the relationship between organizational elements and the performance of knowledge transfer. *Journal of knowledge management*, 8(2), 95-111. <https://doi.org/10.1108/13673270410529145>
- Peck, L. D. et Lightsey Jr, O. R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184-192. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00496.x>

- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D. et Katzman, D. K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(10), 895-899. doi:10.1001/archpediatrics.2011.145
- Preti, A., Girolamo, G. D., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. D., Bruffaerts, R., ... et Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003
- Pritts, S. D. et Susman, J. (2003). Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician*, 67(2), 297-304.
- Puhl, R. et Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 10. doi: 10.1007/s11920-015-0552-6
- Regan, P., Cachelin, F. M. et Minnick, A. M. (2017). Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of “first contact”. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 190-209. https://doi.org/10.1002/eat.22683
- Rosenvinge, J. H. et Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: An update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 198-220. https://doi.org/10.1080/21662630.2014.940549
- Sansone, R. A., Levitt, J. L. et Sansone, L. A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 13(1), 7-21. https://doi.org/10.1080/10640260590893593
- Simmons, A. M., Milnes, S. M. et Anderson, D. A. (2008). Factors influencing the utilization of empirically supported treatments for eating disorders. *Eating Disorders*, 16(4), 342-354. https://doi.org/10.1080/10640260802116017
- Siron, S., Dagenais, C., et Ridde, V. (2015). What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: A scoping review. *International Journal of Public Health*, 60(7), 849-863. https://doi.org/10.1007/s00038-015-0716-5
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242. https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013
- Stice, E., Shaw, H. et Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447

- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H. et Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587-597. doi: 10.1037/a0016481
- Strandberg, E., Catrine Eldh, A., Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P. et Wallin, L. (2014). The concept of research utilization as understood by Swedish nurses: Demarcations of instrumental, conceptual, and persuasive research utilization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 55-64. <https://doi.org/10.1111/wvn.12013>
- Tasca, G. A. et Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 507-517. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029947>
- Tetroe, J. (2007). *Knowledge translation at the Canadian Institutes of Health Research: A primer*. (Technical brief no. 18). Focus, a publication of the National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR). Repéré à https://ktdrr.org/ktdrr/library/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus18/Focus18.pdf
- Tobin, D. L., Banker, J. D., Weisberg, L. et Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 754-757. <https://doi.org/10.1002/eat.20426>
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V. A. et Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.003>
- von Ranson, K. M. et Robinson, K. E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 27-34. <https://doi.org/10.1002/eat.20201>
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M. et Stevenson, A. (2013). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research*, 23(3), 333-343. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735377>
- Vrabel, K. R., Ulvenes, P. G. et Wampold, B. (2015). Alliance and symptom improvement in inpatient treatment for eating disorder patients: A study of within patient processes. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1113-1121. <https://doi.org/10.1002/eat.22434>
- Wallace, L. M. et von Ranson, K. M. (2011). Treatment manuals: Use in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 815-820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.002>

- Wallace, L. M. et von Ranson, K. M. (2012). Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals. *Behaviour Research and Therapy*, 50(3), 215-222. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.006>
- Waller, G. (2016). Treatment protocols for eating disorders: Clinicians' attitudes, concerns, adherence and difficulties delivering evidence-based psychological interventions. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 36. doi: 10.1007/s11920-016-0679-0
- Waller, G., Mountford, V. A., Tatham, M., Turner, H., Gabriel, C. et Webber, R. (2013). Attitudes towards psychotherapy manuals among clinicians treating eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 840-844. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.004>
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C. et Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 168-174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>

2. Méthodologie

Dans le cadre de la thèse, les stratégies de TC sont comprises comme des programmes implantés dans les milieux de pratique qui sont évalués quant à leurs effets sur l'utilisation. Alors que l'évaluation de stratégies de TC destinées à des cliniciens en TCA est un domaine d'étude en émergence, les principes connus en transfert des connaissances et en évaluation de programmes ont été mis à contribution afin de répondre aux objectifs de la thèse énoncés précédemment. La section qui suit vise à décrire le raisonnement qui sous-tend les principaux choix méthodologiques réalisés.

2.1. Recension des stratégies et conditions de TC (article 1)

En ce qui concerne le premier article, l'objectif principal de la recension systématique est d'identifier les stratégies de TC disponibles, leurs effets respectifs ainsi que les conditions susceptibles d'influencer l'utilisation de pratiques par les cliniciens en TCA. Alors que les écrits en TCA n'emploient pas explicitement le terme « stratégie de TC » pour caractériser ce type d'initiatives, les stratégies de TC connues dans d'autres champs d'études ont guidé l'identification de mots-clés pertinents pour le repérage d'articles évaluant des stratégies de TC dans le domaine des TCA (voir Table S1 pour le contenu détaillé de la stratégie de recherche documentaire). Les articles retenus avaient pour but d'évaluer l'effet de stratégies de TC sur l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes portant sur le dépistage, l'intervention ou le traitement en équipe interdisciplinaire des TCA. La **stratégie de recherche documentaire** utilisée a été validée auprès d'un consultant spécialisé en documentation et a permis d'assurer une démarche systématique à travers les bases de données. Plus précisément, une recension systématique de type *scoping study* (Arksey et

O'Malley, 2005) a été employée afin de rendre compte de la variété des devis de recherche dans le domaine à l'étude. L'outil *Mixed Methods Appraisal Tool* (Pluye et al., 2011) a été employé afin d'évaluer la qualité des devis de recherche (voir annexe 2 pour consulter l'outil). Les résultats de cette évaluation permettent de nuancer les résultats issus de l'analyse du contenu des articles.

Afin de rendre compte de l'évaluation des effets et de la mise en oeuvre des stratégies de TC recensées, ces dernières ont été décrites en considérant plusieurs dimensions (i.e. durée du programme, outils employés lorsque précisés, intervention disséminée, utilisateurs visés et clientèle visée par l'intervention). En ce qui concerne les effets des stratégies de TC, ceux-ci ont été rapportés sur la base des types d'utilisation (instrumentale, conceptuelle et persuasive des connaissances; Dagenais, Queuille et Ridde, 2013; Strandberg et al., 2014). Une **fiche descriptive** a été complétée pour chaque article retenu afin de soutenir une analyse qualitative descriptive des résultats. Les thèmes émergents ont été identifiés et regroupés afin de mieux comprendre comment les modalités d'intervention sont susceptibles de mener aux effets observés sur l'utilisation. Une analyse qualitative descriptive a également été employée pour identifier les conditions pouvant influencer l'utilisation.

Un sous-objectif du premier article de thèse vise à mieux comprendre les conditions qui peuvent influencer le processus de décision clinique, le travail en équipe interdisciplinaire ou la pérennité de l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes. Afin de répondre à cet objectif, la **stratégie documentaire** a inclus des mots-clés portant sur le processus de décision clinique et le travail en équipe afin de retenir des articles qui ont évalué

des stratégies de TC dans cette optique. Lors de l'analyse du contenu des articles, une attention particulière a été portée à ces éléments ainsi qu'aux facteurs associés à la pérennité des effets de stratégies de TC. Ces constats sont rapportés dans la discussion de l'article.

2.2. Évaluation d'une formation pour le dépistage (article 2)

Le second article de thèse, quant à lui, a pour objectif principal d'évaluer une formation fondée sur des données probantes portant sur le dépistage des TCA. Plus précisément, l'étude vise à identifier les effets de cette formation à court et moyen terme sur l'utilisation par des cliniciens. Cette étude a aussi pour but de dégager les conditions associées à l'utilisation ainsi que des recommandations pour de futures initiatives de TC au Québec. Les intervenants participent volontairement à l'étude et signent un formulaire de consentement au préalable (voir annexe 3 pour consulter le formulaire de consentement). L'étude vise à rejoindre des intervenants de services de santé généraux de la région de la Mauricie Centre-du-Québec d'une diversité de professions. Le nombre de participants à chaque étape de l'étude en fonction de leurs professions respectives est explicité en annexe 4 de la thèse.

En ce qui concerne l'évaluation des effets de la stratégie de TC, une méthodologie d'évaluation inspirée du **modèle de Kirkpatrick (1998)** pour l'évaluation de programmes de formation ainsi que de **l'évaluation des processus (Ridde et Dagenais, 2012)** a été employée. Selon Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006), l'évaluation des retombées d'une formation comprend quatre niveaux, soit : les réactions, les apprentissages, les comportements et les impacts à long terme. Compte tenu que l'évaluation des retombées à long terme requiert des ressources et un temps considérable (i.e. rencontrer des intervenants qui oeuvrent dans des

milieux de pratique variés et géographiquement éloignés), celle-ci n'a pas été réalisée dans le cadre de cette étude.

L'évaluation des **effets à court terme** de la formation concerne ainsi les deux premiers niveaux d'évaluation de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2006). Afin de mesurer les réactions des participants à la formation, un **questionnaire** comprenant 10 items a été complété à la fin de la formation (voir annexe 5 pour consulter les items du questionnaire de réactions). Les items sont formulés sur une échelle de 1 « Pas du tout d'accord » à 5 « Tout à fait d'accord ». Dans le but de dégager la tendance générale des réactions des intervenants, les ancrages « plutôt en accord » et « tout à fait d'accord » ont été regroupés pour représenter leur satisfaction alors que les ancrages « pas vraiment en accord » et « pas du tout en accord » ont été regroupés pour représenter leur insatisfaction. Le questionnaire comprend également des questions ouvertes portant sur les aspects les plus appréciés et moins appréciés de la formation. Ces réponses ont été analysées de manière descriptive.

En ce qui concerne l'évaluation de leurs apprentissages, les participants ont répondu à un **test de connaissances** avant et après la formation qui comprend 17 questions (voir annexe 6 pour consulter les questions posées aux participants). Un résultat sur 19.5 points a été obtenu et ensuite transposé en pourcentage pour chaque participant. Les résultats pré et post formation ont été comparés. Un test T pour données appariées a ensuite été réalisé afin d'évaluer si les intervenants ont augmenté leurs connaissances à l'issue de la formation.

L'évaluation des effets à court terme de la formation comprend aussi une mesure de l'intention des participants à utiliser les connaissances issues de la formation. La **théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)** a servi de base à l'élaboration de ce questionnaire. Selon cette théorie, les trois prédicteurs de l'intention sont les attitudes (le degré avec lequel la personne considère le comportement à adopter favorable), les normes subjectives (pression sociale ressentie pour effectuer le comportement) et la perception de contrôle (envers l'action). L'intention, quant à elle, représente une mesure proximale du comportement et est considérée comme un assez bon prédicteur de l'utilisation (Boyko, Lavis, Dobbins et Souza, 2011). Pour ce faire, le **questionnaire mesurant l'intention d'utiliser les connaissances inspiré de Boyko et collègues (2011)** et adapté en français a été employé (voir annexe 7 pour consulter les items du questionnaire mesurant l'intention). Cet outil a été partiellement validé dans sa version anglophone (consistance interne : alpha compris entre 0,68 et 0,89; fiabilité de test-retest : G entre 0,5 et 0,9) (Boyko et al., 2011). Il a été choisi compte tenu qu'il est le seul outil, à notre connaissance, qui a été élaboré spécifiquement pour mesurer l'intention dans un contexte de TC. Développer des outils de mesure fidèles et valides en français est d'autant plus nécessaire considérant le manque de tels outils dans le domaine du TC. Le questionnaire comprend 14 items sur une échelle de Likert en 7 points et mesure quatre construits, soit les attitudes, les normes subjectives, la perception de contrôle et l'intention (voir annexe 8 pour une description plus exhaustive des construits et des instructions pour la cotation). La moyenne des résultats aux items pour chacun des construits a été obtenue afin de représenter une tendance globale. Une moyenne des scores plus élevée sur l'échelle de Likert pour les construits attitudes, normes subjectives ou perception de contrôle suggère donc un jugement favorable. Des analyses corrélationnelles ont été réalisées entre les construits « Attitudes », «

Normes subjectives », « Perception de contrôle » et le construit « Intention d'utiliser » afin de déterminer dans quelle mesure ces construits tendent à être reliés.

La conduite **d'entretiens semi-structurés**, trois mois suivant la formation, visait ensuite à documenter les **effets à moyen terme** de la formation, soit les **formes d'utilisation des connaissances** (instrumentale, conceptuelle ou persuasive). L'évaluation des processus décrite par Ridde et Dagenais (2012) a également guidé l'analyse des effets à moyen terme de la formation. L'évaluation des processus vise plus spécifiquement à identifier les facteurs qui entravent ou facilitent la mise en oeuvre d'un programme (Ridde et Dagenais, 2012). Pour ce faire, les entretiens semi-structurés ont servi à l'identification des **facteurs ayant influencé l'utilisation des connaissances** (second objectif de l'article). L'annexe 9 de la thèse présente la grille d'entrevue. Les entretiens étaient d'une durée de 41 min. à 1h41 [M= 1h05]. Une analyse thématique (Paillé, 1996) a été employée pour procéder à l'analyse du contenu des entretiens. Sur la base de cette analyse, des **recommandations** sont ensuite proposées dans la section discussion de l'article.

L'évaluation de la formation comprend ainsi un volet quantitatif descriptif et un volet qualitatif. Alors que les résultats aux outils de mesure ont été analysés séparément pour répondre aux différents objectifs de l'article précités, chaque volet apporte une contribution significative à l'évaluation. Compte tenu que les outils quantitatifs utilisés ont été construits sur mesure ou adaptés pour les fins de l'étude, les résultats issus de ces outils ont été rapportés de manière descriptive. De plus, compte tenu de la taille de l'échantillon, il n'a pas été

possible d'effectuer des analyses statistiques davantage en profondeur. La seconde étude de la thèse emploie ainsi un devis qualitatif prédominant.

2.3. Références citées dans la méthodologie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 8(1), 19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Boyko, J. A., Lavis, J. N., Dobbins, M. et Souza, N. M. (2011). Reliability of a tool for measuring theory of planned behaviour constructs for use in evaluating research use in policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 9(1), 29. doi: 10.1186/1478-4505-9-29
- Dagenais, C., Queuille, L. et Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(Suppl 1), 70-79. <https://doi.org/10.1177/1757975912462416>
- Kirkpatrick, D. (1998). *Evaluating training programs: The four levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Kirkpatrick, D. et Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating training programs*. San Fransisco, CA: Berret-Koehler Publishers.
- Paillé, P (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives*,15,179–194.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M. P. et Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme* (2^e édition revue et augmentée). Montréal, Québec : Presses de l'université de Montréal.
- Strandberg, E., Catrine Eldh, A., Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P. et Wallin, L. (2014). The concept of research utilization as understood by Swedish nurses: Demarcations of instrumental, conceptual, and persuasive research utilization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 55-64. <https://doi.org/10.1111/wvn.12013>

3. Présentation des articles

3.1. Article 1

A systematic scoping review of knowledge transfer strategies for the uptake of evidence-based interventions by treatment teams in the field of eating disorders

Laurence Plouffe, University of Montreal, Department of Psychology

Johana Monthuy-Blanc, University of Quebec at Trois-Rivières, Department of Education

Christian Dagenais, University of Montreal, Department of Psychology

Correspondence: Christian Dagenais, Ph.D., 90 Vincent-d’Indy Avenue, Marie-Victorin Building, University of Montreal, QC, Canada, H2V 2J7

E-mail: christian.dagenais@umontreal.ca

Will be submitted to: Journal of Eating Disorders

Abstract

Objective: While considerable advances have been made in the field of eating disorders prevention and intervention, few clinicians report using evidence-based psychosocial practices. To bridge the research–practice gap, we conducted a systematic scoping review to document outcomes of knowledge transfer strategies and conditions influencing the use of evidence-based practices by healthcare professionals and treatment teams.

Method: Using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines, we searched MEDLINE and PsycINFO databases for studies that

evaluated outcomes of knowledge transfer strategies in terms of instrumental, conceptual, and persuasive use of evidence-based knowledge. After reviewing 823 potentially relevant studies, we retained 23. We used the Mixed Methods Appraisal Tool to evaluate the quality of their methods.

Results: Effects of knowledge transfer strategies (e.g. training workshops, supervision, manuals, online training, meetings for development of clinical tools, regional champions) on instrumental, conceptual, and persuasive use of evidence-based knowledge were documented. While instrumental use was observed in nearly all studies, persuasive use was noted on rare occasions. Conditions that might support decision-making or interdisciplinary work were rarely reported.

Discussion: Using a combination of knowledge transfer strategies might facilitate access to eating disorder treatments. Findings of this review also revealed a need for the use of mixed designs in future studies. In light of recognized challenges in eating disorder interventions as well as the findings of the present study, we offer recommendations to promote evidence uptake by clinicians and treatment teams in the field of eating disorders.

Keywords: knowledge transfer; implementation science; interdisciplinary health team; evidence-based treatment; eating disorders

Introduction

Eating disorders (EDs) are multifactorial, due to the presence of biological, psychological, and social risk factors that can lead to physical and psychological consequences (Fairburn & Harrison, 2003). For instance, in extreme cases, medical complications (e.g. cardiac muscle complications, electrolyte disturbances) or suicide attempts associated with anorexia nervosa and

bulimia nervosa can lead to death (American Psychiatric Association, 2013; Crow, Swanson, Le Grange, Feig, & Merikangas, 2014; Fairburn & Harrison, 2003). EDs are also associated with comorbidities such as substance abuse, depression, anxiety, and personality disorders (Jordan et al., 2008). While more than 20% of people diagnosed with anorexia nervosa continue to present ED difficulties in the long term (Fichter & Quadflieg, 1999), poor outcomes were less often noted for bulimia nervosa (i.e., 9.6% of cases after six years of treatment) (Fichter & Quadflieg, 1997). For clinicians to help people presenting an ED to recover, it is advisable to adopt evidence-based practices, described as the integration of the best available research with clinical expertise and patient characteristics, culture, and preferences (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Even though a range of treatment protocols or empirically supported interventions are available for ED prevention or treatment, few clinicians seem to use them in practice (Eisler, Lock, & Le Grange, 2010; Fairburn, 2008; National Institute for Health and Care Excellence, 2017; von Ranson, Wallace, & Stevenson, 2013). For example, according to studies (Tobin, Banker, Weisberg, & Bowers, 2007; Wallace & von Ranson, 2011), only 6% to 35% of ED clinicians reported following evidence-based protocols, many of them using eclectic approaches. In other words, clinical practices often do not align with the treatment format validated by research (von Ranson et al., 2013; Wallace & von Ranson, 2011). For instance, von Ranson and colleagues (2013) observed that clinicians who reported using cognitive behavioral therapy (CBT) techniques seem to use them sporadically. Von Ranson and Robinson (2006) also identified that clinicians who use eclectic approaches tend to use an intervention more often on the basis of its perceived flexibility to answer patient needs than on the basis of its empirical

support. As such, clinicians adopt a variety of treatments, which could lead to disagreement on treatment strategy when working in a team (DeJesse & Zelman, 2013).

Over the past 30 years, studies have identified collaboration and interdisciplinary work among professionals in different fields (e.g., medicine, nutrition, psychology) as a gold standard in ED treatment (DeJesse & Zelman, 2013; García de Amusquibar, 2000). However, lack of trust in other professionals' expertise, disagreements around interventions goals, ambiguity or conflicts about each professional's role, and poor communication among clinicians are some of the challenges encountered by ED treatment teams (DeJesse & Zelman, 2013). As collaborative care is recommended to address the psychological and physical impacts of ED, training in interprofessional practice is also advisable (Heath et al., 2013).

Research on knowledge transfer (KT) has the potential to bridge the research–practice gap for ED clinicians and treatment teams. KT is a dynamic and iterative process aimed at facilitating evidence uptake by target users to promote population health (Canadian Institutes of Health Research, 2014; Tetroe, 2007). Identifying key components for effective KT strategies could help overcome challenges associated with ED prevention and treatment. A better understanding of KT processes might also facilitate team consensus and lead to the development of guidelines for the implementation of interdisciplinary ED treatment teams.

KT strategies and their outcomes

What we know about KT strategies outside of the ED field is that passive strategies such as educational materials (e.g. electronic publications) are frequently used but show limited effects

in changing users' behaviors. Provision of feedback, clinical guidelines, and strategies targeting opinion leaders appear to have mixed results. Tailored interventions, simultaneous use of multiple strategies, training initiatives (e.g. online training), interactive strategies involving small groups (e.g. journal clubs), reminders, and decision support tools seem to show the most positive effects on evidence use (Breckon & Dodson, 2016; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012; Langer, Tripney, & Gough, 2016). Such KT strategies can lead to different kinds of research use: 1) instrumental use (changes in users' behaviors or decision-making); 2) conceptual use (change in frame of reference or in users' comprehension); and 3) persuasive use (justification for evidence-based practices or use of research to influence others) (Dagenais, Queuille, & Ridde, 2013; Strandberg et al., 2014).

Conditions influencing research use

Categories of factors or conditions influencing research use have been identified in fields such as education, public health, and occupational health and safety (Dagenais et al., 2012; Dagenais, Queuille, et al., 2013; Dagenais, et al., 2017; Siron, Dagenais, & Ridde, 2015). Five categories of conditions emerge from the literature: 1) characteristics of the KT strategy (e.g. continuous involvement of users); 2) characteristics of the knowledge transferred (e.g. its applicability), 3) characteristics of users (e.g. openness to change); 4) characteristics of the organizational context (e.g. availability of human and financial resources); and 5) characteristics of the researchers (e.g. openness to collaborating and communicating with users). Such conditions have yet to be systematically identified in the application of KT strategies to the field of ED.

The goal of the present study was to produce a comprehensive portrait of current evidence on KT strategies and conditions for ED prevention and treatment, by conducting a systematic scoping review (Arksey & O'Malley, 2005), in order to support evidence-based practices by healthcare professionals delivering psychosocial interventions. Since pharmacotherapy has shown limited to moderate effects and psychotherapy somewhat larger effects for individuals diagnosed with EDs (Flament, Bissada, & Spettigue, 2012), the focus of the scoping review was on the dissemination of psychosocial interventions. Our database searches found no systematic review of KT evidence to foster evidence-based practices by ED clinicians and treatment teams. While recent studies have documented effects of KT strategies (Currin et al., 2007; Kazdin, Fitzsimmons-Craft, & Wilfley, 2017; Kosmerly, Waller, & Robinson, 2015) or conditions influencing research use for ED intervention (Couturier et al., 2013; Couturier et al. 2014; Couturier & Kimber, 2015; Simmons, Milnes, & Anderson, 2008; Turner, Tatham, Lant, Mountford, & Waller, 2014; Wallace & von Ranson, 2011, 2012; Waller, 2016; Waller et al., 2013), there is still a need to systematically document and better understand how KT strategies affect instrumental, conceptual, and persuasive use of evidence, in order to promote the sustainability of ED evidence-based practices in real-world settings.

Method

We adopted the scoping study method (Arksey & O'Malley, 2005) to take into account studies that used various research designs (i.e. qualitative, quantitative, mixed) to examine KT practices in the field of ED. Given that, to our knowledge, this research topic is emergent and has been the subject of research attention only in recent years, we elected to include studies with a diversity of research designs to capture as broad a picture as possible of this area of research.

Identification of studies

We searched the MEDLINE (OVID) and PsycINFO (PsycNET) databases. Keywords for the review were related to the themes: 1) KT and KT strategies; 2) eating disorders; and 3) intervention, prevention, or treatment. To promote equivalent identification of studies in both databases, keywords were applied in the databases' author keywords, subject heading words, and titles. Table S1 in the supporting information section presents the details of the search strategy used to identify studies in each database. This strategy was validated by a database research professional. Our search covered the period from 1990 (when the scientific literature started to describe differences between anorexia nervosa and bulimia nervosa and to document more extensively knowledge transfer) to July 5, 2018.

Selection criteria

Selected articles met the following criteria: 1) addressed the evaluation of one or more KT strategies in the ED field; 2) targeted clinicians, treatment teams, current or future healthcare professionals, or professionals who could contribute to ED prevention (e.g. sports coaches); 3) were aimed at increasing clinicians' evidence-based practices; 4) transferred knowledge about a psychosocial intervention; 5) collected and analyzed data empirically; 6) were written in English or French; and 7) were published between 1990 and now. The criteria were initially used to select articles based on titles and abstracts. The same criteria were then applied to the full texts of the retained articles. To validate selection fidelity, approximately 10% of retrieved articles remaining after removal of duplicates were independently examined by two reviewers and results compared. Of the articles in that process, reviewers assessed 96.6% equivalently (n = 84/87); differences in results were resolved after discussion.

Data analyses

As a first step in the analysis strategy, a fact sheet was completed for each article, documenting: 1) publication year and location; 2), research design used; 3) type of ED addressed and fields of practice; 4) type of evidence-based practice disseminated; 5) KT strategy used; 6) target users of the KT strategy; 7) instruments used to evaluate KT; 8) outcomes of the KT strategy and/or conditions for evidence-based practice; and 9) strengths and weaknesses of the KT evaluation method used. The Mixed Methods Appraisal Tool (Pluye et al., 2011) was used to evaluate the quality of the studies' research methods and guide the analysis of main results. To answer the research questions, we conducted a descriptive qualitative analysis. Themes were identified and grouped together. We focused on linking KT strategies and conditions of evidence-based practice with particular challenges encountered by clinicians and treatment teams when making a clinical decision for ED prevention or treatment.

Results

As shown in the PRISMA flow diagram (Figure 1), the search initially identified 986 potentially relevant articles. After duplicates were eliminated, 823 articles remained. Following the analysis of titles and abstracts, 763 articles were excluded, leaving 60 full-text articles to be assessed for eligibility. We retained a total of 23 articles in the scoping review. Articles were excluded when: 1) no KT strategy was evaluated in a specific setting; 2) the intervention implemented was not about ED; 3) no method was described for evaluating conceptual, instrumental, or persuasive use of evidence by target users; 4) target users were either individuals diagnosed with an ED or those caring for them, rather than healthcare professionals; 5) the study was about the validation or development of physical instruments without measuring tool or

evidence use; 6) the study was not about transferring evidence related to a psychosocial intervention; or 7) the study consisted of a review of literature on KT strategies, implementation efforts, or KT conceptual frameworks. Table 1 presents an exhaustive list of the studies included in the scoping review, information analyzed, and main results for each study.

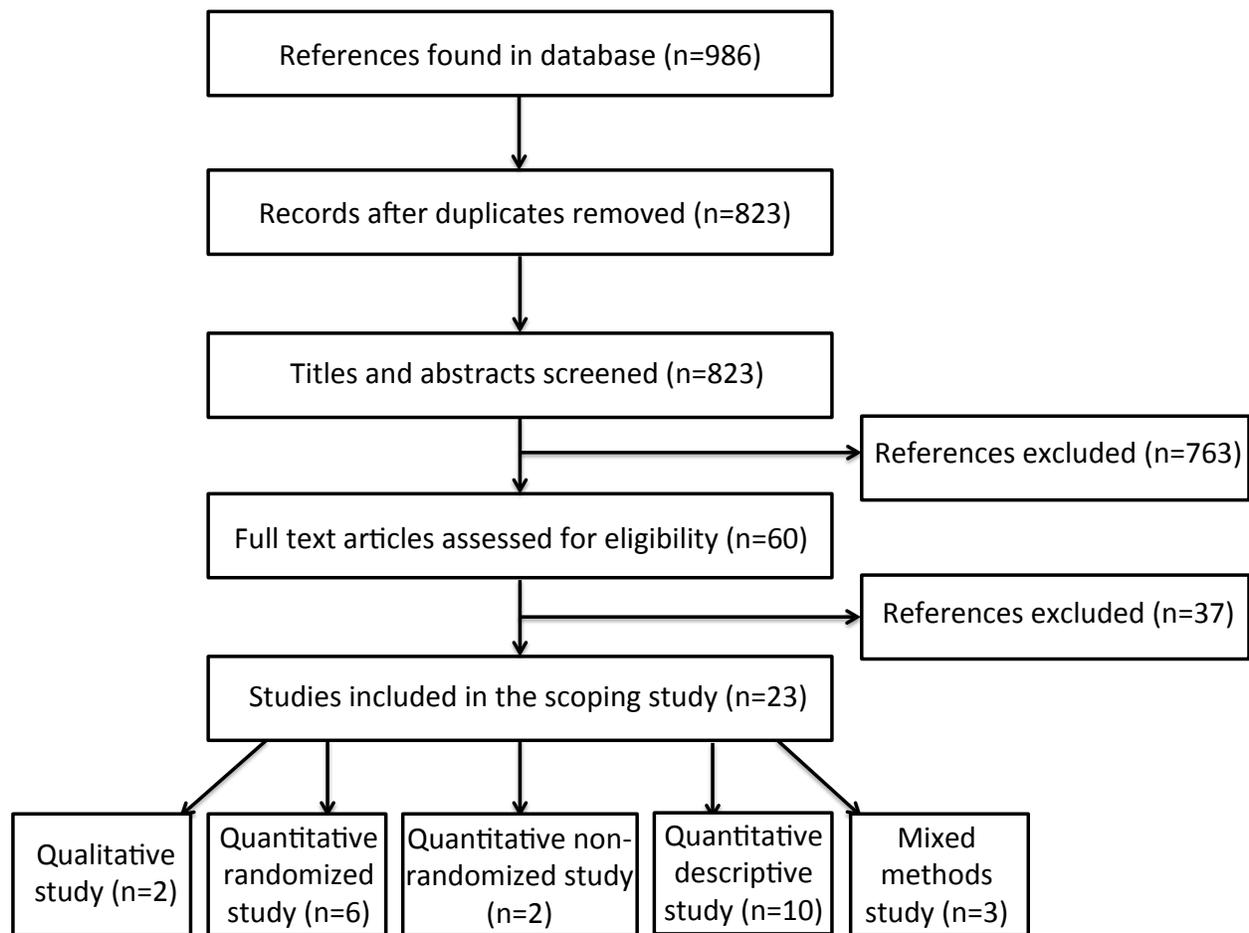


Figure 1. PRISMA flow diagram illustrating articles selected at each phase of the scoping review

References and year of publication

Studies were published between 1993 and 2018; 87% had been published in the past ten years (n = 20).

Research setting

Types of interventions and eating disorders addressed

Twenty-six percent of the studies (n = 6) evaluated more than one type of intervention. Prevention, screening, or referral were addressed in 65.2% (n = 15) of the studies, while 47.8% (n = 11) concerned intervention, and 13% (n = 3) targeted interventions involving a treatment team. The majority were about an intervention for EDs in general (82.6%; n = 19), while three addressed anorexia nervosa alone (13%) and one involved both anorexia nervosa and bulimia nervosa (4.3%). While not all studies specified the age or sex of individuals targeted by the intervention, some studies intended to reach adolescents (n = 6), while others targeted children (n = 1), adults (n = 1), children and adults (n = 1) or women in particular (n = 1).

Research designs

Various designs were used, with quantitative descriptive studies being most common (n = 10). Quantitative designs were applied when the objective of the study was to measure knowledge and comprehension, beliefs or bias, skills, self-efficacy, or confidence in treating people with EDs. They were also used to evaluate professionals' attitudes about treatment, users' practices before and after being exposed to a KT strategy, and adherence to evidence-based practices by using a reliable and valid rating sheet. Qualitative designs were used to evaluate evidence use by observing clinical meetings and conducting semi-structured interviews or, for instance, to identify KT processes and users' experiences of implementation using semi-structured interviews. In some cases, mixed designs were employed to document barriers to implementation. Two studies used a KT framework (Proctor's outcomes for implementation; RE-AIM) to guide evaluation of outcomes (Accurso et al., 2017; DeBate et al., 2013). Eleven articles

correctly identified the limitations of their research results, while 12 studies described some limitations, but did not report others that were relevant (Table 2).

Knowledge transfer strategies employed

Eleven different KT strategies were identified in the studies retained. Most activities involved a form of training: training workshop (n = 6), training with supervision (n = 3), manualized training (n = 1), manualized training with feedback or supervision (n = 3), online training (n = 7), online training with support by phone (n = 2), and active learning, which involved a lecture followed by a mobile educational application (n = 1). Ten studies used, either alone or in combination, print materials, dissemination of a manual without training, meetings for clinical tool development, and regional champions. Most of KT strategies aiming prevention rarely combined activities and involved either online trainings, training workshops or manualized trainings. KT strategies targeting intervention usually combined more activities by including a form of feedback or supervision. As for interventions involving treatment teams, KT strategies not only combined activities, but also had a tendency to include users in an interactive way (i.e. by guiding them in becoming regional champions).

In regards to KT strategies' modalities, eight studies included learning exercises or quizzes to foster knowledge retention. Other components of KT strategies included role-play (n = 6) and the dissemination of clinical tools (n = 3) such as screening tools and handouts. Not all articles specified the duration of KT activities, but eight studies reported that KT activities lasted for at least two days. Six studies mentioned that KT activities lasted between one and four hours.

Target users

The users most often targeted were nurses (n = 13), psychologists/therapists (n = 11), doctors/psychiatrists (n = 10), and social workers (n = 9). Teachers and school personnel (n = 4), dieticians (n = 4), and dental professionals/students or dental hygiene professionals/students (n = 3) were less often targeted.

Outcomes of knowledge transfer strategies

Most studies reported positive outcomes of KT strategies. More specifically, 18 articles documented more than two types of evidence use, but only three described instrumental, conceptual, and persuasive use all together. Instrumental use was observed in nearly all studies (n = 21). Several articles reported increases in treatment implementation or adherence, skill-based or applied knowledge, and healthcare professionals' competence. Manuals alone or manualized training were mostly associated with positive changes in adherence to evidence-based practices shortly after the KT strategy implementation. Gains in competence were essentially observed with online trainings and strategies including supervision or feedback. Conceptual use (n = 19) referred to positive changes in users' attitudes towards evidence-based treatment, training or interprofessional practices, reductions in personal bias towards people with EDs, and increases in knowledge or understanding of ED treatment. Such changes were generally observed following the dissemination of training workshops alone and online trainings. Persuasive use was noted in rare cases (n = 4); while one study documented users' supervising other professionals, three articles reported that users would recommend the training program received to colleagues. Persuasive use was observed following the implementation of online trainings and training

workshops that combined either supervision or feedback. Some articles (n = 8) reported mixed results. In most studies, outcomes were limited with regard to sustainability.

As for which KT strategies were associated with better outcomes, only three studies had assumed the objective of comparing the KT strategies' impacts (Cooper et al., 2017; DeBate et al., 2014; Gooding et al., 2017). While Cooper and colleagues (2017) found no difference in competence between online training alone and online training with supervision groups, DeBate and colleagues (2014) observed greater outcomes in terms of benefits/barriers perceived, self-efficacy, and skills-based knowledge for an interactive online training program compared to a "flat-text" online training program. Gooding and colleagues (2017) also observed increased knowledge for active-learning initiatives compared to print materials. These results suggest KT strategies that involve users actively may lead to enhanced practice comprehension and competence.

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|--|---------------------------------------|--------|--|--|---------|---|
| Accurso, Astrachan-Fletcher, O'Brien, McClanahan & Le Grange, 2018 | <i>Eating Disorders</i> | 4 | I (FBT and DBT) AN (11 to 18 years old) | T+S; M (two-day workshop about FBT & DBT skills through modeling and role play; weekly one-hour group supervision; FBT manual) | I; C | Users reported “moderately positive attitudes” about the treatment in terms of appropriateness and acceptability as well as high treatment fidelity. |
| Adametz et al., 2017 | <i>Mental Health & Prevention</i> | 1 | P (PriMa and Torera prevention programs) AN, BN, BED (11 to 14 years old) | MT (teaching manual and sessions based on teaching exercises such as role plays, poster discussions and analyses of film sequences) | I; C | Nine years following the project, half of the users had stopped delivering the PriMa prevention program. The other half maintained implementation to different degrees. One school continued delivering the Torera prevention program. While participants recognized the need to prevent EDs and the approach used, most thought treatment emphasis should be on reinforcing self-esteem rather than focusing on EDs. |
| Brownlow et al., 2015 | <i>Journal of Eating Disorders</i> | 4 | P; I (diagnosis, treatment and management, content based on a literature review and experts) AN, BN, BED, EDNOS | OT (text-based psychoeducation, role-plays, interactive exercises, quizzes, video of sufferers and their families, readings, references) | I; C; P | Users’ level of knowledge, skills, and confidence in treating people with EDs was increased after delivery of the training program. The online training (OT) program also reduced users’ personal bias towards people with EDs. Users’ willingness to treat binge eating disorders increased after training. They found the program highly relevant, and 100% would recommend the OT to others. |
| Buhl, 1993 | <i>European Eating Disorders</i> | 5 | P; I (diagnosis and psychotherapy, | T+S; PM (36 hours of lectures, supervisory groups every three | I; P | Users showed increased therapeutic activity and reported greater confidence and competence in diagnosing and treating ED. They also became |

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|---------------------|--|--------|---|--|------|---|
| | <i>Review</i> | | content based on literature studies) AN, BN | weeks, individual supervision if needed, bibliographies of texts distributed to participants) | | “resource persons” by supervising other professionals. |
| Chally, 1998 | <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i> | 2 | P (detection and prevention, content based on a literature review and expert consultant in the field) AN, BN, Compulsive overeating (high school students) | T (1 hour training on ED definition, causes, complications, treatment modalities, confronting a student and detection/ prevention) | I; C | Users in the experimental group were more prone to identify students at risk of developing an ED than were members of the control group. Users in the experimental group also showed a significant increase in knowledge compared to the control group. |
| Cooper et al., 2017 | <i>Journal of Medical Internet Research</i> | 2 | I (CBT-E) All forms of ED (includes recommendations for younger patients and underweight patients) | OT; OT+S (brief video presentations, handouts, interspersed formative learning exercises, videos representing phases of treatment and tests of knowledge with feedback, support from a nonspecialist | I; C | Both training groups increased their competence scores, although no difference was found between the two forms of training. Competence scores decreased for both groups at follow-up, but decreases were not statistically significant. |

| Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders | | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------|--|--|------------|--|
| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
| | | | | worker) | | |
| Couturier, Isserlin & Lock, 2010 | <i>Eating Disorders</i> | 4 | I (FBT for AN) AN (12 to 17 years old) | MT+F (two days workshop on the treatment model, role play, weekly supervision) | I | The intervention was adopted with considerable fidelity by users. Higher fidelity was observed in the first phase of treatment compared to the second and third phases. |
| DeBate et al., 2009 | <i>Journal of Dental Education</i> | 4 | P (ED prevention, content based on a literature review and including motivational interviewing) AN, BN, disordered eating behaviors | OT (web-based training that includes didactic and skill-based objectives using scripts, story boards, graphics, videos, text and flowcharts) | C | Pre–post evaluation showed that the online training led to significant positive changes for users in terms of self-efficacy, knowledge of oral manifestations, purging, and treatment options and attitudes towards secondary prevention of ED. |
| DeBate et al., 2013 | <i>Health Education Research</i> | 2 | P (prevention of disordered eating behaviors, content was developed guided by formative research) AN, BN, EDNOS, subthreshold ED (pediatric and | OT (web-based intervention including text, graphics, flowcharts, tables, roll-overs, voice-overs, videos, quizzes, problem-based learning experiences) | I; C | For each of the six study outcomes (role beliefs, benefits/barriers, perceived threat, self-efficacy, knowledge of ED and oral findings, procedural knowledge), post-assessment scores were significantly greater in the intervention group than in the control group. |

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|---|---|--------|---|---|------|---|
| | | | adult) | | | |
| DeBate et al., 2014 | <i>Journal of Dental Education</i> | 2 | P (prevention of disordered ED, content based on the Brief Motivational Interviewing Framework) AN, BN, BED, EDNOS | OT (interactive vs. flat-text) (web-based intervention including text, graphics, flowcharts, tables, roll-overs, voice-overs, videos, quizzes, problem-based learning experiences vs. didactic information) | I; C | Users who participated in the online training program presented better outcomes in relation to benefits/barriers perceived, self-efficacy, and skills-based knowledge. Results suggest that interactive training programs are more effective than “flat-text” e-learning initiatives in facilitating behavior change. |
| Dray, Gilchrist, Singh, Cheesman & Wade, 2014 | <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> | 4 | I (motivational interviewing) Binge and/or purge subtype ED (mean age of 25.64 years) | MT+F; PM (4 weeks manualized training with role plays, weekly taped sessions with written feedback about motivational interviewing adherence, readings about motivational interviewing) | I | Training using both feedback and a workbook with DVD appeared successful for promoting competence and adherence to motivational interviewing (MI). Competence increased when users were able to practice (increase in competence was observed at two months follow-up, even if they did not receive feedback during this period). Long-term follow-up indicated a lack of MI use (due to lack of time and of confidence in using MI without supervision). |
| Fairburn, Allen, Bailey- | <i>Journal of Medical Internet Research</i> | 4 | I (CBT-E) ED | OT+S (video presentations, handouts, formative | I; C | Online training was shown to be feasible and acceptable to users. Results also reported improved competence in users. |

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|------------------------------------|--|--------|--|--|------|--|
| Straebler, O'Connor & Cooper, 2017 | | | | learning exercises, video recordings of treatment phases, tests of knowledge and feedback) | | |
| Gooding et al., 2017 | <i>Journal of Adolescent Health</i> | 3 | P; I (Academy for ED guidelines for screening and medical risk management of ED, based on best practices and best available research) ED (10 to 21 years old) | PM; AL (print copies of the AED guide vs. 1 hour in person interactive lecture on screening and treatment of ED + mobile educational application) | I; C | Groups that received active-learning or print materials screened “high-risk” patients to a greater extent. The active-learning group tended to screen more people than the print-learning group, although the difference was not statistically significant. Users in the active-learning group showed better results in terms of knowledge than users in the print-learning group. |
| Heath et al., 2013 | <i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i> | 4 | P; T (evidence-based continuing interprofessional ED education workshop) ED | T; PM; RC (2 days multimedia workshop, tests of knowledge, videos, materials (handouts, speaker notes, case studies, screening tools, practice guidelines), local professionals serving as regional champions) | I; C | Interprofessional attitudes and skills were found to be more positive after delivery of the workshop, as were knowledge and confidence in collaborative management of ED. After the workshop, 69% of users reported intention to change practice, and seven to ten users confirmed changes in practice at follow-up. |

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------|---|--|---------|--|
| Hutchinson & Johnston, 2008 | <i>Journal of Clinical Nursing</i> | 1 | P; T (evidence-based practice workshop to provide skills in searching and appraising relevant research evidence for the development of a clinical tool about ED management) ED | T; Me (workshop, clinical tool development meetings of 1h to 1h30, every 4-8 weeks over 6 months) | I | Limited reference to research evidence was observed during the process of developing the clinical tool. Users mostly used experiential knowledge, opinions, and contextual knowledge. |
| Linville, Aoyama, Knoble & Gau, 2013 | <i>Journal of Research in Nursing</i> | 5 | P; I (ED screening and intervention, content based on empirically validated treatments) ED | T; PM (60 to 75 min. workshop including directions for the application of a screening tool, a powerpoint presentation and resource packet) | I; C | Users showed pretest to posttest improvements in knowledge about ED and skills; these effects were also observed six-month follow-up. No significant improvement was observed in ED attitudes. Most providers considered the screening tool and list of referrals to be helpful, but the workload associated with the medical profession and lack of time were barriers for regular screening by some providers. Brief training was recognized as helpful for raising awareness of ED and prevalence rates, and for increasing comfort in addressing ED. |
| McVey, Gusella, Tweed & Ferrari, | <i>Eating Disorders</i> | 2 | P (The Student Body program to prevent the onset of disordered | OT (online program including a case study, articles, educational videos and external | I; C; P | The online training program improved teachers' knowledge about dieting and public health professionals' efficacy to "fight weight bias". Users reported a general increase in awareness of weight bias |

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|---|---|--------|---|---|---------|---|
| 2008 | | | eating, content based on previous research) Disordered eating in children (students in grade 4, 5 and 6) | sites) | | in their teaching practices and how these biases can influence body image issues in their students. Ninety-one percent of participants reported using at least one module of the program in class, while 45.5% reported using all six. Most users intended to tell their peers about the program, and 94.7% considered that the knowledge learned would lead them to make changes in their work environment. |
| O'Connor, Morgan, Bailey-Straebler, Fairburn & Cooper, 2018 | <i>Journal of Medical Internet Research</i> | 4 | I (CBT-E) Any form of ED | OT (20 weeks web-centered training program including video presentations, handouts, interspersed learning exercises and tests of knowledge with feedback) | I; C | 52% of users who completed all study measures met or exceeded the competence threshold after training. Strong evidence supported an increase in competence scores for each module of the training completed (whether or not adjustments were made for pretraining scores). |
| Rohde, Shaw, Butryn & Stice, 2015 | <i>Behaviour Research and Therapy</i> | 5 | P (The Body Project, ED prevention program supported by efficacy and effectiveness trials) ED (program that targets women) | MT+F (4 hours workshop, reading of the scripted manual, role-play, discussion about potential issues, feedback by supervisors after viewing of videotaped sessions) | I; C; P | Users perceived the prevention program to be effective. Nearly all reported they would be extremely likely to conduct more groups and recommend the program to other professionals in their work setting. Fifty percent of universities reported offering more groups at one-year follow-up. Two years after the end of study, 12% of universities reported that they continued to deliver the program to groups. |
| Rosenvinge, | <i>European</i> | 4 | P; T (Body and | T+S; PM (17 days of | I; C | Users' competence showed improvement at the |

Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders

| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
|---|---------------------------------------|--------|---|---|------|--|
| Skårderud & Thune-Larsen, 2003 | <i>Eating Disorders Review</i> | | self-esteem program, content based on evidence-based treatments such as family therapy and CBT) ED | education, 11 days of plenary lectures, 6 days of network group supervision, booklet including literature about ED) | | program's end. Their satisfaction with theoretical knowledge, comprehension, and clinical skills training was generally good. Positive attitude changes were also found. Reported numbers of ED patients treated before and after the program's completion were the same. At follow-up, users reported treating more people presenting an ED as a result of the program. |
| Rous, Ranote, Elvins & Bhatt, 2009 | <i>Psychiatric Bulletin</i> | 3 | I (The Rainbow program, based on NICE guidelines) AN | M (Rainbow program manual including a protocol that describes physical investigations, monitoring, meal plans and individual therapy) | I; C | An increase in NICE guidelines adherence was observed. Ninety-four percent of users considered the program useful. The program appeared to have raised the level of care implemented and improved staff confidence in care planning. |
| Waller, D'Souza Walsh & Wright, 2016 | <i>Behaviour Research and Therapy</i> | 4 | I (exposure therapy for ED) ED | T (90 min. teaching session) | C | A substantial improvement in attitudes was observed in users. |
| Whisenhunt, Williamson, Drab-Hudson & Walden, | <i>Eating and Weight Disorders</i> | 2 | P (ED prevention workshop, based on scientific literature) Athletes in junior | T; PM (workshop of 1h30 including reading materials, referral forms, parent handouts, videos, discussion plan and | I; C | Behavior changes (e.g. reading information about ED, showing a video, leading a discussion about ED) were observed in coaches following the delivery of training. Long-term change in knowledge about ED was not as successful. None of the users referred a cheerleader for help before or after training. |

| Table 1. Studies on knowledge transfer strategies for healthcare professionals and treatment teams in the field of eating disorders | | | | | | |
|--|----------------|---------------|--|-----------------------|------------|----------------|
| References | Journal | Design | Type of intervention & ED concerned | KT strategy | Use | Results |
| 2008 | | | high or highschool that could present an ED | cheerleader handouts) | | |

Design

1. Qualitative; 2. Quantitative randomized; 3. Quantitative non-randomized; 4. Quantitative descriptive; 5. Mixed

Type of intervention

P: prevention/screening/diagnosis; I: intervention; T: intervention involving a treatment team

CBT-E: cognitive behavioral therapy for eating disorders; FBT: family-based treatment; DBT: dialectical behaviour therapy

ED concerned

AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; BED: binge eating disorder ED: eating disorders in general

KT strategy

PM: print materials; T: training workshop; T+S: training with supervision; M: manual; MT: manualized training; MT+F: manualized training with feedback or supervision; OT: online training; OT+S: online training and support by phone; AL: active-learning (lecture in person + use of a mobile educational application); RC: regional champions; Me: meetings for clinical management tool development

Use

I: instrumental; C: conceptual; P: persuasive

Table 2. Evaluation of methods of studies included in the scoping review, inspired by the Mixed Methods Appraisal Tool (Pluye et al., 2011)

Qualitative designs (n = 2)

- + Relevant sources of data and analysis
- + Research context taken into account
- + Consideration of researcher's influence in interpretation of results

Quantitative randomized designs (n = 6)

- + Description of the randomization process available
- +/- Complete outcome data (80% or above) observed in half of studies
- Description of allocation concealment rarely reported
- Drop-out rate frequently above 20%

Quantitative non-randomized designs (n = 2)

- + Potential bias due to contamination was controlled
- + Differences between compared groups were documented when applicable
- + Acceptable response rates were documented
- Lack of information about prevention of selection bias
- Percentage of outcome data obtained either not reported or only partially

Quantitative descriptive designs (n = 10)

- + Sample generally representative of the population under study
- + Clear origin and adequate validity of instruments usually reported
- + Acceptable response rates reported in almost all studies
- +/- Sample strategy relevant, but presence of small samples in many studies

Mixed designs (n = 3)

- + Relevant sources of qualitative data and analysis in general
- + Relevant sample strategy and representative samples of the population under study
- + Integration of relevant qualitative and quantitative data
- Unreported consideration of researcher's influence in interpretation of qualitative results
- Most studies did not report using standardized quantitative instruments
- Poor consideration of limitations associated with triangulation

Legend

- + : adequate aspects of studies' methods
- +/- : mixed results about studies' methods
- : insufficient details, or methodological aspects that may need improvement

Conditions for evidence uptake

One study (Hutchinson & Johnston, 2008) addressed the conditions influencing multidisciplinary teams' decisions when developing evidence-based ED clinical management tools. For instance, their results showed professionals (physicians, nurses, and allied health professionals) performed different roles in decision-making based on their field of expertise. As such, even when nurses were trained in seeking out and recognizing research-based evidence, they and other healthcare professionals generally accepted physicians' opinions as valid, without confirming whether those were supported by research.

Our analysis identified some conditions influencing users' adoption of evidence-based practices. These conditions were grouped into five categories: 1) characteristics of the KT strategy; 2) characteristics of the knowledge transferred; 3) characteristics of users; 4) characteristics related to administrative support and available resources; and 5) characteristics of the individuals presenting an ED and their families (Table 3). Examples of favorable conditions included: presenting easily applicable, flexible, and diversified material to address clinicians' needs (Adametz et al., 2017; Couturier, Isserlin, & Lock, 2010; Dray, Gilchrist, Singh, Cheesman, & Wade, 2014); clinicians' positive attitudes towards treatment, leading to use of exposure therapy (Waller, D'Souza Walsh, & Wright, 2016); treating a patient during training, associated with enhancement in competence for therapists (O'Connor, Morgan, Bailey-Straebler, Fairburn, & Cooper, 2018); integration of evidence-based material into the curriculum or approach adopted by the organization (Adametz et al., 2017; Chally, 1998; Rohde, Shaw, Butryn, & Stice, 2015); and training and support provided to directors, leading potentially to train-the-trainer initiatives (Rhode et al., 2015).

As illustrations of barriers to evidence-based practice, articles reported: technical difficulties related to website use for training, or limited access to Internet (Fairburn, Allen, Bailey-Straebler, O'Connor, & Cooper, 2017); lack of time for users to integrate evidence due to other obligations and busy schedules (Adametz et al., 2017; Chally, 1998; Dray et al., 2014; Fairburn et al., 2017; Hutchinson & Johnston, 2008; Linville, Aoyama, Knoble, & Gau, 2013; Rohde et al., 2015); and reported ambivalence among individuals presenting an ED to share personal information with nurses when more than one was involved in motivational interviewing sessions (Dray et al., 2014).

Table 3. Conditions influencing evidence-based practices identified in the scoping review

| Categories of conditions | Factors facilitating evidence-based practice | Barriers to evidence-based practice |
|--|--|--|
| KT strategy | <ul style="list-style-type: none"> - Access to screening tools - Online training facilitating access according to work schedule - Role-play component | <ul style="list-style-type: none"> - Program too intensive - Challenges with manualized format - Technical difficulties leading to unstable access to the evidence transferred |
| Knowledge transferred | <ul style="list-style-type: none"> - Clear material, easily applicable - Flexible material - Diversified adapted material | <ul style="list-style-type: none"> - Lack of available research evidence or conflicting results |
| Users | <ul style="list-style-type: none"> - Positive attitudes towards treatment - Treating a patient during training - Having research experience | <ul style="list-style-type: none"> - Lack of confidence to use interventions unsupervised - Stigmatization of people diagnosed with an ED - Relying on experience that is not always consistent with current evidence |
| Administrative support and available resources | <ul style="list-style-type: none"> - Support from administration - Integration of material into the | <ul style="list-style-type: none"> - Costs of cooperating with experts or of |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>approach adopted by the organization</p> <ul style="list-style-type: none"> - Access to referral resources - Training and offering support to directors - Building relationships with community partners - Raising awareness of available programs | <p>participating in KT initiatives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frequent staff turnover - Lack of motivated teachers - Negative attitudes of colleagues - Lack of invitations for implementation - Lack of time to integrate evidence - No political engagement for prevention |
| Individuals diagnosed with an ED or targeted by a prevention program and their families | | <ul style="list-style-type: none"> - Lack of interest in or satisfaction with ED programs among parents or young people diagnosed with an ED - Ambivalence about disclosure of personal information - Perceived stigma associated with participating in an ED program - Lack of time to participate in ED programs |

Discussion

Main outcomes and methodological shortcomings

Among the key findings of this review were that the principal KT strategies were based on printed materials, manuals, training workshops (using supervision, manuals, and online media—alone or in combination), regional champions, and/or meetings to develop a clinical management tool. Various designs were used to evaluate outcomes of KT strategies, with the main one being quantitative descriptive. Except for studies using qualitative and quantitative descriptive designs, many studies did not report information that would usually support the

evaluation of methodological quality. For instance, in the three mixed-design studies reviewed, the authors did not mention how results might relate to researchers' influence or describe potential limitations associated with triangulation of qualitative and quantitative results. Two of these mixed-design studies also did not report using standardized instruments. Some studies using quantitative randomized designs did not describe blinding procedures, while in some studies using quantitative non-randomized designs, prevention of selection bias and percentages of outcome data were also not reported. Results obtained in these contexts must therefore be interpreted with caution.

While few studies targeted the evaluation of persuasive use, both instrumental use and conceptual use of evidence-based practices were more frequently documented. This might be due to the fact that fewer instruments have been developed to measure persuasive use, or that this type of use has received less attention in the scientific literature (Siron et al., 2015; Dagenais, Malo et al., 2013). In addition, few studies compared outcomes of different KT strategies, such that more remains to be learned about the respective impacts of strategies when used in real-world settings, as well as when used in combination. For example, Accurso and colleagues (2018) observed that dialectical behavior therapy skills were applied with less fidelity than were family-based therapy components, potentially due to the difficulty of including dialectical behavior therapy skills in a newly-learned intervention such as family-based therapy. Taking into account ED clinicians' needs and previous experience is known to be important when transferring evidence (Couturier et al., 2013).

Relevant disseminated treatments

Specific treatments most frequently disseminated in the studies retained were enhanced cognitive behavioral therapy for ED (CBT-E) and family-based treatment (FBT). CBT-E is considered a transdiagnostic treatment for all forms of ED, which may in part account for its high adoption by clinicians due to its clinical range (Fairburn & Wilson, 2013). As for FBT, the treatment protocol involves parents (Loeb & le Grange, 2009), which aligns with the finding that factors associated with families of individuals diagnosed with an ED were identified in the scoping review and elsewhere (Couturier et al., 2013) as influencing evidence-based practices.

Conditions for use specific to interdisciplinary work

In addition, factors related to researchers were not identified in the scoping review as influencing clinicians' adoption of practices. This finding might be explained by the limited attention paid to researcher's influence on results. As for conditions that could affect individual decision-making or interdisciplinary work, articles that identified such conditions were rare. In fact, throughout the studies retained, users were targeted for different purposes according to their professional backgrounds. Teachers, school personnel, coaches, dentists, and dental hygienists were specifically approached for the adoption of prevention practices, whereas nurses, therapists, physicians, dietitians, and social workers were targeted both for prevention and for implementation of ED treatments. It appeared that professionals already trained in addressing physical or mental health difficulties, or both, were most often targeted for the uptake of ED interventions at later stages of ED management. For instance, nurses were more frequently targeted in all the studies. This may have been due to the fact that nurses

can play a central role not only in monitoring physical symptoms, but also, with specialized training, in providing psychosocial support to persons diagnosed with an ED (Carter, Webb, Findlay, Grant, & Van Blyderveen, 2012). Thus, Rosenvinge, Skårderud & Thune-Larsen (2003) recommended that users first be trained in their individual roles according to professional backgrounds before addressing interdisciplinary competencies. Despite this recommendation, there is a need to better understand why clinicians prefer to rely on personal experience and why some professionals are inclined to accept the opinions of others (i.e., physicians) without scrutiny rather than to seek out research evidence themselves when implementing ED interventions. This tendency could be due in part to individual factors, such as confirmation bias displayed when clinicians show reluctance to adopt findings that may contradict their own opinions or the valued opinions of others. Clinicians' level of familiarity and experience with research appears also to be an important factor influencing their appropriation of evidence-based practices (Hutchinson & Johnston, 2008). Healthcare professionals might also assume relevant research findings are either unavailable (Hutchinson & Johnston, 2008) or would cast doubt on their own competencies, leading them to adopt fewer evidence-based practices over time (Dray et al., 2014). Such challenges might be met more constructively if certain conditions are in place to support healthcare professionals in reflecting on their practices, such as cultivating mindful self-awareness, connecting with other professionals rather than remaining isolated, widening their perspectives to comprehend complexity, and benefiting from clinical supervision (Gustafsson & Fagerberg, 2004; Harrison & Westwood, 2009). Conversely, reflective practice may be impeded when there is limited recognition of reflection as a way to develop knowledge, or when there are important time constraints (Mamede & Schmidt, 2005; Mantzoukas & Jasper, 2004). One study in this review

found that, before training, psychologists were less likely to present negative attitudes towards exposure therapy than were professionals in other disciplines (Waller et al., 2016). It might therefore be instructive to explore professional backgrounds and teaching curricula to understand the factors that influence different professionals' receptivity to research evidence integration.

Limitations of the study

Despite the systematic process used to conduct this scoping review, this study has certain limitations. First, only scientific articles were selected, such that book chapters and grey literature were not included. Second, our search was limited to articles written in English or French. Third, some articles were not included in the scoping review despite the relevance of the KT strategies involved (e.g. train-the-trainer strategies, task shifting), most often because the evaluations were not rigorous or were not conducted in a specific setting, or because they did not measure research use by future or current healthcare professionals. For instance, some articles did not report in detail whether the knowledge transferred through the KT initiatives was evidence-based (e.g. articles on interventions developed by experts or on conceptual and theoretical frameworks). In such cases, it was difficult to know what content was disseminated and to identify conditions related to the knowledge being transferred that could enhance or limit evidence use by healthcare professionals. Also, some KT strategies targeting clinicians reported impacts on individuals with an ED but did not measure the clinicians' use of evidence. Given the lack of information on the implementation fidelity of the ED interventions, these studies were excluded due to the difficulty of associating observed outcomes with the KT strategy applied. Nevertheless, these strategies may not only be

relevant, but also viable alternatives for transmitting evidence-based practices through different communication channels (Kazdin et al., 2017). KT strategies aimed at persons presenting an ED and/or those in their circle of support (e.g. self-help programs) were also excluded. However, given that the scoping review identified characteristics of persons presenting an ED as having an influence on clinicians' interventions, such strategies may offer the potential for improving the sustainability of outcomes by increasing opportunities and means of transferring evidence-based practices. Finally, the scoping review identified no KT strategies specifically designed for binge eating disorder prevention or intervention. This could be due to the fact that binge eating disorder was only recognized as a disorder of its own starting with the 2013 publication of the DSM-5. As such, the findings reported here might not apply to binge eating disorder prevention and treatment.

Recommendations for future studies and conclusion

While training workshops or online training were identified in this scoping review as the main KT strategies used, evaluations of such strategies are still needed to better understand how to sustain evidence-based practices. To foster greater instrumental, conceptual, and persuasive use over the long term, it might be useful not only to combine KT strategies, but also to include initiatives involving active/interactive learning, supervision, feedback, or regional champions. Future research could also seek to develop new validated instruments for measuring persuasive use of evidence and evaluate the respective effects of KT strategies when combined. For instance, mixed-methods designs may be relevant to better understand what component of a KT strategy could affect evidence uptake by healthcare professionals and treatment teams. Dagenais, Malo and colleagues (2013) also suggested that mixed designs be

used more often given the complexity of KT strategies in the field of public health. Studies are also needed to identify specific conditions that could influence the implementation of KT strategies for binge eating disorder prevention and treatment. People with binge eating disorder tend to seek help less often or later than those diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa, which could be due to the limited recognition of this disorder (Beating Eating Disorders, 2015). Different KT strategies or approaches may be needed to reach this population. Table 4 offers recommendations that target certain challenges encountered in real-world settings for ED prevention, screening, and treatment.

Table 4. Recommendations for evidence uptake by ED clinicians and treatment teams

| Potential challenges for ED prevention, screening, or treatment | Key solutions in light of results from the scoping review |
|---|---|
| <p><i>Among ED professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Assumption that relevant evidence is unavailable - Non-adoption of evidence-based practices | <p><i>For researchers and training professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Use a variety of KT strategies or formats to facilitate access to evidence (e.g. interactive strategies; online training) - Take into account clinical needs and ED professionals’ experience (e.g. level of familiarity with research) by providing adapted materials |
| <p><i>Among ED treatment teams</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiguity or conflicts about each professional’s role in the team - Disagreements around intervention goals | <p><i>For researchers and training professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Train professionals about roles associated with their own discipline before offering training for interdisciplinary competencies <p><i>For organizations</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Increase opportunities for communication between ED professionals (e.g. by holding team meetings) |
| <p><i>Among persons diagnosed with an ED</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Some are either not diagnosed, do not receive treatment, or end treatment prematurely | <p><i>For researchers and professionals involved in prevention/training initiatives</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implement KT strategies aimed at persons presenting an ED or those supporting them (e.g. self-help programs) - Involve those persons in developing intervention programs to foster patient |

| | |
|--|--|
| | <p>satisfaction</p> <ul style="list-style-type: none">- Increase awareness of evidence-based programs for ED among decision-makers and political leaders <p><i>For ED professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Reflect on beliefs that could contribute to stigmatization (e.g. about weight) |
|--|--|

Supporting information

Table S1

SEARCH STRATEGY: STEP BY STEP

A systematic review of knowledge transfer strategies for the uptake of evidence-based psychosocial interventions by healthcare professionals in the field of eating disorders

Objectives:

- 1) Identify KT strategies in the field of ED and describe their outcomes
- 2) Document favorable conditions and barriers to KT

Databases:

MEDLINE, PsycINFO

Journal articles (excluded: books, book chapters, doctoral and master's theses)
Published between 1990 and 2018 (July)
Published in English or French

Category 1: Knowledge transfer (KT) and KT strategies

evidence* disseminat* OR evidence* uptak* OR evidence* implement* OR evidence* action* OR evidence* adopt* OR evidence* exchang* OR evidence* utilizat* OR evidence* use* OR evidence* applicat* OR evidence informed decision* OR knowledge* adopt* OR knowledge* exchang* OR knowledge* transfer* OR knowledge* utilizat* OR knowledge* applicat* OR knowledge* implement* OR knowledge translat* OR knowledge* action* OR knowledge* use* OR knowledge* disseminat* OR knowledge* mobili* OR knowledge uptak* OR knowledge* practic* OR research* applicat* OR research* implement* OR research* uptak* OR research-practic* OR research* use* OR research* utilizat* OR research* adopt* OR research* exchang* OR research* translat* OR research* action* OR know-do* OR best* practice* adopt* OR best* practice* use* OR innovat* OR implement* OR decision-making* OR disseminat* OR training* OR supervision* OR e-learning* OR guideline* OR feedback* OR manual* OR mobile app* OR smartphone app* OR clinical tool* OR telemedecine* OR workshop* OR cyberhealth* OR train-the-trainer OR barrier* OR facilitat* OR digital intervention* educational program* case-based learning* interprofessional* education*

Category 2: Eating disorders

eating* disorder* OR bulimi* OR anorexi* OR binge eating* OR EDNOS OR orthorexi* OR bigorexi*

Category 3: Intervention

treatment* OR intervention* OR prevention* OR clinical team* OR collaborati* care OR interdisciplinar* team* OR interdisciplinar* care OR multidisciplinar* team* OR multidisciplinar* care OR transdisciplinar* care OR transdisciplinar* team* OR screening*

OR clinician* OR assess* OR counsel* OR counsell* OR therapist* OR nurse* OR nutritionist* OR psychotherap* OR decision-maker* OR health professional* OR practitioner* OR clinical practice* clinical competence*

Terms within each category were combined using OR, and categories were combined using AND

* captures all possible endings to the root word

Relevance screening form (based on supplementary material from: Rajić, A., Young, I., & McEwen, S. A. (2013). Improving the utilization of research knowledge in agri-food public health: A mixed-method review of knowledge translation and transfer. *Foodborne Pathogens and Disease*, 10(5), 397–412.)

| Question | Options | Definitions / additional details and options |
|--|---|---|
| <p>1. Is the article about the evaluation of one or many KT strategies (e.g. training program for clinicians, clinical supervisions, e-learning initiatives, mobile apps, guidelines, manuals, workshops, policy briefs, deliberative dialogues, etc.) in the field of ED intervention, prevention, or interprofessional collaboration?</p> | <p>1) Yes, describes a KT strategy in a specific setting or application 2) None of the above</p> <p>If “None of the above” is selected, the article will be EXCLUDED. In such cases, specify reasons for exclusion, e.g.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insufficient details provided for extraction (e.g. provides general review or overview of KT strategies and/or conditions of use and/or KT processes without having a specific setting) • Focused on conceptual or theoretical frameworks about KT • Refers to physical instruments such as questionnaires, measurement scale or checklist (unless there is a measure about tool use) • Reviews or knowledge | <p>1) Yes, specific setting or application:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the KT strategy aimed at clinicians, health professionals, clinical teams, therapists, nurses, nutritionists, practitioners, decision-makers, future health professionals, or sports coaches? <p>2) None of the above</p> <p>If “None of the above” is selected, article will be EXCLUDED. In such cases, specify reasons for exclusion, e.g.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Self-help programs for individuals with an ED • Programs aimed at family members and supporters |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>syntheses (e.g. systematic reviews, scoping studies, and meta-analysis, comments, editorials)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Does not involve a KT strategy (e.g. surveys about practices) • KT initiatives are not in the field of ED | |
| 2. Is the KT strategy aimed at increasing clinicians' knowledge use? | <p>1) Yes 2) No</p> <p>If "no" is selected, the article will be EXCLUDED, e.g.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describes impacts of the KT strategy on individuals diagnosed with an ED | <p>1) Yes, the KT strategy is aimed at increasing clinicians' knowledge use <i>N.B. knowledge use can take different forms:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • conceptual use (to change clinicians' attitudes, perceptions, or comprehension) • instrumental use (to change practices or decision-making) • persuasive use (to influence or convince others) |
| 3. Does the knowledge being transferred relate to a psychosocial intervention? | <p>1) Yes 2) No</p> <p>If "no" is selected, the article will be EXCLUDED, e.g.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • If it concerns pharmacotherapy | |
| 4. Is there a description of the method used to evaluate the KT strategy? | <p>1) Yes 2) No</p> <p>If "no" is selected, the article will be EXCLUDED.</p> | Include qualitative interviews for identification of conceptual uses of knowledge |
| 5. Is the KT strategy transferring evidence-based knowledge? | <p>1) Yes 2) No</p> <p>If "no" is selected, the article will be EXCLUDED.</p> | |

Document the number of articles retained and excluded in the following steps:

1) Total of articles obtained in every database

2) Titles and abstracts

3) Full-text articles

4) Specify the number of articles retained for every research design

- For articles excluded, specify reason for exclusion

Use the Mixed Methods Appraisal Tool to analyze the methods of retained articles

References

- Accurso, E. C., Astrachan-Fletcher, E., O'Brien, S., McClanahan, S. F., & Le Grange, D. (2018). Adaptation and implementation of family-based treatment enhanced with dialectical behavior therapy skills for anorexia nervosa in community-based specialist clinics. *Eating Disorders*, 26(2), 149–163. doi: 10.1080/10640266.2017.1330319
- Adametz, L., Richter, F., Preußer, J., Mühleck, J., Wick, K., Strauß, B., & Berger, U. (2017). Implementation of the school-based prevention programs PriMa and Torera for eating disorders: A long-term qualitative analysis of barriers and facilitators. *Mental Health & Prevention*, 8, 7–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2017.08.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 8(1), 19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Beating Eating Disorders. (2015). *The costs of eating disorders: Social, health, and economic impacts*. Retrieved from <https://www.beateatingdisorders.org.uk/uploads/documents/2017/10/the-costs-of-eating-disorders-final-original.pdf>
- Breckon, J., & Dodson, J. (2016). *Using evidence: What works. A discussion paper*. Retrieved from <https://www.alliance4usefulevidence.org/assets/Alliance-Policy-Using-evidence-v4.pdf>
- Brownlow, R. S., Maguire, S., O'Dell, A., Dias-da-Costa, C., Touyz, S., & Russell, J. (2015). Evaluation of an online training program in eating disorders for health professionals in Australia. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0078-7>
- Buhl, C. (1993). A multiprofessional educational programme on eating disorders for the psychiatric health services in Norway. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 90–99. <https://doi.org/10.1002/erv.2400010204>
- Canadian Institutes of Health Research. (2014). *Knowledge translation at CIHR*. Retrieved from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>
- Carter, N., Webb, C., Findlay, S., Grant, C., & Van Blyderveen, S. (2012). The integration of a specialized eating disorders nurse on a general inpatient pediatric unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 549–556. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.06.014>

- Chally, P. S. (1998). An eating disorders prevention program. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 11*(2), 51–60. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1998.tb00431.x>
- Cooper, Z., Bailey-Straebler, S., Morgan, K. E., O'Connor, M. E., Caddy, C., Hamadi, L., & Fairburn, C. G. (2017). Using the Internet to train therapists: Randomized comparison of two scalable methods. *Journal of Medical Internet Research, 19*(10), e355. doi:10.2196/jmir.8336
- Couturier, J., Isserlin, L., & Lock, J. (2010). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A dissemination study. *Eating Disorders, 18*(3), 199–209. <https://doi.org/10.1080/10640261003719443>
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S., & McVey, G. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders, 46*(2), 177–188. <https://doi.org/10.1002/eat.22049>
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S., & McVey, G. (2014). Using a knowledge transfer framework to identify factors facilitating implementation of family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders, 47*(4), 410–417. <https://doi.org/10.1002/eat.22225>
- Couturier, J. L., & Kimber, M. S. (2015). Dissemination and implementation of manualized family-based treatment: A systematic review. *Eating Disorders, 23*(4), 281–290. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1042312>
- Crow, S. J., Swanson, S. A., Le Grange, D., Feig, E. H., & Merikangas, K. R. (2014). Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 55*(7), 1534–1539. doi:10.1016/j.comppsy.2014.05.021
- Currin, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M., & Schmidt, U. (2007). The use of guidelines for dissemination of “best practice” in primary care of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*(5), 476–479. <https://doi.org/10.1002/eat.20385>
- Dagenais, C., Lysenko, L., Abrami, P. C., Bernard, R. M., Ramde, J., & Janosz, M. (2012). Use of research-based information by school practitioners and determinants of use: A review of empirical research. *Evidence & Policy, 8*(3), 285–309. <https://doi.org/10.1332/174426412X654031>
- Dagenais, C., Malo, M., Robert, E., Ouimet, M., Berthelette, D., & Ridde, V. (2013). Knowledge transfer on complex social interventions in public health: A scoping study. *PLoS One, 8*(12), e80233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080233>

- Dagenais, C., Plouffe, L., Gagné, C., Toulouse, G., Breault, A. A., & Dupont, D. (2017). Improving the health and safety of 911 emergency call centre agents: An evaluability assessment of a knowledge transfer strategy. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 23(1), 50–59. <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1216355>
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(Suppl 1), 70–79. <https://doi.org/10.1177/1757975912462416>
- DeBate, R. D., Severson, H., Zwald, M. L., Shaw, T., Christiansen, S., Koerber, A., ... & Tedesco, L. A. (2009). Development and evaluation of a web-based training program for oral health care providers on secondary prevention of eating disorders. *Journal of Dental Education*, 73(6), 718–729.
- DeBate, R. D., Severson, H. H., Cragun, D., Bleck, J., Gau, J., Merrell, L., ... & Taris, M. (2014). Randomized trial of two e-learning programs for oral health students on secondary prevention of eating disorders. *Journal of Dental Education*, 78(1), 5–15.
- DeBate, R. D., Severson, H. H., Cragun, D. L., Gau, J. M., Merrell, L. K., Bleck, J. R., ... & Hendricson, W. (2013). Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Education Research*, 28(3), 472–487. <https://doi.org/10.1093/her/cyt050>
- DeJesse, L. D., & Zelman, D. C. (2013). Promoting optimal collaboration between mental health providers and nutritionists in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 21(3), 185–205. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.779173>
- Dray, J., Gilchrist, P., Singh, D., Cheesman, G., & Wade, T. D. (2014). Training mental health nurses to provide motivational interviewing on an inpatient eating disorder unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 652–657. <https://doi.org/10.1111/jpm.12163>
- Eisler, I., Lock, J. & Le Grange, D. (2010). Family-Based Treatments for Adolescents with Anorexia Nervosa Single-Family and Multifamily Approaches. In C. M. Grilo & J. E. Mitchell (dir.), *The treatment of eating disorders A clinical handbook* (p. 150-174). New York : Guilford Press.
- Fairburn C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Allen, E., Bailey-Straebler, S., O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2017). Scaling up psychological treatments: A countrywide test of the online training of therapists. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e214. doi:10.2196/jmir.7864
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (2013). The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 516–521. <https://doi.org/10.1002/eat.22110>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 361–384. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199712\)22:4<361::AID-EAT2>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4<361::AID-EAT2>3.0.CO;2-K)
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 359–385. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199912\)26:4<359::AID-EAT2>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199912)26:4<359::AID-EAT2>3.0.CO;2-7)
- Flament, M. F., Bissada, H., & Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(2), 189–207. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000381>
- García de Amusquibar, A. M. (2000). Interdisciplinary team for the treatment of eating disorders. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 5(4), 223–227. <https://doi.org/10.1007/BF03354450>
- Gooding, H. C., Cheever, E., Forman, S. F., Hatoun, J., Jooma, F., Touloumtzis, C., & Vernacchio, L. (2017). Implementation and evaluation of two educational strategies to improve screening for eating disorders in pediatric primary care. *Journal of Adolescent Health*, 60(5), 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.002>
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 217–280. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00880.x>
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016081>
- Heath, O., English, D., Simms, J., Ward, P., Hollett, A., & Dominic, A. (2013). Improving collaborative care in managing eating disorders: A pilot study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(4), 235–243. <https://doi.org/10.1002/chp.21187>
- Hutchinson, A. M., & Johnston, L. (2008). An observational study of health professionals' use of evidence to inform the development of clinical management tools. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2203–2211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02384.x>
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., Horn, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., ... & Bulik, C. M. (2008). Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 47–56. <https://doi.org/10.1002/eat.20463>

- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170–189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Kosmerly, S., Waller, G., & Robinson, A. L. (2015). Clinician adherence to guidelines in the delivery of family-based therapy for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 223–229. <https://doi.org/10.1002/eat.22276>
- Langer, L., Tripney, J., & Gough, D. (2016). *The science of using science: Researching the use of research evidence in decision-making*. Retrieved from <https://www.alliance4usefulevidence.org/assets/Science-of-Using-Science-Final-Report-2016.pdf>
- Linville, D., Aoyama, T., Knoble, N. B., & Gau, J. (2013). The effectiveness of a brief eating disorder training programme in medical settings. *Journal of Research in Nursing*, 18(6), 544–558. <https://doi.org/10.1177/1744987112452182>
- Loeb, K. L., & le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 2(2), 243–254.
- Mamede, S., & Schmidt, H. (2005). Correlates of reflective practice in medicine. *Advances in Health Sciences Education, Theory and Practice*, 10(4), 327–337. <https://doi.org/10.1007/s10459-005-5066-2>
- Mantzoukas, S., & Jasper, M. (2004). Reflective practice and daily ward reality: A covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 925–933. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x>
- McVey, G., Gusella, J., Tweed, S., & Ferrari, M. (2008). A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 17(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/10640260802570064>
- National Institute for Health and Care Excellence (May 2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- O'Connor, M., Morgan, K. E., Bailey-Straebl, S., Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2018). Increasing the availability of psychological treatments: A multinational study of a scalable method for training therapists. *Journal of Medical Internet Research*, 20(6), e10386. doi: 10.2196/10386
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., ... & Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Retrieved from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>

- Rohde, P., Shaw, H., Butryn, M. L., & Stice, E. (2015). Assessing program sustainability in an eating disorder prevention effectiveness trial delivered by college clinicians. *Behaviour Research and Therapy*, *72*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.009>
- Rosenvinge, J. H., Skårderud, F., & Thune-Larsen, K. B. (2003). Can educational programmes raise clinical competence in treating eating disorders? Results from a Norwegian trial. *European Eating Disorders Review*, *11*(4), 329–343. <https://doi.org/10.1002/erv.503>
- Rous, E., Ranote, S., Elvins, R., & Bhatt, A. (2009). A manualised in-patient programme for young people with anorexia based on NICE guidance. *Psychiatric Bulletin*, *33*(4), 135–137. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.019364>
- Simmons, A. M., Milnes, S. M., & Anderson, D. A. (2008). Factors influencing the utilization of empirically supported treatments for eating disorders. *Eating Disorders*, *16*(4), 342–354. <https://doi.org/10.1080/10640260802116017>
- Siron, S., Dagenais, C., & Ridde, V. (2015). What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: A scoping review. *International Journal of Public Health*, *60*(7), 849–863. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0716-5>
- Strandberg, E., Catrine Eldh, A., Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., & Wallin, L. (2014). The concept of research utilization as understood by Swedish nurses: Demarcations of instrumental, conceptual, and persuasive research utilization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *11*(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/wvn.12013>
- Tetroe, J. (2007). Knowledge translation at the Canadian Institutes of Health Research: A primer. (Technical brief no. 18). *Focus, a publication of the National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR)*. Retrieved from https://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus18/Focus18.pdf
- Tobin, D. L., Banker, J. D., Weisberg, L., & Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(8), 754–757. <https://doi.org/10.1002/eat.20426>
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V. A., & Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *57*, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.003>
- von Ranson, K. M., & Robinson, K. E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(1), 27–34. <https://doi.org/10.1002/eat.20201>

- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Stevenson, A. (2013). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research, 23*(3), 333–343. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735377>
- Wallace, L. M., & von Ranson, K. M. (2011). Treatment manuals: Use in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 49*(11), 815–820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.002>
- Wallace, L. M., & von Ranson, K. M. (2012). Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals. *Behaviour Research and Therapy, 50*(3), 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.006>
- Waller, G. (2016). Treatment protocols for eating disorders: Clinicians' attitudes, concerns, adherence and difficulties delivering evidence-based psychological interventions. *Current Psychiatry Reports, 18*(4), 36. doi: 10.1007/s11920-016-0679-0
- Waller, G., Mountford, V. A., Tatham, M., Turner, H., Gabriel, C., & Webber, R. (2013). Attitudes towards psychotherapy manuals among clinicians treating eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 51*(12), 840–844. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.004>
- Waller, G., D'Souza Walsh, K., & Wright, C. (2016). Impact of education on clinicians' attitudes to exposure therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 76*, 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.014>
- Whisenhunt, B. L., Williamson, D. A., Drab-Hudson, D. L., & Walden, H. (2008). Intervening with coaches to promote awareness and prevention of weight pressures in cheerleaders. *Eating and Weight Disorders: EWD, 13*(2), 102–110. <https://doi.org/10.1007/BF03327610>

3.2. Transition entre le premier et le second article de la thèse

La *scoping review* réalisée met ainsi en évidence que différentes stratégies de TC sont habituellement employées dans le domaine des TCA en fonction du type d'intervention visé (prévention, intervention ou intervention en équipe interdisciplinaire). La figure 1 ci-dessous présente ces activités de TC en fonction de leur niveau d'interaction.

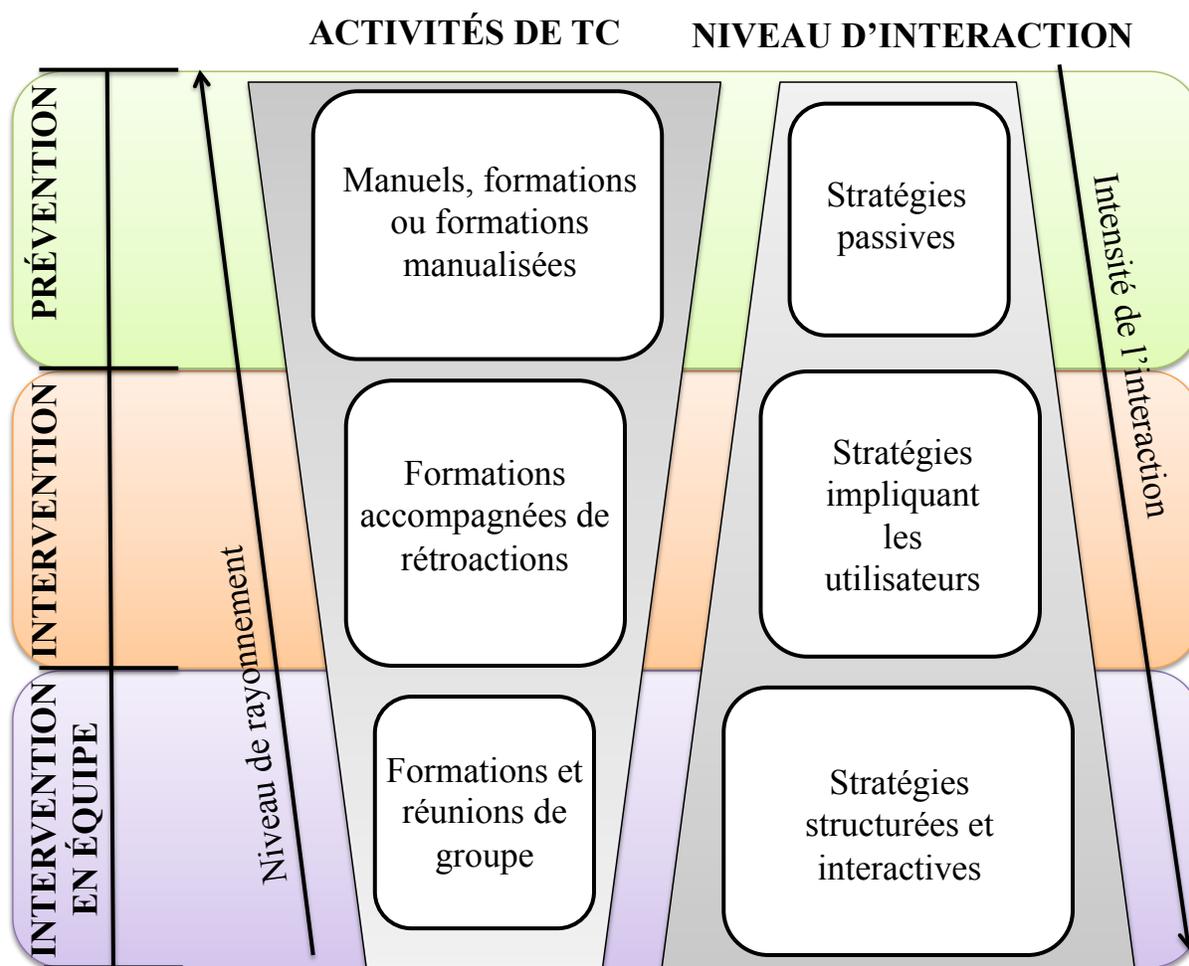


Figure 1. Niveaux d'interactions et activités de TC employées pour chaque phase de l'intervention en TCA (adapté de Lemire, Souffez et Laurendeau (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut National en Santé Publique du Québec, p. 31.)

Sachant que des stratégies de TC plutôt passives sont souvent utilisées dans le cadre d'initiatives de prévention ou de dépistage des TCA, l'ajout d'une composante interactive (i.e. jeux de rôles) pourrait s'avérer prometteur pour soutenir une utilisation instrumentale, conceptuelle et persuasive des connaissances par les intervenants. En effet, les résultats de l'étude de Gooding et collègues (2017) [étude incluse dans le premier article de thèse] suggèrent qu'un mode d'apprentissage interactif et actif est susceptible de présenter de meilleurs résultats sur l'utilisation que la simple diffusion de matériels imprimés. Pour cette raison, le second article de thèse vise l'évaluation d'une formation fondée sur des données probantes pour le dépistage des TCA qui adopte une composante pédagogique didactique et interactive.

3.3. Article 2

Évaluation d'une formation québécoise fondée sur des données probantes pour améliorer le dépistage des troubles du comportement alimentaire

Laurence Plouffe; Université de Montréal, Département de psychologie

Christian Dagenais; Université de Montréal, Département de psychologie

Johana Monthuy-Blanc; Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences de l'éducation

Cet article a été publié dans : La Revue Canadienne De Santé Mentale Communautaire

Résumé

Une formation pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire (TCA) destinée à des intervenant(e)s des services de santé généraux du Québec a été évaluée dans le but de cerner ses effets sur l'utilisation de données probantes dans les pratiques. L'analyse des réponses aux questionnaires complétés par les intervenant(e)s révèle une acquisition de connaissances, des réactions positives envers la formation et une intention d'utiliser les connaissances acquises. Lors d'entretiens semi-structurés postformation (3 mois), les intervenant(e)s rapportent avoir utilisé les connaissances sous diverses formes et ont identifié des facteurs influençant l'adoption des pratiques enseignées. L'importance d'adapter les pratiques au contexte québécois est discutée.

Mots-clés : évaluation, formation, troubles du comportement alimentaire, utilisation des connaissances

Abstract

A training program on the topic of eating disorders (EDs) screening was assessed in order to promote the use of evidence-based knowledge by health care providers working in first-line services in Quebec. The questionnaires completed by health care providers suggest the acquisition of knowledge, positive reactions towards training and intention to use the acquired knowledge. In post-training (3 months) semi-structured interviews, health care providers reported using the acquired knowledge in various ways and also identified factors influencing the adoption of the presented evidence-based practices. The importance of tailoring practices to Quebec's context is discussed.

Keywords : evaluation, training, eating disorders, knowledge utilization

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) comprenant principalement l'anorexie mentale, la boulimie et l'accès hyperphagique présentent le plus haut taux de mortalité de tous les troubles de santé mentale (ratios de mortalité standardisés : 5,86 pour l'anorexie mentale, 1,93 pour la boulimie et 1,92 pour les TCA non spécifiés), il résulte donc principalement de l'anorexie mentale (Arcelus et coll., 2011; Bulik, Slof-Op't Landt, van Furth et Sullivan, 2007). Les 2 principales causes de mortalité pour les cas sévères de TCA sont le suicide et les complications médicales associées aux TCA (American Psychiatric Association, 2013). De plus, les coûts associés au traitement de ces troubles sont particulièrement élevés pour les services de santé offerts dans la communauté (jusqu'à 75 000 dollars pour 37 jours d'hospitalisation [Median, 2015]). Étant donné ces implications et le fait

qu'un dépistage et une référence rapides à des services spécialisés sont associés à un meilleur pronostic pour les TCA (Pritts et Susman, 2003), il importe que les intervenant(e)s offrant des services de santé généraux soient formé(e)s pour les identifier. Toutefois, l'intervention auprès de cette clientèle comporte plusieurs défis; l'ambivalence envers le traitement, la stigmatisation associée à la maladie, le déni du TCA, le peu d'accès ou de connaissances concernant les ressources disponibles en sont des exemples (Ali et coll., 2017; Williams et Reid, 2010).

Les individus présentant un TCA se développent en évoluant dans différents systèmes écologiques (p. ex: famille, relations conjugales, milieu de travail, culture, normes sociales, etc.) susceptibles d'influencer l'adhésion thérapeutique et le rétablissement d'un TCA (Bronfenbrenner, 2005; Cook-Darzens, 2013). Puisque trois éléments s'influencent réciproquement lors de la prise d'une décision clinique, soit : la considération des recherches et traitements éprouvés, l'expertise clinique du ou de la thérapeute et les caractéristiques de la personne ayant un TCA et sa famille (Cook-Darzens, 2013), une meilleure compréhension des interactions entre ces systèmes s'avère utile pour décrire les processus menant à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes.

Malgré les nombreuses recommandations relatives au diagnostic et à la référence à des services spécialisés pour les TCA (National Institut for Clinical Excellence NICE, 2004), un nombre important d'intervenant(e)s en clinique n'utilisent pas les pratiques dont l'efficacité a été démontrée par la recherche (von Ranson, Wallace et Stevenson, 2013). Cela fait que plusieurs individus présentant un TCA ne reçoivent pas les traitements recommandés (Hart,

Granillo, Jorm et Paxton, 2011; Kazdin et coll., 2017). Par exemple, dans le cadre d'une étude réalisée en Angleterre, seulement 3,8% des 236 médecins omnipraticiens interrogés déclarent avoir recouru à un protocole ou à un guide de pratique pour la gestion des TCA (Currin et coll., 2007). Une recension des écrits identifie le manque de formation des intervenant(e)s comme une des principales raisons de ne pas appliquer une pratique appuyée par la recherche pour les TCA (Waller, 2016). Face à ce constat, il est possible de conclure que l'adaptation des guides de pratiques au contexte et la prise en compte des facteurs qui facilitent et entravent leur utilisation ont le potentiel de favoriser l'application de pratiques fondées sur des données probantes (Harrison, Légaré, Graham et Fervers, 2010). Une formation professionnelle pour le dépistage et la référence des TCA s'avère également prometteuse pour favoriser l'utilisation des connaissances. L'évaluation de ces formations est néanmoins indispensable afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les cliniciens en TCA utilisent ou non les stratégies d'intervention appuyées par la recherche, le processus menant à l'utilisation étant peu connu (Ridde et Dagenais, 2012; von Ranson et coll., 2013).

Trois principales formes d'utilisation des connaissances sont identifiées dans les écrits en transfert des connaissances, soit 1) **instrumentale** correspondant à une utilisation des connaissances pour changer des pratiques ou la prise de décision ; 2) **conceptuelle** qui implique que le cadre de référence est modifié ou que la compréhension de l'individu change à la lumière des données probantes disponibles et 3) **persuasive** qui réfère à l'utilisation de connaissances pour persuader les autres de changer, pour influencer l'allocation de ressources (Strandberg et coll., 2014) ou pour justifier/légitimer une décision ou une action (Dagenais, Queuille et Ridde, 2013). Il importe de distinguer ces formes d'utilisation, car la seule mesure

de l'utilisation instrumentale n'est pas suffisante pour rendre compte des effets multiples d'une formation (Nutley et Awad, 2012).

Développement d'une formation fondée sur des données probantes pour le dépistage des TCA

Un sondage effectué auprès de 142 intervenant(e)s québécois (psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, psychoéducateurs, nutritionnistes, ergothérapeutes, médecins et autres) travaillant majoritairement dans des services de santé généraux de la région de la Mauricie et Centre du Québec (MCQ), révèle que près des 3/4 se sentent peu (50,70%) ou pas (21,13%) confortables pour expliquer les facteurs influençant le développement et le fonctionnement des TCA (Monthuy-Blanc et Perron, 2014). S'appuyant sur ces résultats, une formation fondée sur des données probantes « Dépister les TCA pour mieux orienter » a été développée par le laboratoire LoriCorps⁵ pour améliorer le dépistage et la référence en TCA. L'objet de la présente étude concerne l'évaluation de cette formation offerte le 21 mars et le 20 mai 2015. Un modèle logique est élaboré pour décrire la formation et cibler les effets mesurés lors de l'évaluation (cf. Figure 1). Un modèle logique permet de définir objectivement les activités du programme, de clarifier ses buts, de fixer des objectifs d'évaluation réalistes et d'identifier des indicateurs de performance (Wholey, 2004).

⁵ Laboratoire de recherche interdisciplinaire sur les troubles du comportement alimentaire en lien avec la réalité virtuelle et la pratique physique

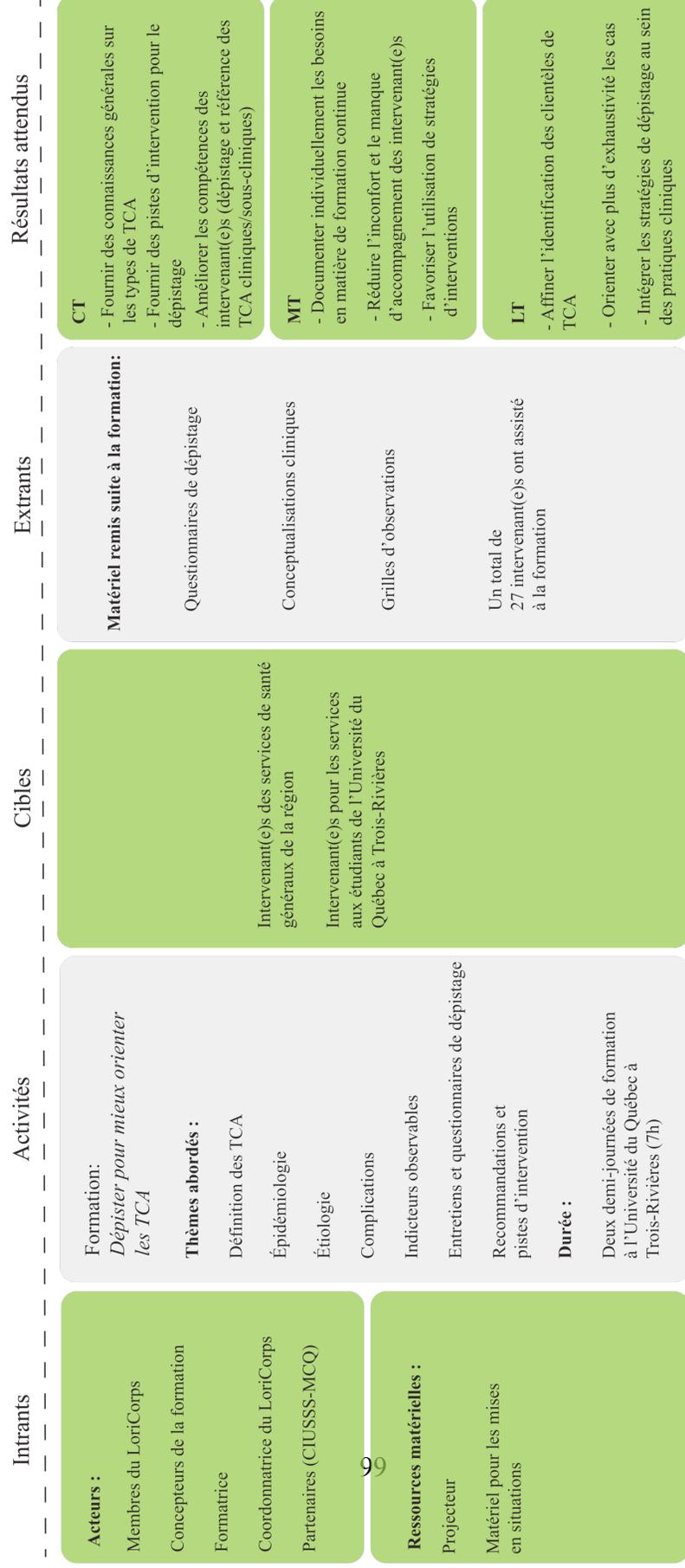


Figure 1. Modèle logique du programme de formation: Dépister pour mieux orienter les TCA

Le modèle logique présente cinq composantes. 1) Intrants. La formation est conçue et offerte par une professeure spécialisée dans le domaine des TCA de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et les membres du laboratoire LoriCorps sous sa direction. Le CIUSSS-MCQ représente quant à lui un partenaire financier important en réservant des fonds pour les intervenant(e)s du CIUSSS désirant suivre la formation. **2) Activités.** Les activités de formation abordent sept thèmes relatifs aux TCA : 1) définition des principaux types de TCA, incluant les formes non répertoriées dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) qui ont fait l'objet d'études récentes comme l'orthorexie⁶ et la bigorexie⁷, 2) épidémiologie, 3) étiologie, 4) complications physiques, psychologiques et sociales associées, 5) indicateurs observables, 6) questionnaires de dépistage et 7) recommandations et pistes d'interventions. Ces thèmes ont été ciblés étant donné la nécessité d'arrimer les sciences de la santé et les sciences humaines et sociales pour évaluer les TCA. L'information transmise dans le cadre de cette formation est appuyée par une recension de la littérature effectuée par l'équipe du Loricorps (pour la liste des références ayant servi à construire la formation, voir Annexe 10). Ces activités privilégient une pédagogie expérientielle comprenant : des situations découvertes déclenchant des conflits socio-cognitifs et des émotions (p. ex : les intervenant(e)s sont invités à évaluer la circonférence d'un objet et ensuite celle de leur taille afin de démontrer comment les perceptions envers le corps peuvent être différentes) et des exposés

⁶ **L'orthorexie** se caractérise par une obsession pour les aliments sains et purs pouvant conduire à des restrictions alimentaires importantes, des pensées obsédantes pour la nourriture, une insatisfaction affective et un isolement social. L'orthorexie vise la perfection de l'alimentation en soi et non une modification corporelle (cours en ligne EDU-1031 de l'UQTR, 2015)

⁷ **La bigorexie** se caractérise par une prise de masse musculaire quels que soient les risques encourus (cours en ligne EDU-1031 de l'UQTR, 2015)

magistraux présentés comme réponses à la situation précitée. Ces activités durent sept heures et s'adressent à des petits groupes de participant(e)s (max. 10 par formation) afin de favoriser l'appropriation des connaissances. **3) Cibles.** Les participant(e)s ciblés pour les formations sont des intervenant(e)s provenant des services de santé généraux de la région MCQ et de l'UQTR (service aux étudiants). Parmi les 142 intervenant(e)s ayant participé au sondage mentionné précédemment, 3/5 d'entre eux ont plus de 10 ans d'expérience dans leur profession et 9/10 d'entre eux détiennent un diplôme d'études supérieures (Monthuy-Blanc et Perron, 2014). **4) Extrants.** Après la formation, les participant(e)s reçoivent un cartable incluant les diapositives de la formation, des conceptualisations schématisées visant à synthétiser les principales connaissances et plusieurs outils de dépistage (c.-à-d., questionnaires comme l'Échelle d'attitudes alimentaires [Garner et Garfinkel, 1979 ; validé en français par Leichner et coll., 1994] et l'Inventaire des troubles du comportement alimentaire [Garner, Olmstead et Polivy, 1983 ; validé en français par Criquillon-Doulet et coll., 1995] ainsi qu'une grille de comportements observables caractéristiques des TCA qui est fondée sur la revue de littérature réalisée par le Loricorps). **5) Résultats attendus.** La formation vise plusieurs objectifs à court, moyen et long terme. La toile de fond des objectifs énoncés correspond ainsi à un double continuum : du plus facilement au moins facilement atteignable et du plus facilement assimilé au moins facilement assimilé.

Objectifs de l'évaluation

Les objectifs à court terme (CT) de l'évaluation s'appuient sur le modèle d'évaluation des activités de formation de Kirkpatrick (1998) ; l'acquisition des connaissances et les réactions des participant(e)s représentant des éléments à mesurer lors de l'évaluation d'une formation.

Les objectifs à moyen terme (MT), quant à eux, concernent l'évaluation des processus de mise en œuvre (Ridde et Dagenais, 2012). L'étude vise plus spécifiquement les objectifs à court et moyen termes suivants :

- 1) Évaluer l'acquisition de connaissances chez les participant(e)s (CT, avant et après la formation)
- 2) Identifier les réactions des participant(e)s envers la formation (CT, après la formation)
- 3) Documenter les types d'utilisation des connaissances apprises par les participant(e)s (MT, 3 mois après la formation)
- 4) Identifier les facteurs influençant l'utilisation des connaissances par les participant(e)s (MT, 3 mois après la formation)

Méthode

Participants

Les 27 participant(e)s (3 hommes, 24 femmes) à la formation incluent les membres d'un groupe prétest qui sert à tester les instruments de mesure. Ils sont âgés de 26 à 57 ans ($N=26$; $M=39$ et $ET=9,5$) et possèdent entre 1 et 30 années d'expérience ($N=21$; $M=11$ et $ET=8,8$)⁸. Les 27 participant(e)s ont été invités à participer aux entretiens semi-structurés et 13 ont accepté d'être rencontrés dans leur milieu à cet effet. Les 13 participant(e)s aux entretiens semi-structurés incluent 7 psychologues, 2 doctorant(e)s en psychologie clinique, 1

⁸ N.B. 26 sur les 27 participants ont précisé leur âge lors de la réponse au questionnaire de réactions (une personne n'a pas précisé son âge, car elle n'a pas répondu à ce questionnaire). Les 21 personnes ayant rapporté leur expérience en nombre d'années correspondent à celles ayant répondu aux questionnaires postformation, mais ne faisant pas partie du groupe prétest.

nutritionniste, 1 professionnel en soins infirmiers et 2 psychoéducateur(trice)s. Dans la dernière année, ces 13 participant(e)s ont rencontré entre 1 et 10 cas de TCA cliniques ou sous-cliniques sur un total d'environ 48 cas. Depuis la formation, ils rapportent avoir rencontré entre 1 et 5 individus présentant un TCA comme motif principal ou secondaire.

Procédure

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal. Le service de la formation continue de l'UQTR diffuse l'offre de formation aux intervenant(e)s de services de santé généraux de la région MCQ et les informe de l'étude au moment de l'inscription à la formation. Les participant(e)s s'inscrivent volontairement à la formation. Les objectifs de l'étude, le consentement éclairé et le déroulement sont expliqués aux participant(e)s au début de la formation par l'expérimentatrice (première auteure de l'article) qui est présente à titre d'observatrice non participante. L'étude comprend la réponse à un questionnaire de connaissances (avant et après la formation), à un questionnaire portant sur les réactions à la formation (après la formation), à un questionnaire portant sur les intentions d'utiliser les connaissances des participant(e)s (après la formation) ainsi que des entretiens semi-structurés (trois mois postformation). Le protocole et le nombre de participant(e)s à chaque étape de l'étude sont décrits dans la Figure 2. Les participant(e)s qui acceptent de réaliser un entretien semi-structuré dans leur milieu de pratique sont contacté(e)s via courriel par l'expérimentatrice. Un entretien face à face, dans le milieu de pratique des participant(e)s, est favorisé afin de créer un climat propice à l'ouverture. Les entretiens sont enregistrés sur support numérique et retranscrits intégralement.

Lors des entretiens, la compréhension de l'expérimentatrice est validée en demandant aux participant(e)s des précisions ou en formulant de courts reflets.

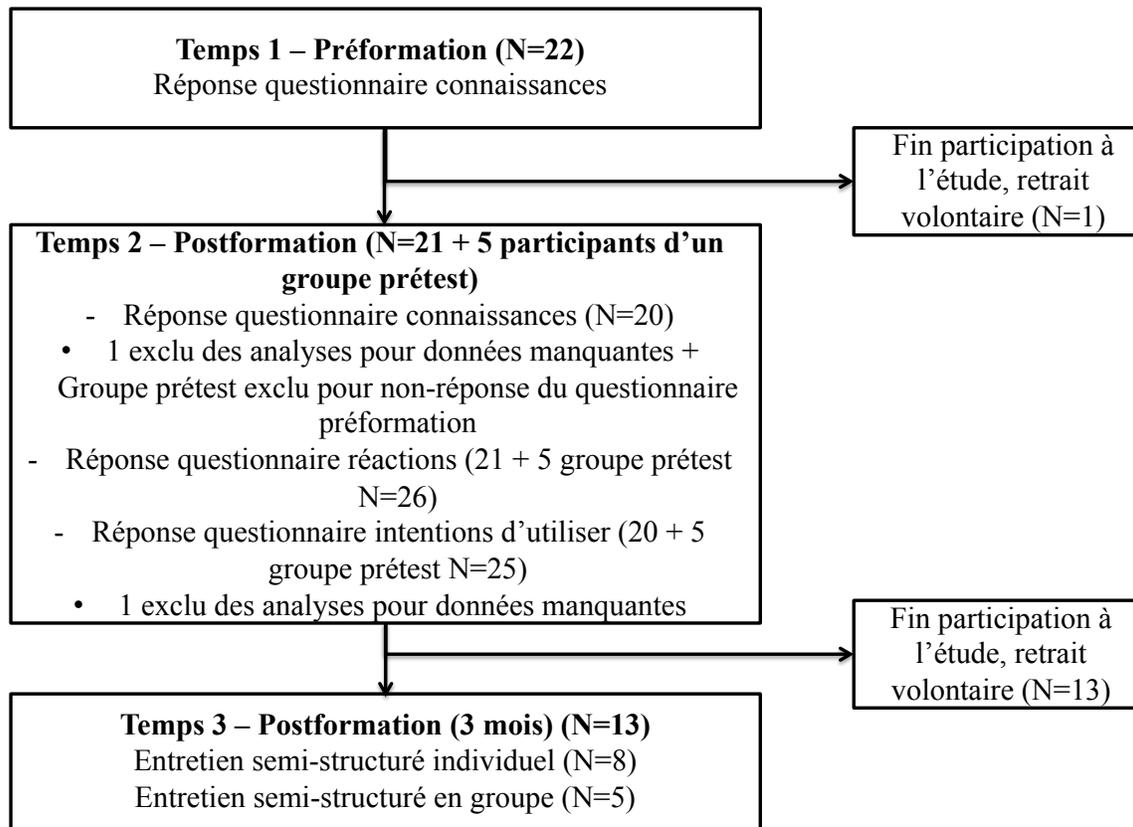


Figure 2. Nombre de participant(e)s à chaque étape de l'étude

Instruments de mesure

Test de connaissances (durée de réponse d'environ 20 minutes). Un « examen maison » complété sous format papier-crayon sert à évaluer les connaissances des participant(e)s quant au contenu de la formation. Cet instrument repose notamment sur des vignettes cliniques pour évaluer la prise de décision des participant(e)s (pour des exemples de questions, voir Annexe 6).

Questionnaire de réactions (durée de réponse d'environ 10 minutes). Inspiré de Dagenais (2012), il est composé de 10 items auxquels le participant(e) doit répondre sur une échelle de 1 « Pas du tout d'accord » à 5 « Tout à fait d'accord ». Ces items portent sur le contenu de la formation, son organisation, la stratégie pédagogique ainsi que sur l'appréciation générale des participant(e)s. Des questions ouvertes sont posées afin d'identifier : 1) les aspects les plus appréciés et 2) les aspects moins appréciés lors de la formation.

Questionnaire mesurant l'intention d'utiliser les connaissances (durée de réponse d'environ 10 minutes). Inspiré de Boyko et coll. (2011), cet outil fondé sur la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) mesure 4 construits (14 items) sur une échelle de Likert en 7 points : 1) Attitude envers le comportement ; 2) Normes subjectives (pression sociale ressentie pour effectuer le comportement) ; 3) Perception de contrôle (sur l'action) ; 4) Intention d'utiliser. La consistance interne de l'outil de Boyko et coll. (2011) correspond à un alpha compris entre 0,68 et 0,89.

Entretiens semi-structurés (durée des entretiens se situe entre 41 min. et 1h41 [M= 1h05]). L'entretien vise à ce que les participant(e)s décrivent si possible 2 cas de TCA rencontrés dans leur pratique depuis la formation, dont l'un présentant un dénouement satisfaisant et l'autre un dénouement plutôt insatisfaisant. Cette stratégie a pour but de documenter concrètement les pratiques utilisées par les participant(e)s ainsi que les facteurs ayant facilité ou entravé l'utilisation des connaissances issues de la formation. Elle vise aussi à éviter que les participant(e)s ne rapportent que des situations satisfaisantes ou insatisfaisantes, ce qui aurait nui à l'identification des obstacles et des facteurs facilitants.

Analyse des résultats

Les questionnaires quantitatifs font l'objet d'analyses descriptives. Les résultats au test de connaissances avant et après la formation sont comparés afin d'évaluer l'acquisition de connaissances. En ce qui concerne le questionnaire de Boyko et coll. (2011), des analyses corrélationnelles sont réalisées entre les construits « Attitudes », « Normes subjectives », « Perception de contrôle » et le construit « Intention d'utiliser ». Le logiciel d'analyse Nvivo 10 est utilisé afin de faciliter la codification des données issues des entretiens. Une analyse thématique (Paillé, 1996) est employée pour décrire et comprendre l'utilisation des connaissances issues de la formation par les participant(e)s. La rédaction d'un journal de bord et de mémos sert également à enrichir le processus d'analyse. Les codes et catégories identifiés lors de la codification des entretiens sont triés, regroupés et comparés jusqu'à saturation. L'arbre thématique généré à la suite de l'analyse est validé par un consultant en recherche et analyse qualitative. Cette consultation a mené à des précisions conceptuelles, à des modifications dans la hiérarchie des codes et catégories identifiées ainsi qu'à un approfondissement dans l'analyse de thèmes émergents.

Résultats

Résultats aux questionnaires

Connaissances. Les moyennes des résultats obtenus au prétest et posttest sur les connaissances sont respectivement de 58% et 78%. Un test T pour données appariées révèle que depuis la formation les participant(e)s ont augmenté leurs connaissances de manière significative: $t(19) = -6,3, p = 0,00$.

Réactions. Dans le but de dégager la tendance générale des réactions des participant(e)s, les ancrages « plutôt en accord » et « tout à fait d'accord » sont regroupés pour représenter la satisfaction des participant(e)s alors que les ancrages « pas vraiment en accord » et « pas du tout en accord » sont regroupés pour représenter leur insatisfaction. Tous les participant(e)s considèrent que la formation répond à leurs attentes et rapportent que le niveau de difficulté du contenu est adéquat (26/26). De plus, la majorité affirme avoir appris de nouvelles notions sur les TCA (21/26) et que cette formation sera utile dans le cadre de leur travail (24/26). La majorité se dit satisfaite de l'organisation de la formation en ce qui a trait à la présentation du matériel (26/26), l'organisation du matériel (26/26) et la durée de la formation (25/26). Tous les participant(e)s se disent également satisfaits de la stratégie pédagogique utilisée, sauf 2 qui jugent les exercices moins pertinents. Enfin, l'ensemble des participant(e)s se disent, de façon générale, satisfaits de la formation (26/26).

Les éléments les plus appréciés par les participant(e)s sont : la compétence perçue de la formatrice ; le fait d'avoir abordé les critères diagnostiques des TCA ; les exercices pédagogiques utilisés ; la multitude des thèmes abordés ; la présence de connaissances claires, à jour et soutenues par des exemples cliniques pertinents. Les éléments les moins appréciés par les participant(e)s concernent l'explication des notions méthodologiques reliées à la passation de questionnaires de dépistage et le peu de temps accordé aux recommandations pour l'intervention auprès des TCA.

Intentions d'utiliser. La consistance interne des construits de l'instrument répertoriés dans le tableau 1 est adéquate, à l'exception du construit « Perception de contrôle ». Les

résultats des analyses de corrélation entre ces construits montrent que les attitudes des participant(e)s corrélaient avec l'intention d'utiliser ($r=0,314$), mais cette relation n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, les normes subjectives corrélaient significativement avec l'intention d'utiliser ($r=0,464$, $p<0,05$).

| Construits | M ^a | alpha ^a | alpha ^b |
|------------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| Intention d'utiliser | 5,94 | 0,77 | 0,89 |
| Attitude | 6,28 | 0,80 | 0,73 |
| Normes subjectives | 4,03 | 0,80 | 0,79 |
| Perception de contrôle | 4,90 | 0,27 | 0,68 |

^a Résultats relatifs à l'instrument traduit

^b Résultats relatifs à l'instrument original (Boyko et al., 2011)

Résultats des entretiens semi-structurés

Les entretiens visaient à documenter comment les participant(e)s ont utilisé les connaissances acquises lors de la formation dans le cadre de leur pratique avec des individus ayant un TCA ainsi que les facilitateurs et obstacles à cette utilisation⁹.

1. Cas de TCA rencontrés par les participant(e)s. Lors de la description de cas cliniques, certaines caractéristiques associées aux individus présentant un TCA déterminent la

⁹ N.B. Une saturation des données a été obtenue après l'analyse de 7 entretiens dont 2 entretiens de groupe et 5 entretiens individuels. Plus précisément, après l'analyse du discours de 10 intervenant(e)s, il n'y avait pas présence de nouvelles catégories émergentes.

complexité du dépistage et de la référence. Comme le montre cet extrait d'une entrevue de groupe, parmi ces caractéristiques, le TCA concerne souvent un motif secondaire et est parfois tabou ou nié :

« **Participant 2** : C'est sûr qu'on va y penser beaucoup à l'évaluer le risque suicidaire parce qu'on sent qu'il y a une urgence, qu'on ne veut pas qu'il arrive le pire. Tandis que le trouble alimentaire, c'est peut-être plus lent comme destruction. On se dit qu'on est moins dans l'urgence. **Participant 1** : Ouais, on est moins portés à l'évaluer et à vérifier avec autant de précision que où, quand, comment pour le suicide par exemple. **Participant 3**: C'est aussi ce que je trouve. Ce n'est pas la principale demande du client. **Participant 2** : C'est tabou. **Participant 3**: Puis ils vont faire bien attention pour ne pas trop en parler. Il faut comme que le lien de confiance soit un peu plus établi. » - *entrevue de groupe*

Ainsi, sachant que le TCA peut être tabou ou nié, cela pourrait faire en sorte que les participant(e)s n'investiguent pas nécessairement de manière aussi exhaustive la présence d'un TCA comparativement à la présence de pensées suicidaires. Certains participant(e)s reconnaissent aussi un faible niveau d'engagement de l'individu présentant un TCA dans le suivi, une grande connaissance de la nutrition par ce dernier, un TCA présent depuis longtemps, des comportements compensatoires fréquents ou privations nutritionnelles importantes et une relation familiale conflictuelle comme des éléments qui rendent l'intervention auprès de cette clientèle plus ardue. À l'inverse, la motivation au changement et

l'investissement de la famille dans les démarches de l'individu présentant un TCA sont identifiés comme pouvant favoriser la prise en charge.

2. Utilisation des connaissances enseignées. Chacun des participant(e)s s'est approprié à sa façon le contenu de la formation et l'a utilisé de différentes manières. D'abord, en ce qui concerne l'*utilisation instrumentale* des connaissances, les changements se sont notamment manifestés par l'introduction de questionnaires de dépistage ou d'exercices expérientiels enseignés lors de la formation dans la pratique de certains. L'un d'eux rapporte avoir utilisé les questionnaires pour répondre à la demande du médecin traitant de l'individu présentant un TCA de documenter le développement et l'évolution de ses difficultés. D'autres rapportent s'être servis de leurs apprentissages pour planifier un changement de pratique ou orienter leur prise de décision clinique future. Par exemple, une participante envisage d'utiliser la grille de comportements observables pour reconnaître les symptômes d'individus soupçonnés de présenter un TCA. Trois participantes ont aussi pris la décision d'intégrer des informations sur l'alimentation dans leurs ateliers psychoéducatifs en prévoyant impliquer un(e) collègue nutritionniste.

Pour ce qui est de l'*utilisation conceptuelle* du contenu de la formation, la majorité des participant(e)s affirment être désormais plus sensibles à la problématique des TCA. Par exemple, 2 participantes rapportent avoir été en mesure de reconnaître des formes de TCA peu connues comme la bigorexie ou l'orthorexie qu'elles ne connaissaient pas avant d'avoir suivi la formation. Trois participantes affirment également avoir pris conscience du rôle de la relation entre une mère et sa fille présentant un TCA. Cette sensibilité concorde avec le fait

que l'implication de la famille ait été identifiée, lors de la formation, comme étant une condition gagnante pour intervenir auprès d'individus présentant un TCA (National Institut for Clinical Excellence NICE, 2004). De plus, 4 participantes rapportent s'être référées à un schéma présenté dans le cadre de la formation pour revoir le continuum des différents types de TCA ou les différences entre l'anorexie mentale et la boulimie.

« **Participante 1:** J'ai revu beaucoup le gradient de l'anorexie jusqu'à l'hyperphagie. J'avais ça en tête ce petit graphique-là. **Participante 2:** Ouais, moi aussi c'est un élément que j'ai vraiment retenu, parce que dans le fond ça englobait tout, toute l'information qu'on avait eue sur chacune des problématiques puis ... ça aide de se souvenir que ce n'est pas tout noir tout blanc... **Participante 1:** C'est sur un gradient, ça peut bouger. » - *entrevue de groupe*

De façon plus marginale, une participant(e) rapporte avoir changé sa perception quant à l'apparence physique des individus présentant l'anorexie mentale. Elle se dit maintenant consciente qu'une personne anorexique ne présente pas nécessairement une minceur extrême. Un autre participant affirme aussi s'être davantage remis en question, depuis la formation, quant à son approche d'intervention auprès de cas présentant un TCA.

Enfin, une *utilisation persuasive* des connaissances est observée dans seulement quelques cas. Certaines participantes rapportent s'être référées au contenu de la formation pour discuter avec des collègues ou pour faire valoir leurs façons d'intervenir. Par exemple,

une participante mentionne avoir transmis les outils enseignés lors de la formation à un collègue afin de justifier ses pratiques et dans l'optique de chercher à avoir une vision commune du traitement. Une autre participante explique avoir diffusé les outils de dépistage à ses collègues afin qu'ils puissent aussi servir à d'autres intervenant(e)s susceptibles de dépister un TCA. Elle ajoute avoir eu à se référer aux écrits scientifiques pour défendre son point de vue :

« **Participante 4:** Le pédopsychiatre disait qu'une psychothérapie, c'était contre-indiqué parce que de reparler de son passé pouvait augmenter l'anxiété et accentuer les symptômes de boulimie. **Interviewere:** Puis (...) qu'est-ce que vous vous pensiez de cet avis là? **Participante 4:** Je n'étais pas d'accord, puis ce n'est pas cohérent avec ce qu'on voit au niveau de la littérature scientifique. Donc, je me suis toujours justifiée dans mes notes quand je ne prenais pas la même position que le pédo(psychiatre) »

3. Déterminants de l'utilisation des connaissances. À la suite de l'examen des discours des participant(e)s, 4 principales catégories de déterminants de l'utilisation des connaissances sont identifiées. Elles sont décrites dans la section suivante.

3.1. Caractéristiques relatives aux modalités de la formation. La majorité des participant(e)s identifient des caractéristiques relatives à la formation comme déterminants de l'utilisation des connaissances. D'abord, certaines participantes rapportent qu'il est plus facile de se référer aux connaissances transmises lors de la formation grâce au cartable

postformation, ce qui semble avoir facilité l'évaluation d'un TCA. Ensuite, de façon plus marginale, 3 participantes soutiennent que d'avoir mis en pratique les outils enseignés lors de la formation (questionnaires servant au dépistage des TCA ou exercices d'éducation thérapeutique) leur a permis de se référer plus facilement à ceux-ci par la suite dans le cadre de leur travail. Enfin, une participante apporte une nuance en disant qu'il serait préférable qu'une formation soit dispensée sur plusieurs jours pour faciliter la rétention des connaissances ainsi qu'en mode visioconférence afin d'économiser des ressources en évitant le déplacement des participant(e)s.

3.2. Caractéristiques des outils présentés à la formation. Alors que l'utilisation de questionnaires validés servant au dépistage est rassurante pour certains, plusieurs affirment ne pas les utiliser intégralement en raison d'un manque de temps, par inconfort ou parce que les outils sont considérés comme étant trop « lourds ». Par exemple, un participant rapporte : « Les outils à ne plus finir, je trouve que ça brise le rythme dans une rencontre ». Pour ce qui est des participantes qui disent avoir utilisé les outils de dépistage dans leur intégralité, elles mentionnent avoir eu des difficultés à coter et à en interpréter les résultats. Ce constat a mené à une diminution de l'utilisation de ces questionnaires par ces participantes et leurs collègues. Néanmoins, lors de l'entretien, certaines participantes ont demandé des précisions pour choisir le questionnaire approprié selon les cas et clarifier l'interprétation des résultats.

3.3. Caractéristiques des participant(e)s. Cinq participant(e)s parlent des implications de se tourner davantage vers leurs habitudes cliniques ou celles prônées par le milieu de travail lorsque vient le temps d'intervenir. Par exemple, une participante mentionne que le/la

nutritionniste n'est pas habituellement formé(e) pour intervenir auprès des TCA et que d'agir seulement selon ses acquis académiques a le potentiel de donner « plus des armes que des outils » aux individus présentant un TCA. De plus, 7 participant(e)s rapportent une difficulté à utiliser les connaissances ou les outils lorsqu'il y a peu d'occasions de les mettre en pratique :

« **Participant(e) 5** : On sait très bien qu'en dépistage, pour avoir une certaine expertise, il faut l'avoir vécu souvent puis d'être capable de jouer avec notre personnalité et les questions aussi. (...) Alors que si on ne le fait pas souvent, c'est plus mécanique. Puis là-dedans rentre aussi l'insécurité. J'ai tout demandé? »

3.4. Caractéristiques reliées à l'environnement de pratique ou de soutien. Les supervisions cliniques sont identifiées par 5 participantes comme étant facilitantes pour pouvoir prendre un certain recul, obtenir davantage de lectures scientifiques ou être rassurées et aiguillées lorsque vient le temps d'intervenir. À défaut d'avoir accès à ces séances de supervision, 5 participantes rapportent avoir discuté avec des collègues pour mettre en pratique les connaissances acquises ou valider leurs pratiques de dépistage. Par exemple, une participante mentionne que le fait d'avoir suivi la formation en même temps qu'une collègue a été facilitant. En outre, 11 participant(e)s affirment manquer de temps pour mettre à jour leurs connaissances, se les approprier, participer à des projets de recherche ou pour traiter lors de l'intervention les symptômes secondaires à la demande des individus consultant leurs services. Par exemple, 3 participant(e)s mentionnent que les listes d'attente pour avoir accès à des services d'aide sont longues et 3 autres s'inquiètent de se retrouver dans l'obligation de

raccourcir les épisodes de services pour répondre à la demande. L'ensemble des participant(e)s identifient aussi le peu d'accès à des services spécialisés pour les TCA dans la région MCQ comme une barrière au dépistage. Ainsi, ces conditions influencent directement le dépistage des TCA effectué par les intervenant(e)s de services de santé généraux.

Discussion

L'étude avait pour objectifs d'évaluer l'acquisition de connaissances chez les participant(e)s à la formation, d'identifier leurs réactions, de documenter sous quelles formes ils ont utilisé les connaissances et d'identifier les facteurs influençant cette utilisation dans l'optique de fournir des pistes de réflexion et d'action.

Les résultats du test de connaissances suggèrent que la majorité des participant(e)s ont augmenté ou consolidé leurs connaissances sur les différents types de TCA ainsi que sur la façon de les dépister, ce qui suggère que la formation est parvenue à atteindre un de ses objectifs. De plus, l'analyse des données issues du questionnaire de réactions indique que la majorité des participant(e)s se disent satisfait(e)s de la formation reçue. En outre, les résultats montrent que plusieurs participant(e)s ont l'intention d'utiliser les connaissances et que cette intention est suivie d'une utilisation sous plusieurs formes par ces derniers, 3 mois plus tard, dans leur pratique. Ce constat rejoint la théorie du comportement planifié selon laquelle l'intention d'utiliser est une mesure proximale du comportement d'utilisation (Francis et coll., 2004). De plus, le fait que l'attitude des participant(e)s et la pression sociale ressentie (construit des normes subjectives) soient corrélées avec l'intention fait écho aux résultats d'une étude réalisée auprès de 88 médecins sur leur intention à référer des cas de TCA (Green

et coll., 2008). Green et coll. (2008) rapportent notamment que la majorité des médecins interrogés disent adopter une pratique de référence conforme à celle de leurs collègues.

L'analyse des entretiens révèle également que la majorité des participant(e)s semblent se montrer plus sensibles aux cas de TCA et à leur dépistage durant les 3 mois suivant la formation. Les besoins en matière de formation étant soulevés lors de l'entretien, ce dernier s'est avéré utile pour guider les participant(e)s dans l'utilisation des connaissances (c.-à-d. choix des questionnaires de dépistage) et la validation de leurs pratiques (c.-à-d. pratiques reposant sur le fait d'avoir identifié la qualité des relations familiales comme ayant un rôle dans le rétablissement d'un TCA). Ces résultats rejoignent ceux visés à moyen terme par la formation.

L'étude a également permis de cibler des facteurs influençant l'utilisation des connaissances qui concordent avec ceux identifiés par d'autres auteur(e)s dans le domaine des TCA, soit : les ressources nécessaires (temps, supervision) pour s'approprier les connaissances et le soutien de l'environnement de travail, la complexité des cas de TCA, la rigidité des manuels de traitement et l'utilisation d'un mode d'apprentissage actif lors de la formation (Couturier et coll., 2013 ; Couturier et coll., 2014 ; Linville, Benton, O'Neil et Sturm, 2010 ; Lafrance Robinson, Boachie et Lafrance, 2013).

Les participant(e)s ayant identifié des déterminants sur lesquels ils(elles) n'exercent pas de contrôle, tenir compte du contexte et des autres acteurs pouvant influencer leur utilisation des connaissances (p. ex : gestionnaires de milieux de pratiques) peut s'avérer

pertinent. Cette utilisation par les intervenant(e)s de services de santé généraux est possible dans la mesure où l'ensemble des systèmes écologiques ayant une influence sur l'utilisation adoptent des pratiques favorables dans ce sens. Autrement dit, si les intervenant(e)s ne sont pas en mesure de dépister un TCA, ils pourraient alors se retrouver malgré eux(elles) complices du tabou entourant les TCA et de l'ambivalence envers le traitement chez certaines personnes présentant ce type de difficultés. Des pistes de réflexion et d'action sont formulées afin de faciliter l'utilisation des connaissances à long terme par les intervenant(e)s.

Pistes de réflexion et d'action

À la lumière des résultats obtenus à la suite de l'évaluation de la formation, les pistes de réflexion et d'action suivantes sont formulées :

Des opportunités de formations diversifiées. Tel qu'identifié dans cette étude par l'entremise de la description de cas cliniques rencontrés par les participant(e)s 3 mois après la formation, l'individu ayant un TCA peut présenter différents enjeux qui lui sont propres, tels que de considérer le TCA comme tabou, comme un motif secondaire et nier la présence d'un TCA. Dans le cadre de futures initiatives de formation, il pourrait donc être pertinent que les intervenant(e)s soient formé(e)s pour intervenir face à des enjeux d'inconfort vécus par les client(e)s lorsque vient le temps d'aborder les habitudes alimentaires, l'insatisfaction corporelle ou un TCA. Des efforts de sensibilisation et de prévention au sein de la communauté concernant la reconnaissance des symptômes de TCA et les options de traitement ont aussi été démontrées utiles pour favoriser le dépistage (Couturier, 2013).

Il pourrait être pertinent de se questionner au sujet de l'impact de la stratégie pédagogique expérientielle utilisée dans le cadre de cette formation sur la sensibilité des intervenant(e)s envers les TCA et la réduction des préjugés associés à ce type de problématique. Les attitudes négatives d'intervenant(e)s envers des individus présentant un TCA, particulièrement chez ceux ayant peu d'expérience, ont effectivement été documentées dans la littérature scientifique (Thompson-Brenner, Satir, Franko et Herzog, 2012). Comme rapporté par des participant(e)s de cette étude, les caractéristiques reliées à leur parcours (habitudes cliniques, formation académique reçue au préalable, etc.) sont susceptibles d'influencer l'appropriation et l'utilisation des connaissances. Une étude rapporte notamment une plus grande utilisation de connaissances en TCA issues de la recherche lorsque celles-ci sont congruentes avec l'orientation théorique et l'expérience clinique des intervenant(e)s (von Ranson, Wallace et Stevenson, 2013). Afin de faciliter l'intégration de nouvelles connaissances dans un contexte où les ressources allouées à la formation sont limitées, il pourrait être pertinent d'inclure des formations continues en ligne (Couturier, 2014) tel que suggéré par une participante de l'étude. Tel que rapporté par les participant(e)s à la formation, il est également utile d'avoir accès aux ressources nécessaires (matérielles et de temps) pour s'approprier les connaissances et intervenir adéquatement. Dans ce sens, il pourrait être judicieux d'offrir de la supervision postformation aux intervenant(e)s pour traiter leurs préoccupations et soutenir leur utilisation de pratiques fondées sur des données probantes (Turner, 2014). Se référer à des collègues ayant suivi la même formation s'est aussi avérée être un facteur influençant la mise en pratique des connaissances, ce qui rejoint les résultats d'une étude révélant une réticence chez les membres d'une équipe de traitement pour les TCA à prendre des décisions cliniques isolés de leurs collègues (Kimber, 2014).

Des ressources spécialisées pour les TCA davantage accessibles. Dans le cadre de cette étude, le peu d'accessibilité à des soins spécialisés pour les TCA est identifié comme une barrière au dépistage et à la référence. Sachant que le service de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte de la région MCQ n'a pas été identifié largement par les intervenant(e)s comme un lieu de référence spécialisé pour les TCA alors qu'il est destiné à l'être, il pourrait être compréhensible que ceux-ci(elles-ci) présentent une crainte à dépister ces troubles en l'absence de programme spécialisé. Les résultats de Linville et coll. (2010) selon lesquels le peu de sources de références est une raison rapportée par des intervenant(e)s pour ne pas dépister un TCA appuient cette hypothèse. Afin de faciliter la prise en charge dans la région MCQ, la mise sur pied d'une offre de soins intégrée spécialisée pour les TCA serait dans ce cas favorable au dépistage.

Cette étude s'inscrit au cœur d'une importante restructuration des services de santé au Québec. L'introduction d'un nouveau Plan d'action en santé mentale (PASM-2015-2020) (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017) par le gouvernement québécois est un élément de contexte à prendre en considération afin de mieux comprendre le processus actuel de référence d'un client des services de santé généraux aux services spécialisés. Par exemple, chaque région dispose de ressources différentes. Le service de pédopsychiatrie étant en sous-effectif dans la région MCQ, cela signifie que certains reçoivent peu ce service ou doivent se déplacer à l'extérieur de la région afin d'être suivis. Il pourrait être pertinent de se questionner sur la manière d'adapter les plans d'action aux réalités des régions. Il pourrait également être utile d'opérationnaliser les procédures de dépistage et de référence des TCA considérant le contexte politique actuel (c.f. loi 10) qui redonne la

prédominance aux services de santé généraux pour favoriser l'accès aux soins de santé et réduire le coût des soins médicalisés spécialisés (Monthuy-Blanc et coll., 2015).

Limites et pistes pour les recherches futures

L'étude des déterminants de l'utilisation des connaissances en contexte de restructuration des services de santé au Québec a permis de dégager des pistes pour mieux comprendre le processus d'utilisation des connaissances issues de la recherche. Cependant, la généralisation des résultats de cette étude est limitée en raison de : 1) la difficulté à systématiser l'organisation des soins de santé en pleine restructuration ; 2) la présence d'un échantillon restreint d'intervenant(e)s dans le cadre de cette étude. D'autres études sont nécessaires afin de valider ces résultats auprès d'un plus grand échantillon d'intervenant(e)s des services de santé généraux québécois qui oeuvrent au sein d'une variété de milieux cliniques. De plus amples recherches seraient aussi pertinentes afin de vérifier les effets relatifs des pistes d'action proposées sur les pratiques de dépistage des intervenant(e)s.

De plus, il est probable que les intervenant(e)s ayant accepté de participer aux entretiens semi-structurés présentent un biais positif à utiliser les connaissances apprises lors de la formation comparativement à ceux/celles n'ayant pas participé. Une des raisons les plus souvent mentionnées pour ne pas avoir participé aux entretiens était « le fait de ne pas avoir rencontré de clients » présentant un TCA dans les 3 derniers mois. Cette raison peut être expliquée par différentes hypothèses énoncées à partir du sondage précité (Monthuy-Blanc et Perron, 2014) telle que l'organisation du milieu de pratique des intervenant(e)s ne permettant pas d'appliquer facilement la procédure de dépistage enseignée ou de rencontrer ce type de

clientèle. Considérant que les intervenant(e)s auraient souhaité obtenir davantage de pistes pour intervenir auprès de cette clientèle lors de la formation, il est aussi possible que le besoin d'être plus outillé pour l'intervention ait influencé les pratiques de dépistage. Toutefois, sachant que les TCA sont parfois niés, tabous et rapportés comme un motif secondaire, le nombre de cas présentant un TCA identifiés par les intervenant(e)s est susceptible d'être sous-rapporté. En outre, il serait nécessaire que le questionnaire portant sur les intentions d'utiliser les connaissances soit validé auprès de la population québécoise pour assurer la fiabilité et la sensibilité de cet instrument. L'impossibilité de compléter ce dernier entre la formation et le suivi à 3 mois (en raison de la restructuration des soins) a aussi potentiellement affecté les résultats obtenus. Boyko, Lavis, Dobbins et Souza (2011) soulignent dans leur étude de fidélité de l'instrument que la réponse au questionnaire immédiatement après une activité a des chances de biaiser les résultats étant donné que ce moment représente celui où les participant(e)s sont potentiellement le plus enthousiastes à utiliser les connaissances. Lors de futures études, il est donc recommandé de multiplier les temps de mesure à la fois pour le test portant sur les connaissances que pour le questionnaire mesurant l'intention à utiliser ces dernières afin d'évaluer l'évolution de ces construits dans le temps. Sachant que cette étude est la première à évaluer une formation professionnelle pour le dépistage des TCA et son utilisation par les intervenant(e)s de services de santé généraux au Québec dans une perspective de transfert des connaissances, il pourrait être pertinent que de prochaines études s'intéressent au développement et à la dissémination d'une procédure standardisée pour le dépistage des TCA. Enfin, l'identification des déterminants impliqués dans l'implantation d'un service spécialisé pour l'intervention auprès des TCA serait utile, et ce, dans plusieurs régions du Québec.

Références

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. et Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. doi : 10.1002/eat.22598
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. et Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- Boyko, J. A., Lavis, J. N., Dobbins, M. et Souza, N. M. (2011). Reliability of a tool for measuring theory of planned behaviour constructs for use in evaluating research use in policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 9(1), 29. doi: 10.1186/1478-4505-9-29
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human – Bioecological perspectives on human development*. Californie : Sage Publications.
- Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C. T., van Furth, E. F. et Sullivan, P. F. (2007). The Genetics of Anorexia Nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27(1), 263-275. doi:10.1146/annurev.nutr.27.061406.093713
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. et McVey, G. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 177-188. doi: 10.1002/eat.22049
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. et McVey, G. (2014). Using a knowledge transfer framework to identify factors facilitating implementation of family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 410-417. doi: 10.1002/eat.22225
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent: Acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie Familiale*, 34(1), 39-67. doi : 10.3917/tf.131.0039
- Criquillon-Doublet, S., Divac, S., Dardennes, R. et Guelfi, J.D. (1995). Le « Eating Disorder Inventory » (EDI). Dans J. D, Guelfi, V. Gaillac et R. Dardennes. *Psychopathologie Quantitative* (pp. 249-260). Paris : Masson.

- Currin, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M. et Schmidt, U. (2007). The use of guidelines for dissemination of “best practice” in primary care of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 476-479. doi:10.1002/eat.20385
- Dagenais, C., Dargis-Damphousse, L et Dutil, J. (2012). The Essential Skills Series in Evaluation: Assessing the Validity of the ESS Participant Workshop Evaluation Questionnaire. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(2), 89-100. Repéré à <https://search.proquest.com/docview/1038938024/fulltextPDF/4892A3336C3742C0PQ/1?accountid=12543>
- Dagenais, C., Queuille, L. et Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(Suppl 1), 70-79. doi: 10.1177/1757975912462416
- Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Foy, R., ... Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers*. Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne.
- Garner, D.M. et Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Garner, D.M., Olmstead, M.A. et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Green, H., Johnston, O., Cabrini, S., Fornai, G. et Kendrick, T. (2008). General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: A vignette study based on the theory of planned behaviour. *Mental Health in Family Medicine*, 5(4), 213. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777584/pdf/MHFM-05-213.pdf>
- Harrison, M. B., Légaré, F., Graham, I. D. et Fervers, B. (2010). Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E78-E84. doi:10.1503/cmaj.081232
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. et Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727-735. doi :10.1016/j.cpr.2011.03.004
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. et Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. doi : 10.1002/eat.22670

- Kimber, M., Couturier, J., Jack, S., Niccols, A., Blyderveen, S. et McVey, G. (2014). Decision-making processes for the uptake and implementation of family-based therapy by eating disorder treatment teams: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 32-39. doi: 10.1002/eat.22185
- Kirkpatrick, D. (1998). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Lafrance Robinson, A., Boachie, A. et Lafrance, G. A. (2013). “i want help!”: Psychologists’ and physicians’ competence, barriers, and needs in the management of eating disorders in children and adolescents in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(3), 160-165. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032046>
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M. et Gottheil N. (1994). Validation d’une échelle d’attitudes alimentaires auprès d’une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39(1), 49-54. Récupéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674379403900110>
- Linville, D., Benton, A., O’Neil, M. et Sturm, K. (2010). Medical providers' screening, training and intervention practices for eating disorders. *Eating Disorders*, 18(2), 110-131. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260903585532>
- Median, M. S. (2015). How much does it cost to treat teens with anorexia nervosa in hospital? *Canadian Medical Association Journal*, 187(9), 658. doi: 10.1503/cmaj.150563
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2017). *Plan d’action en santé mentale 2015-2020* (Publication no 15-914-04W). Repéré à: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Monthuy-Blanc, J., Gagnon-Girouard, M-P., Langlois, F., St-Pierre, L., Plouffe, L., Dupont, A. et Ouellet, M. (2015, avril). *Intervention en TCA dans la région Mauricie et Centre-du-Québec*, modèle d’intervention soumis au Centre intégré universitaire de la Santé et des Services sociaux de la région Mauricie et Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Québec.
- Monthuy-Blanc, J. et Perron, C. (2014). *Rapport du sondage sur les troubles du comportement alimentaire*. Trois-Rivières, Québec: Université du Québec à Trois-Rivières.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) & National Institute for Clinical Excellence (Great Britain). (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Leicester: British Psychological Society.
- Nutley, S. et Awad, N. (2012). Commentaires de Sandra Nutley. Dans C. Dagenais et E. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (p.201-209). Montréal, Québec : Les Presses de l’Université de Montréal.

- Paillé, P (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives*,15,179–194.
- Pritts, S. D. et Susman, J. (2003). Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician*, 67(2), 297-304. Repéré à <http://www.aafp.org/afp/2003/0115/p297.pdf>
- Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme* (2^e édition revue et augmentée). Montréal, Québec : Presses de l'université de Montréal.
- Strandberg, E., Eldh, A. C., Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P. et Wallin, L. (2014). The concept of research utilization as understood by Swedish nurses: Demarcations of instrumental, conceptual, and persuasive research utilization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 55-64. doi : 10.1111/wvn.12013
- Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L. et Herzog, D. B. (2012). Clinician reactions to patients with eating disorders: A review of the literature. *Psychiatric Services*. 63(1), 73-78. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100050>
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V. A. et Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 38-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.003>
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., et Stevenson, A. (2013). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research*, 23(3), 333–343. doi:10.1080/10503307.2012.735377
- Waller, G. (2016). Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 1-8. doi : 10.1007/s11920-016-0679-0
- Wholey, J. S. (Ed.). (2004). *Evaluability assessment* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Williams, S. et Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology and Health*, 25(5), 551-567. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440802617629>

4. Discussion générale

Les deux articles de la thèse contribuent de manière différente à répondre à ses objectifs généraux, soit : 1) de dresser un portrait des stratégies de TC et des déterminants de l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine des TCA et 2) d'identifier des applications potentielles en contexte québécois. La présente discussion vise d'abord à décrire les contributions respectives de ces deux articles. Le premier d'entre eux concerne le premier objectif de la thèse en démontrant la pertinence d'identifier les stratégies de TC existantes et les déterminants de l'utilisation pour répondre aux différents défis associés à l'intervention en TCA. Le second article porte sur le second objectif de la thèse en proposant des recommandations pour favoriser le dépistage des TCA auprès de cliniciens québécois.

Ensuite, la discussion a pour but de décrire des pistes de réflexion et d'action issues des résultats de ces deux articles pour améliorer les pratiques. Enfin, cette discussion aborde les forces et limites de la thèse, les considérations pour les recherches futures dans le domaine des TCA et résume en conclusion les principaux apports de cette thèse.

Contributions de l'article 1

Les résultats de la première étude suggèrent que l'étude des processus de TC s'avère pertinente pour faciliter l'emploi de pratiques fondées sur des données probantes par les cliniciens et favoriser l'accès de la population à des services en TCA. Le premier article de la thèse contribue ainsi à identifier l'ensemble des stratégies de TC disponibles (i.e. matériels imprimés, ateliers de formation en ligne ou en présentiel accompagnés ou pas de supervision, manuels de traitement), leurs effets sur les types d'utilisation ainsi que les déterminants

susceptibles d'influencer l'application de pratiques fondées sur des données probantes. Au regard de la littérature scientifique disponible, aucune recension systématique de ce type dans le domaine des TCA n'a été identifiée. De ce fait, à notre connaissance, il s'agit de la première étude visant à documenter les effets de stratégies de TC dans le domaine des TCA en fonction des différents types d'utilisation de la recherche, soit l'utilisation instrumentale¹⁰, conceptuelle¹¹ et persuasive¹² (Dagenais, Queuille et Ridde, 2013; Strandberg et al., 2014). Afin de rendre compte des effets multiples d'une stratégie de TC, il apparaissait nécessaire de documenter les types d'utilisation au-delà de celle la plus fréquemment rapportée, soit l'utilisation instrumentale (Nutley et Awad, 2012). L'utilisation instrumentale des connaissances a effectivement été observée dans la majorité des études incluses dans la recension (n = 21/23), suivie de près par l'utilisation conceptuelle (n = 19/23). L'utilisation instrumentale des connaissances est associée dans les articles retenus à une plus grande adhérence aux pratiques fondées sur des données probantes et au développement de compétence chez les cliniciens. Pour ce qui est de l'utilisation conceptuelle, elle se présente sous la forme de changements d'attitudes envers une pratique ou d'une diminution de préjugés envers les personnes présentant un TCA.

¹⁰ L'utilisation instrumentale concerne une utilisation de connaissances pour changer des pratiques ou la prise de décision

¹¹ L'utilisation conceptuelle implique un changement dans le cadre de référence de la personne ou au sujet de la compréhension d'un phénomène à la lumière des données probantes disponibles

¹² L'utilisation persuasive réfère à l'utilisation de connaissances pour persuader les autres de changer, pour influencer l'allocation de ressources ou pour justifier/légitimer une décision ou une action

L'utilisation persuasive des connaissances fait quant à elle partie des formes d'utilisation les moins documentées jusqu'à maintenant dans les études répertoriées en TCA, ce qui serait également le cas dans d'autres domaines tel qu'en santé publique (Siron, Dagenais et Ridde, 2015). Seulement quatre études incluses dans la recension réfèrent à une utilisation persuasive des connaissances. L'utilisation persuasive des connaissances se manifeste dans ces études par l'offre de supervision ou de formations à des collègues. Le premier article de la thèse met ainsi en lumière la pertinence de développer des stratégies de TC pouvant mener à une utilisation persuasive des connaissances et par le fait même la nécessité d'élaborer des outils validés pour mesurer les retombées concrètes de ces initiatives. Sachant que le développement d'une vision commune pour l'intervention en TCA est nécessaire afin de surmonter plusieurs défis relatifs à la collaboration interprofessionnelle (DeJesse et Zelman, 2013), des formations en ligne menant à une utilisation persuasive des connaissances (Brownlow et al., 2015; McVey, Gusella, Tweed et Ferrari, 2008) ont notamment le potentiel de rejoindre davantage d'intervenants (Fairburn, Allen, Bailey-Straebler, O'Connor et Cooper, 2017).

Le premier article de la thèse propose aussi des pistes de réflexion et d'action s'adressant à des acteurs distincts (i.e. cliniciens, chercheurs et directeurs d'organisations). Le recours à une variété de stratégies de TC et la considération des besoins ainsi que de l'expérience clinique des intervenants par les chercheurs font partie de ces principales recommandations. Celles-ci ont été élaborées sur la base des constats observés relatifs aux effets des stratégies de TC, aux processus de TC et à l'interaction potentielle entre ces concepts.

La recension systématique réalisée s'attarde également à la qualité des devis de recherche employés par les études incluses. Différentes limites méthodologiques sont notées, notamment pour les études ayant utilisé des devis mixtes. Ce type de devis a toutefois le potentiel de rendre compte de la complexité des stratégies de TC et de l'étendue de leurs effets respectifs (Dagenais, Malo, et al., 2013). Ce premier article de la thèse montre la pertinence de s'intéresser à la triangulation de données issues de méthodes qualitatives et quantitatives ainsi qu'à l'influence de chercheurs sur les résultats observés. Porter une attention particulière à ces facteurs pourrait notamment permettre de mieux comprendre comment le processus d'évaluation est susceptible d'influencer les effets de stratégies de TC. Dans ce sens, Alkin et Taut (2003) suggèrent que le processus d'évaluation en lui-même peut mener à une utilisation instrumentale, conceptuelle ou symbolique (forme référant à une utilisation persuasive) des connaissances. Par exemple, si les cliniciens sont interrogés sur leurs pratiques lors de l'évaluation, il est possible que les intervenants reflètent sur leurs interventions après avoir participé à la recherche. Cette réflexion pourrait ainsi représenter une utilisation conceptuelle des connaissances issue du processus d'évaluation ou de l'influence de chercheurs. Ce constat a notamment été observé dans le cadre du second article de la thèse. Les entretiens semi-structurés réalisés lors de cette étude ont effectivement permis de guider les intervenants dans l'utilisation des connaissances et la validation de leurs pratiques.

Contributions de l'article 2

Les contributions du second article de la thèse sont également multiples pour l'intervention en contexte québécois. D'abord, l'article permet d'identifier plusieurs défis relatifs au dépistage des TCA en contexte québécois. Par exemple, le dépistage d'un TCA a été identifié comme complexe par les intervenants lorsqu'il ne s'agit pas du premier motif de

consultation. En d'autres termes, le sujet reste tabou. Ces enjeux sont aussi susceptibles d'influencer les étapes subséquentes du traitement. À titre d'illustration, lorsque la personne diagnostiquée d'un TCA est amenée à rencontrer des intervenants provenant d'une variété de disciplines (ex : nutrition, médecine, psychologie, etc.) ou qu'elle doit faire face à un changement fréquent de professionnels, elle peut alors se montrer ambivalente à l'idée de se confier à plusieurs intervenants (Dray, Gilchrist, Singh, Cheesman et Wade, 2014). Le second article de thèse procure également une meilleure compréhension des enjeux pouvant influencer l'accès à des services de qualité pour les TCA. En effet, le manque de temps pour se familiariser avec les nouvelles connaissances disponibles ou pour traiter les motifs secondaires à la demande initiale fait partie des déterminants de l'utilisation les plus souvent soulevés par les intervenants (n = 11/13). Trois participantes rapportent notamment se sentir inquiètes de devoir raccourcir les épisodes de service pour arriver à répondre à la demande. D'ailleurs, le manque d'accès à des ressources spécifiques et spécialisées pour les TCA est également ciblé comme une barrière au dépistage dans le cadre de cette étude ainsi qu'ailleurs dans la littérature (Linville, Benton, O'Neil et Sturm, 2010).

Ensuite, le second article de cette thèse vise à documenter les diverses formes d'utilisation des connaissances (i.e. instrumentale, conceptuelle et persuasive) employées par les intervenants et ce à travers le temps (i.e. évaluation post-formation et trois mois post-formation). L'étude fournit donc des exemples concrets des différentes retombées de la formation. Par exemple, tous les participants à la formation rapportent dans leurs réponses au questionnaire portant sur les intentions avoir une certaine intention d'utiliser les données de recherche discutées lors de la formation pour les aider dans leur travail (plutôt en accord n =

6/25; en accord n = 9/25; fortement en accord n = 10/25). De plus, parmi les intervenants rencontrés lors des entretiens semi-structurés, la majorité d'entre eux rapportent avoir eu recours à une utilisation instrumentale, conceptuelle ou persuasive des connaissances après la formation. Ainsi, même si les outils de dépistage n'ont pas été utilisés par tous, la formation semble avoir mené à une variété de changements concrets auprès des intervenants (i.e. changements de perceptions, modifications dans la prise de décision, justification de pratiques auprès d'autrui).

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à évaluer l'utilisation d'une formation professionnelle pour le dépistage des TCA par les intervenants de la santé et des services sociaux au Québec dans une perspective de TC. L'identification de déterminants de l'utilisation des connaissances a également permis d'appuyer certaines pistes soulevées dans le cadre de la recension des écrits réalisée. À titre d'illustration, l'emploi d'une stratégie pédagogique expérientielle¹³ lors de la formation est une modalité qui pourrait être associée à une plus grande utilisation. En effet, la majorité des répondants au questionnaire portant sur les réactions à la formation rapportent avoir été satisfaits de la stratégie pédagogique employée. Certains soulèvent également la pertinence des exercices expérientiels réalisés lors de la formation. Lors des entretiens, quatre participantes soulèvent s'être référées à des conceptualisations imagées dans leur utilisation conceptuelle des connaissances. Certaines participantes se sont aussi basées sur les éléments compris dans le cartable de formation pour

¹³ La stratégie pédagogique expérientielle utilisée lors de la formation réfère à des situations découvertes déclenchant des conflits socio-cognitifs et émotions suivis d'exposés magistraux.

procéder à l'évaluation d'un TCA. Ainsi, ces composantes de la formation semblent avoir été utiles pour consolider les apprentissages de participants.

Ces observations appuient non seulement les résultats du premier article de thèse, mais ont aussi le potentiel de représenter des conditions gagnantes pour assurer une utilisation des connaissances dans une diversité de contextes. En effet, l'article de Gooding et collègues (2017) inclut dans la recension systématique suggère aussi qu'une méthode active d'apprentissage est préférable pour favoriser l'adoption de pratiques de dépistage concernant les TCA. Plus précisément, les auteurs rapportent avoir employé la méthode Q-Stream qui consiste en un apprentissage en ligne à l'aide de rappels espacés. Cette méthode a également été identifiée en contexte médical comme favorisant la rétention des connaissances par des résidents et médecins en urologie (Kerfoot, Kearney, Connelly et Ritchey, 2009; Kerfoot et al., 2010). Ce constat appuie la pertinence d'offrir des occasions pour revenir sur les apprentissages après la formation.

Enfin, le second article suggère plusieurs pistes de réflexion et d'action pour non seulement rendre les formations plus adaptées aux besoins des intervenants québécois, mais aussi pour faciliter l'accès à des ressources spécialisées pour les TCA. Plus précisément, le second article de la thèse soutient la nécessité d'impliquer plusieurs acteurs (intervenants, directeurs d'organisations et décideurs politiques) dans le processus de TC pour assurer la pérennité d'une intervention.

Pistes de réflexion et d'action pour la pratique

Les deux études conduites dans le cadre de cette thèse se sont ainsi intéressées à l'évaluation des retombées de stratégies de TC et aux conditions associées afin de favoriser une plus grande utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les cliniciens. Dans le but de rendre compte de l'apport de ces articles pour la pratique et de discuter d'implications potentielles plus larges, des pistes de réflexion et d'action sont émises en fonction de chacune des sept étapes du processus de prise de décision d'un clinicien dans l'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes proposées par Kimber et collègues (2014). Ces sept étapes vont de l'exposition individuelle à un traitement pour les TCA à l'évaluation du traitement une fois intégré aux pratiques de cliniciens œuvrant au sein d'une équipe d'intervention.

Première étape : Exposition individuelle à un traitement

Les deux articles de la présente thèse ont identifié des obstacles potentiels à l'implantation d'une pratique tels que le manque de temps pour dépister, pour intégrer des connaissances fondées sur des données probantes dans leurs pratiques ou pour implanter un programme en raison d'horaires chargés (études retenues dans le premier article de thèse : Adametz et al., 2017; Dray et al., 2014; Fairburn et al., 2017; Hutchinson et Johnston, 2008; Linville, Aoyama, Knoble et Gau, 2013; Rohde, Shaw, Butryn et Stice, 2015). Avant que les cliniciens soient exposés à une intervention pour les TCA, différentes mesures peuvent alors être mises en place pour tenter de surmonter ces barrières. Par exemple, selon Waterhous et collègues (2009), les patients pourraient être invités à compléter un outil de dépistage préalablement à une rencontre médicale. Les auteurs de cette étude ajoutent que les médecins

pourraient également concentrer leurs efforts de dépistage auprès des populations susceptibles d'être à risque de développer un TCA (i.e. personnes présentant des changements récents quant à leur poids ou rapportant d'autres comorbidités associées aux TCA).

Les résultats des deux articles de la thèse appuient également le constat de Waller et collègues (2013) selon lequel il importe de considérer les attitudes et croyances de cliniciens envers une intervention afin de soutenir son utilisation. Plus précisément, cultiver la réflexivité chez les cliniciens et libérer du temps pour qu'ils puissent se familiariser avec les nouvelles pratiques disponibles peuvent représenter des conditions favorables au développement professionnel (Adametz et al., 2017; Gustafsson et Fagerberg, 2004). Envisager de participer à une formation a ainsi été identifié par les deux études comme utile pour viser un changement de perceptions et la considération de nouvelles approches thérapeutiques (*utilisation conceptuelle*). Par exemple, à la suite d'une formation en ligne, Brownlow et collègues (2015) [étude retenue dans le premier article de thèse] ont observé chez des professionnels de la santé une augmentation de leur confiance à intervenir auprès de personnes présentant un TCA ainsi qu'une réduction de croyances stigmatisantes envers cette clientèle. Après l'implantation d'une formation en ligne, McVey et collègues (2008) [étude retenue dans le premier article de thèse] rapportent également une augmentation des connaissances de professeurs à propos de l'effet des diètes et de la façon dont les préjugés envers le poids peuvent influencer l'image corporelle de leurs étudiants.

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

⇒ Disséminer des outils de dépistage facilement interprétables avant les rencontres

- => Concentrer les efforts de dépistage sur les populations à risque de développer un TCA
- => Cultiver la réflexivité chez les intervenants
- => S'informer quant aux formations disponibles sur les TCA

Deuxième étape : Exposition en équipe au traitement

L'implication des directeurs de programmes ou de services dans les milieux cliniques (personnes ressources) peut représenter un moyen de rallier plus facilement l'ensemble des membres de l'équipe. Rohde et collègues (2015) [étude retenue dans le premier article de thèse], constatent que la formation d'un directeur pourrait avoir mené à des initiatives de type *Train-the-Trainer*. Une stratégie de TC de type *Train-the-Trainer* typiquement consiste à former des intervenants à utiliser des pratiques fondées sur des données probantes pour qu'à leur tour ils forment d'autres intervenants dans leurs milieux (Kilpela et al., 2014). Malgré que cette stratégie n'ait pas été identifiée dans la recension systématique des écrits en raison du manque d'études rigoureuses évaluant ses retombées auprès de cliniciens, quelques études présentent des résultats préliminaires favorables sur la symptomatologie des personnes ciblées par un programme de prévention des TCA (Greif, Becker et Hildebrandt, 2015; Kilpela et al., 2014) et par un traitement d'auto-gestion de type cognitif comportemental pour les TCA (Zandberg et Wilson, 2013). Une stratégie de TC construite sur mesure pour les directeurs de programmes ou de services et visant une *utilisation conceptuelle et persuasive* des connaissances par ces derniers peut alors s'avérer une avenue intéressante à cette étape du processus de décision.

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

⇒ Impliquer les directeurs de programmes, potentiellement via des initiatives de TC telles que *Train-the-Trainer*

Troisième étape : Évaluation de l'appui scientifique envers le traitement

L'utilisation de différents médiums pour vulgariser les données de recherche disponibles a été identifiée dans les deux articles de la thèse comme un moyen de rejoindre davantage d'intervenants pouvant posséder une variété d'expertises en recherche¹⁴. De plus, tenir compte des facteurs pouvant affecter la considération de données probantes pourrait s'avérer utile à cette étape. Par exemple, les auteurs d'une étude incluse dans la recension des écrits remarquent une tendance chez les professionnels à prendre en compte l'opinion valorisée de collègues pour développer un outil clinique plutôt que d'échanger au sujet des données probantes disponibles (Hutchinson et Johnston, 2008). Dans certains cas, des stratégies de TC (i.e. formation continue) visant un maintien de la compétence de cliniciens (*utilisation instrumentale*) à interpréter les résultats issus de la recherche pourraient alors se montrer pertinentes. Dans le domaine de la santé, une étude conduite par Black et collègues (2015) qui a documenté les effets d'une formation en recherche sur les connaissances, attitudes et l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes de cliniciens révèle une amélioration des connaissances et compétences en recherche. Les ateliers de formation en question ont couvert les thèmes suivants : les différentes méthodologies, l'éthique de la

¹⁴ L'expertise en recherche concerne les habiletés et compétences des intervenants à repérer, interpréter et utiliser les connaissances fondées sur des données probantes.

recherche ainsi que des techniques pour la conduite d'une revue de la littérature. En équipe, les participants ont ensuite été invités à produire une proposition de recherche avec le soutien d'un mentor. Black et collègues (2015) constatent que les participants qui ont reçu un financement pour leur proposition de recherche se seraient également engagés dans des activités de TC. De telles conditions apparaissent favorables pour impliquer des cliniciens sur le terrain dans l'interprétation de résultats de recherche et dans la réalisation d'études susceptibles de répondre à des questions pertinentes pour la réalité clinique. Dans le même sens, Dagenais, Queuille et Ridde (2013) soulignent qu'une formation semble être la stratégie à privilégier pour soutenir l'expertise en recherche de décideurs et parties prenantes dans le domaine de la santé.

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

⇒» Participer à des formations continues visant à se maintenir à jour quant aux différentes méthodes de recherche et interprétations de résultats possibles

⇒» Utiliser différents médiums pour vulgariser les résultats de recherche

Quatrième étape : Prise de décision concernant l'intégration du traitement au programme existant de l'équipe

Les résultats des deux études soutiennent la pertinence de tenir compte de la réalité des personnes présentant un TCA en vue de l'implantation d'une pratique. Dans le cadre du premier article de thèse, une catégorie de déterminants associée à l'utilisation émerge effectivement de l'analyse des articles, soit les caractéristiques des personnes ayant un TCA et leurs familles. Par exemple, Rohde et collègues (2015) [étude retenue dans le premier article

de thèse] identifient comme obstacle à la pérennité d'une intervention la stigmatisation perçue d'étudiants à participer à un programme de prévention pour les TCA. En ce qui concerne le second article de thèse, certaines caractéristiques de personnes présentant un TCA sont aussi identifiées par les intervenants interrogés comme pouvant complexifier les pratiques de dépistage auprès de cette clientèle (i.e. le tabou associé au TCA, le niveau d'engagement de ces personnes dans le suivi, leurs connaissances en nutrition ou la présence de comportements compensatoires fréquents). Dans le domaine de la santé, la présence d'un partenariat continu entre l'équipe clinique et les patients a été ciblée comme importante pour que des décisions prises concernant les soins tiennent compte des besoins de patients (Montori, Gafni et Charles, 2006). Plus spécifiquement au Québec, le partenariat de soins du *Montreal Model* suggère d'impliquer le patient tout au long du processus afin de considérer ses propres valeurs, ses connaissances et ses objectifs de vie (Pomey et al., 2015). L'implication du patient a entre autres été associée à un plus grand accord entre les professionnels et patients quant aux pratiques à prioriser pour améliorer les soins de personnes présentant des difficultés chroniques comme le diabète et des maladies cardiovasculaires (Boivin, Lehoux, Lacombe, Burgers et Grol, 2014). Des stratégies de TC visant une *utilisation instrumentale* des connaissances (i.e. prise de décision clinique) pourraient donc représenter une piste intéressante lors de cette étape. À titre d'exemple, une étude incluse dans la recension systématique identifie la planification de rencontres d'équipe comme une stratégie pouvant soutenir l'élaboration de protocoles de traitements fondées sur les données probantes disponibles (Hutchinson et Johnston, 2008).

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

⇒ Cultiver un partenariat entre les intervenants et les patients lors de la prise de décision

⇒ Planifier des rencontres pour que l'équipe convienne d'un plan de soins

Cinquième étape : Participation à une formation visant l'utilisation du traitement

La formation d'intervenants au même moment représente potentiellement une condition favorable à l'utilisation. Dans le cadre du premier article, l'attitude négative de collègues envers l'intervention est notamment identifiée comme une condition pouvant limiter l'utilisation (étude recensée dans le premier article : Adametz et al., 2017). Ainsi, la formation de plusieurs professionnels d'une organisation au même moment pourrait faciliter le développement d'une vision commune pour le traitement et soutenir l'utilisation. En ce qui concerne le second article, cinq participantes rapportent avoir discuté avec des collègues suite à la formation pour mettre en pratique leurs connaissances ou valider leurs pratiques de dépistage. Une participante mentionne aussi qu'avoir participé à la formation en compagnie d'une collègue était facilitant. Il serait pertinent d'évaluer les effets de cette modalité de formation sur l'utilisation par les intervenants à travers le temps. L'emploi d'une stratégie pédagogique expérientielle ainsi que l'offre d'outils facilement utilisables et interprétables (i.e. questionnaires pour le dépistage d'un TCA, liste de références cliniques, opérationnalisation de procédures de dépistage) représentent aussi des facteurs identifiés dans les deux études comme pouvant faciliter l'utilisation. L'analyse des études incluses dans la recension suggère que les manuels de traitement et les formations peuvent mener à une augmentation de la compétence de cliniciens, de leur adhérence au traitement ou de leurs habiletés à travailler en

équipe (*utilisation instrumentale*). Ces stratégies de TC peuvent alors être employées à cette étape.

Adaptation des manuels de traitement disponibles

Alors qu'une étude incluse dans la recension systématique constate une plus grande adhérence envers l'intervention après la seule dissémination d'un manuel de traitement (Rous, Ranote, Elvins et Bhatt, 2009), différentes études montrent de manière générale une faible utilisation de manuels pour les TCA par les cliniciens (Wallace et von Ranson, 2011; Waller, Stringer et Meyer, 2012; Waller et al., 2013). Lors de la dissémination de manuels de traitements, Waller et collègues (2013) recommandent de mettre l'accent sur le besoin d'une alliance thérapeutique de qualité et de rappeler comment ces initiatives peuvent diminuer les coûts associés au traitement ainsi que mener à de meilleurs résultats auprès de la population qui présente un TCA. De plus, les guides de pratique peuvent être adaptés aux réalités cliniques des milieux afin d'éviter la duplication d'efforts, soit d'élaborer un nouveau manuel de traitement pour chaque région ou contexte d'intervention sans tenir compte des manuels déjà disponibles. Pour ce faire, le processus ADAPTE peut être employé pour rendre les recommandations plus optimales en documentant les barrières et facteurs soutenant l'utilisation de connaissances fondées sur des données probantes (Harrison, Légaré, Graham et Fervers, 2010). Le processus ADAPTE comprend trois principales étapes, soit : 1) la préparation qui comprend l'établissement d'un comité et l'identification des ressources nécessaires, 2) l'adaptation qui vise à clarifier la population d'intérêt, à préciser les professions ciblées par le manuel, à déterminer l'intervention disséminée et à utiliser l'outil *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE) pour sélectionner les guides de

pratiques existants et en évaluer la qualité et 3) la finalisation qui a pour objectif de solliciter la rétroaction de cliniciens susceptibles d'utiliser le guide de pratique et de produire la version finale du guide de pratique (AGREE collaboration, 2003; Harrison et al., 2010).

Pratiques et facteurs à cibler lors de formations visant un travail interdisciplinaire

À l'extérieur du domaine des TCA, des auteurs se sont intéressés aux principes clés associés au travail interdisciplinaire dont : la formation, la présence d'un *leadership* positif (i.e. besoin d'une personne qui guide les échanges dans l'équipe), la présence d'une structure et de stratégies de communication, la réception de récompenses personnelles, la présence de ressources appropriées (i.e. temps, rencontres d'équipe), une juxtaposition de compétences adéquates, un climat soutenant au sein de l'équipe, des caractéristiques personnelles appuyant le travail interdisciplinaire, la présence d'une vision claire, la qualité des soins ainsi que l'appréciation et la compréhension du rôle de chaque membre de l'équipe (Nancarrow et al., 2013).

De plus amples recherches sont néanmoins nécessaires afin d'identifier les conditions favorables au travail interdisciplinaire en TCA. Heath et collègues (2013) [étude retenue dans le premier article de thèse] suggèrent notamment que d'avoir pairé des intervenants d'une même région pour qu'ils réfléchissent ensemble aux façons d'améliorer leur collaboration pour les personnes ayant un TCA a potentiellement permis de développer des stratégies soutenant le travail interdisciplinaire. Une étude qualitative réalisée par DeJesse et Zelman (2013) cible également des pratiques susceptibles de favoriser une collaboration entre les professionnels de santé mentale et les nutritionnistes en TCA telles que : cultiver un réseau

professionnel, reconnaître les différends avec autrui, respecter les rôles de chacun, informer les autres professionnels à propos des interactions individuelles réalisées avec la personne présentant un TCA, chercher à en apprendre plus sur les rôles assumés par d'autres professions, faire part aux autres de son propre rôle au sein de l'équipe de traitement et viser un consensus dans l'équipe quant aux décisions prises pour l'intervention. Cette étude n'a pas été incluse dans la recension des écrits parce que ses résultats ne portent pas sur l'évaluation d'une stratégie de TC. Toutefois, les pratiques identifiées dans cette étude pourraient informer de futures initiatives de TC. Dans ce sens, les auteurs ajoutent que la personne ayant un TCA et sa famille ne devraient pas servir d'intermédiaire entre les professionnels lorsque vient le temps de s'entendre sur des décisions importantes quant au traitement. Les résultats de l'étude de DeJesse et Zelman (2013) suggèrent que la présentation d'une vision commune permettrait de limiter la confusion et l'anxiété chez la clientèle tout en soutenant leur progrès lors du traitement.

L'ensemble de ces conditions pourraient représenter un terrain fertile à la transposition des données de recherche entre disciplines, ce qui renvoie à un sous-type de l'*utilisation conceptuelle*, soit la *forme inspirante* (Elissalde, Gaudet et Renaud, 2010). Dans cette optique, Monthuy-Blanc et collègues (2016) suggèrent qu'un modèle de collaboration transdisciplinaire pourrait être prometteur pour surmonter les défis liés à l'intervention en TCA. Plus précisément, cette approche se définit comme « ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline » (Nicolescu, 1996). Le modèle transdisciplinaire permettrait ainsi le dépassement des cloisonnements entre disciplines et la considération de la complexité clinique (Godemann, 2008; Monthuy-Blanc,

Plouffe, Thibault, Dupont et Dagenais, 2016). De futures recherches sont néanmoins nécessaires pour identifier les retombées de ce modèle et explorer par quels moyens une telle transposition de pratiques peut être facilitée auprès de professionnels en TCA.

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

- =>> Offrir une formation à l'ensemble des membres d'une équipe au même moment
- =>> Utiliser une méthode pédagogique dite expérientielle
- =>> Disséminer des manuels de traitements adaptés à la réalité clinique
- =>> Cultiver des échanges entre professionnels pour favoriser l'atteinte de consensus

Sixième étape : L'utilisation du traitement sous supervision

La mise en pratique d'interventions apprises lors de la formation et la réception d'une forme de rétroaction post-formation sont des conditions notées dans les deux articles de la thèse comme étant susceptibles de soutenir l'utilisation. Plusieurs auteurs ont notamment observé une *utilisation instrumentale* des connaissances à la suite de l'implantation d'une formation ayant employé une forme de supervision clinique, de rétroaction par téléphone ou une application mobile (Accurso, Astrachan-Fletcher, O'Brien, McClanahan et Le Grange, 2018; Buhl, 1993; Couturier, Isserlin et Lock, 2010; Dray et al., 2014; Fairburn et al., 2017; Gooding et al., 2017; Rohde et al., 2015; Rosenvinge, Skårderud et Thune-Larsen, 2003). Toutefois, il est difficile de conclure si les différentes formes de supervision ou de rétroactions mènent en soi à une augmentation de la compétence de cliniciens puisque ces stratégies ne sont pas employées seules. Dans cette optique, les résultats de Cooper et collègues (2017) laissent supposer que l'ajout de supervision clinique n'est pas nécessairement associé à une

plus grande adoption à long terme de pratiques fondés sur des données probantes par les intervenants. Compte tenu des retombées positives associées à la formation en ligne, ces auteurs recommandent ainsi de continuer d'offrir ces opportunités de formation afin de former davantage d'intervenants à moindre coûts.

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

=> Offrir des opportunités de formation continue permettant de rejoindre davantage d'intervenants (i.e. formations en ligne)

Septième étape : Évaluation du traitement une fois intégré dans les pratiques des cliniciens de l'équipe

L'évaluation des processus de TC examinés dans le cadre des deux études offre des pistes de réflexion pour mieux comprendre les facteurs pouvant influencer l'adoption de pratiques à long terme et adapter les plans de traitements à la réalité clinique des milieux. Un maintien d'interactions régulières entre les chercheurs et les utilisateurs potentiels représente notamment une pratique à privilégier pour que ces derniers soient davantage susceptibles d'utiliser les connaissances (Landry, Amara et Lamari, 2001).

Les résultats issus de cette thèse suggèrent que l'implication de la population qui présente un TCA et de leurs proches dans l'évaluation des programmes offerts est également susceptible de favoriser la satisfaction envers le traitement reçu. Dans le cas des TCA en jeunesse, une des raisons pouvant expliquer la non-complétion d'une thérapie familiale par des personnes ayant un diagnostic d'anorexie mentale concerne le manque de satisfaction de la

famille envers l'intervention (Accurso et al., 2018). Dans cette optique, des auteurs dans le domaine de la santé mentale ont développé des outils pour évaluer l'alliance thérapeutique afin d'accompagner les cliniciens à ouvrir le dialogue sur la question de l'alliance avec leurs clients en psychothérapie. L'Échelle d'Évaluation de la Séance 3.0 (Session Rating Scale 3.0), remplie après les séances par le client en psychothérapie en est un exemple. Composée de quatre items, cette mesure de l'alliance thérapeutique évalue quatre aspects, soit : le lien relationnel ainsi que le degré d'accord entre la personne et le thérapeute quant aux buts, aux méthodes employées et à l'approche générale utilisée (Duncan et al., 2003). L'évaluation de l'alliance pour offrir de la rétroaction continue aux thérapeutes présenterait des effets bénéfiques sur les résultats de la thérapie et le taux d'abandon (Miller, Duncan, Brown, Sorrell et Chalk, 2006).

À cette étape, l'emploi de stratégies de TC diversifiées (i.e. formations professionnelles pour l'utilisation d'outils d'évaluation; stratégies impliquant la population qui présente un TCA) est identifié comme une piste susceptible d'assurer la pérennité des trois formes d'utilisation : *instrumentale* (i.e. utilisation d'outils par les intervenants pour évaluer l'alliance thérapeutique), *conceptuelle* (i.e. adaptation de la perspective d'intervention en fonction des besoins de la population) et *persuasive* (i.e. élaboration de recherches en fonction des besoins de cliniciens afin d'influencer leur prise de décision).

En bref, pistes de réflexion et d'action à cette étape :

⇒» Maintenir un partenariat entre les chercheurs et les intervenants afin de soutenir l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes

⇒ Impliquer les personnes ayant un TCA dans l'évaluation des interventions offertes

Au-delà de l'évaluation du traitement offert par les intervenants et des résultats issus des deux articles de cette thèse, les stratégies de TC destinées aux personnes présentant un TCA peuvent néanmoins représenter des avenues prometteuses pour rejoindre plus largement la population. Des applications mobiles dédiées aux personnes présentant un TCA ont notamment été conçues telles que *Recovery Record*, *RiseUp: Overcoming your Eating Disorder*, *Before I Eat*, *iCounselor: eating disorders*, *Stop Binge Eating: lose weight*, *Daytime affirmations*. Toutefois, plusieurs de ces applications comprennent peu de pratiques fondées sur des données probantes. L'application mobile *Recovery Record* fait partie des exceptions en proposant des interventions démontrées efficaces par la recherche (Juarascio, Manasse, Goldstein, Forman et Butryn, 2015). Cette application permet notamment aux personnes présentant un TCA de compléter un journal alimentaire, de documenter leurs pensées, émotions et comportements, de partager ces informations aux intervenants impliqués dans leur suivi ainsi que d'obtenir des suggestions de stratégies de coping (Tregarthen, Lock et Darcy, 2015). Afin que l'ensemble de ces initiatives représentent des options de traitement efficaces, il serait ainsi utile que les applications soient élaborées en tenant compte des données probantes disponibles (Juarascio et al., 2015).

Forces et limites de la thèse

Tel que démontré dans la présente discussion, cette thèse apporte une contribution significative à la littérature scientifique et se distingue particulièrement par le fait qu'elle documente systématiquement, pour la première fois dans le domaine des TCA, les effets de stratégies de TC sur les différents types d'utilisation des connaissances (instrumentale,

conceptuelle et persuasive). En effet, l'ensemble des recensions publiées au courant des dernières années sur le sujet ne reposaient pas sur une démarche systématique. De plus, l'utilisation d'une méthode de type *scoping study* pour réaliser la recension systématique des écrits représente un choix judicieux pour rendre compte de la variété des devis de recherche employés dans le domaine du TC en TCA. En outre, les résultats issus de la seconde étude mènent à la recommandation d'employer plusieurs temps de mesure afin d'observer l'étendue des effets de stratégies de TC dans le temps. La thèse propose ainsi des réflexions quant à la qualité des méthodes pouvant être employées pour évaluer les effets de futures initiatives de TC.

Les pistes de réflexion et d'action issues de ces deux articles fournissent également des moyens concrets pour soutenir l'utilisation de pratiques fondées sur la recherche par les intervenants et ce, pour chacune des différentes étapes du processus de décision clinique. Une réflexion est aussi amorcée quant aux moyens de favoriser la mise en place de conditions associées à l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes par les cliniciens (i.e. former les intervenants de manière uniforme pour favoriser le partage d'une vision commune pour le traitement).

De plus, les deux études portent une attention particulière aux défis associés au dépistage ou à l'intervention en TCA (i.e. ambivalence envers le traitement, stigmatisation liée à la maladie), mais plus particulièrement à ceux relatifs à la collaboration interprofessionnelle. Sachant que les personnes présentant un TCA peuvent nécessiter un accompagnement de la part de professionnels provenant de différentes disciplines en raison des difficultés physiques

et psychologiques rapportées par ces derniers, cette thèse contribue de manière importante à l'identification de conditions favorables dans ce sens. En portant un regard sur la façon dont les stratégies de TC favorisent l'adoption de pratiques de cliniciens pouvant jouer différents rôles auprès de la population, cette thèse fournit des recommandations adaptées en fonction de la réalité clinique. Parmi les recommandations découlant du premier article de thèse, il est notamment proposé de prévoir des moments d'échanges entre les intervenants ainsi que des périodes pour qu'ils puissent refléter sur leurs pratiques. Les conclusions du second article de la thèse mènent à la recommandation d'uniformiser les procédures de dépistage et de soutenir le développement de ressources spécialisées pour l'intervention en TCA en régions. De telles pratiques sont ainsi susceptibles de soutenir les intervenants québécois dans l'adoption d'un langage commun pouvant favoriser la référence de personnes présentant un TCA à des services adaptés.

Une des limites de cette thèse concerne le fait que, dans la seconde étude, nous n'avons pas été en mesure de sonder certains participants trois mois post-formation. Les raisons soutenant leur utilisation ou non-utilisation des connaissances enseignées dans le cadre de la formation n'ont donc pas pu être documentées. Tel que mentionné dans cet article, la désirabilité sociale ainsi que le moment où certaines informations ont été collectées sont des conditions susceptibles d'avoir influencé les résultats obtenus. Néanmoins, nous avons cherché à contrôler pour le biais de désirabilité sociale en invitant les participants à non seulement décrire lors des entretiens semi-structurés une situation clinique au dénouement satisfaisant, mais aussi une situation au dénouement insatisfaisant.

De plus, une limite relative à l'analyse des résultats concerne la difficulté à tenir compte de certaines variables telles que les caractéristiques de participants ou la diversité des cas de TCA rencontrés. Les analyses statistiques révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe de 27 participants initial et le groupe de 13 participants aux entretiens semi-structurés en ce qui concerne leur âge, leur sexe, leur profession et leurs réponses aux différents questionnaires (voir annexe 11 pour consulter les résultats des analyses statistiques réalisées entre les deux groupes). Cependant, aucun travailleur social ou professionnel en éducation physique n'ont accepté de participer aux entretiens. En outre, les groupes diffèrent quant à leur nombre d'années d'expérience. De manière générale, ceux ayant participé aux entretiens sont un peu plus jeunes (âge moyen de 35,46 comparativement à 41,92) et présentent moins d'années d'expérience que le groupe initial (7,10 années d'expérience en moyenne comparativement à 15,09). Les connaissances initiales des participants aux entretiens sont également un peu plus élevées que le groupe de 27 participants. Parmi l'ensemble des participants à l'étude, les participants aux entretiens ne sont donc pas ceux qui ont augmenté le plus leurs connaissances suite à la formation. Les résultats de l'étude au sujet des types et conditions d'utilisation rapportés sont ainsi représentatifs de l'échantillon de participants aux entretiens semi-structurés. Il est aussi possible que les types d'utilisation soient surestimés compte tenu du fait qu'il est possible que les gens qui n'ont pas participé aux entretiens n'aient pas rencontré de personnes ayant un TCA depuis la formation. En raison de la présence d'un échantillon restreint, davantage d'études sont nécessaires pour dégager des constats à plus grande échelle quant aux caractéristiques des intervenants associées à une utilisation dans leur milieu de pratique. De plus amples recherches sont aussi

requis pour être en mesure de généraliser les résultats observés auprès de la population québécoise.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats issus du questionnaire mesurant l'intention d'utiliser les connaissances sont à interpréter avec prudence compte tenu de l'absence d'étude de validation de l'outil auprès de la population québécoise. Le développement d'outils validés en français pour mesurer l'intention représente une avenue pertinente pour de futures recherches dans le domaine du TC.

Enfin, dans l'optique d'approfondir l'analyse des résultats obtenus, il aurait été pertinent d'opter pour un devis de recherche convergent. Ainsi, une plus grande attention aurait été apportée lors de l'interprétation à la combinaison des données qualitatives et quantitatives même si ces données ont été recueillies de façon indépendante (Creswell et Plano Clark, 2011). À titre d'exemple, plusieurs réponses aux items du questionnaire de réactions vont dans le même sens que les déterminants de l'utilisation identifiés par les participants lors des entretiens. Alors que les exercices expérientiels et exemples cliniques fournis lors de la formation sont des éléments appréciés par plusieurs intervenants, les exercices thérapeutiques sont également soulevés lors des entretiens comme ayant facilité l'application de connaissances. À l'inverse, les notions associées à la méthodologie et à la cotation d'outils de dépistage ont été moins appréciés lors de la formation alors que plusieurs participants aux entretiens ont identifié ces outils comme étant soit trop lourds ou difficiles à interpréter. Une telle analyse permet ainsi de soulever les divergences et similarités entre les données recueillies afin de favoriser la triangulation des données.

Considérations pour les recherches futures

En ce qui concerne la recension systématique des écrits, nous n'avons pas retenu les initiatives de TC concernant les interventions pharmacologiques comme les interventions psychosociales sont associées à des effets plus importants pour la clientèle TCA. Toutefois, la prescription d'une médication en combinaison avec la thérapie cognitive-comportementale montrerait des effets supérieurs pour la boulimie et l'accès hyperphagique que l'administration d'une seule de ces interventions (Flament, Bissada et Spettigue, 2012). De futures recherches évaluant les retombées de plusieurs stratégies de TC à la fois pourraient ainsi s'avérer pertinentes pour soutenir l'utilisation d'interventions pharmacologiques et psychosociales pour les TCA. Certaines stratégies de TC n'ont également pas été répertoriées dans le cadre de la recension (i.e. applications mobiles adressées à la population qui présente un TCA; *Train-the-Trainer*), principalement car ces stratégies n'ont pas été évaluées avec rigueur ou dans un contexte clinique précis. Ces stratégies peuvent néanmoins s'avérer utiles pour favoriser l'accès à des soins pour les TCA (Kazdin, Fitzsimmons-Craft et Wilfley, 2017). L'évaluation de telles initiatives représentent des avenues de recherche nécessaires afin de s'assurer que ces interventions soient appuyées sur des données probantes.

Alors que les constats issus de cette thèse sont multiples, l'étude du TC dans le domaine des TCA représente un sujet d'étude en émergence. La majorité des études incluses dans la recension systématique des écrits ($n = 20/23$) ont effectivement été publiées au cours des 10 dernières années. Avec la reconnaissance récente de l'accès hyperphagique comme un TCA (American Psychiatric Association, 2013), il pourrait être pertinent d'évaluer les initiatives de TC visant plus spécifiquement l'intervention auprès de personnes présentant ce

trouble dans les années à venir. En effet, aucune étude portant sur une stratégie de TC n'a été identifiée dans la recension des écrits pour faciliter l'intervention auprès de personnes présentant ce trouble. Alors que l'approche transdiagnostique de Fairburn développée en 2008 suggère que les TCA présentent plusieurs caractéristiques en commun, ce modèle ne tient toutefois pas compte de l'accès hyperphagique. Compte tenu de certaines caractéristiques pouvant être associées à ce trouble telles que la stigmatisation et les préjugés associés au poids (Schvey, Roberto et White, 2013), il importe d'évaluer des interventions spécifiquement conçues pour gérer ces difficultés. De façon générale, il est recommandé d'expliquer aux personnes présentant un trouble de l'accès hyperphagique que les suivis psychologiques ont un effet limité sur le poids et que la perte de poids ne peut représenter en soit un objectif de la thérapie. En effet, la tendance à se restreindre peut soutenir la présence de crises alimentaires (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). Toutefois, cette perspective d'intervention est susceptible de poser des défis particuliers considérant que ces personnes souhaitent régulièrement perdre du poids face à des situations de stigmatisation. De plus, l'évaluation de stratégies de TC visant une utilisation d'interventions dans des contextes cliniques spécifiques (i.e. chirurgie bariatrique) peut aussi représenter une piste importante à étudier pour de futures recherches en TCA. Une revue de la littérature souligne notamment la pertinence de reconnaître les difficultés pouvant être associées à l'accès hyperphagique chez les personnes souhaitant recevoir une chirurgie bariatrique et d'offrir à celles-ci un suivi afin d'optimiser les résultats obtenus en termes de perte de poids (Meany, Coinceiçao et Mitchell, 2014).

Compte tenu de l'importance de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire dans l'intervention en TCA, il pourrait être pertinent que davantage de recherches soient élaborées et réalisées par des équipes transdisciplinaires. Un exemple d'initiative de recherche transdisciplinaire concerne une étude récente réalisée par Obeid et collègues (2019) qui a identifié 10 questions considérées prioritaires pour de futures recherches en TCA. Par l'entremise d'une méthodologie validée ciblant l'établissement d'un consensus entre des personnes diagnostiquées d'un TCA, des proches de personnes ayant un TCA et des professionnels de la santé, la mise en place d'un comité consultatif composé de 35 personnes à travers le Canada a permis de préciser les priorités en recherche pour la population diagnostiquée d'une anorexie mentale âgée de 15 ans et plus. Parmi ces questions, les membres de ce comité consultatif notent entre autres la nécessité d'identifier les meilleures pratiques pour informer les professionnels de la santé au sujet de l'anorexie mentale. Ils mentionnent aussi le besoin d'évaluer les effets de ces initiatives sur l'identification rapide de l'anorexie mentale, l'accès à des services pour la population ainsi que sur le processus de rétablissement d'un TCA. D'autres questions portent également sur les traitements à prioriser en fonction de leurs effets respectifs auprès de la population, les stratégies de traitement à privilégier lorsqu'il y a présence de comorbidité et l'éducation des familles pour soutenir les personnes présentant un TCA.

5. Conclusion

Malgré la présence de guides de pratique et de traitements appuyés par la recherche, les pratiques fondées sur des données probantes sont encore trop peu utilisées dans le domaine des TCA par les cliniciens (Currin, 2007; von Ranson, Wallace et Stevenson, 2013; Waller,

2016). Le développement de stratégies de TC et l'évaluation de ces initiatives ont néanmoins le potentiel de faciliter l'accès à des services pour les personnes présentant un TCA. La présente thèse a documenté les stratégies de TC disponibles pour la prévention et l'intervention en TCA ainsi que leurs effets respectifs sur l'utilisation instrumentale, conceptuelle et persuasive des connaissances par les cliniciens. Elle a aussi permis de dresser un portrait des conditions influençant l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les professionnels de la santé et les équipes de traitement. Cette thèse a notamment permis de mieux comprendre comment améliorer le dépistage des TCA, plus précisément en contexte québécois.

Les résultats issus du premier article de thèse permettent de conclure que différentes stratégies de TC peuvent être employées pour influencer le processus de décision du clinicien quant à l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes. Une combinaison de stratégies de TC peut ainsi, dans certains contextes, être recommandée et l'implication de différents acteurs considérée favorable pour soutenir l'utilisation. De plus, les résultats provenant des deux articles de la thèse appuient la pertinence d'utiliser de méthodologies mixtes pour évaluer les répercussions de stratégies de TC auprès des cliniciens et de la population qui présente un TCA. Considérant les implications de cette thèse pour la pratique ainsi que ses limites, l'évaluation de certaines stratégies de TC prometteuses (i.e. *Train-the-trainer*, applications mobiles ou traitements d'auto-gestion) et la documentation de stratégies dans le cadre de contextes spécifiques (i.e. l'accès hyperphagique associé à une chirurgie bariatrique) représentent des avenues pertinentes pour de futures recherches. Finalement, cette thèse appuie la nécessité de prendre en compte les besoins d'intervenants provenant de diverses

disciplines lors de la réalisation de recherches dans le domaine des TCA. La réalisation d'études en transdisciplinarité est susceptible de soutenir l'identification de nouvelles pistes afin de réduire l'écart observé entre la recherche et la pratique pour la prévention et l'intervention en TCA.

6. Références citées dans la discussion générale et la conclusion

- Accurso, E. C., Astrachan-Fletcher, E., O'Brien, S., McClanahan, S. F. et Le Grange, D. (2018). Adaptation and implementation of family-based treatment enhanced with dialectical behavior therapy skills for anorexia nervosa in community-based specialist clinics. *Eating Disorders*, 26(2), 149-163. doi: 10.1080/10640266.2017.1330319
- Adametz, L., Richter, F., Preußner, J., Mühleck, J., Wick, K., Strauß, B. et Berger, U. (2017). Implementation of the school-based prevention programs PriMa and Torera for eating disorders: A long-term qualitative analysis of barriers and facilitators. *Mental Health & Prevention*, 8, 7-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2017.08.004>
- AGREE Collaboration. (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE Project. *Quality & Safety in Health Care*, 12(1), 18-23. <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.1.18>
- Alkin, M. C. et Taut, S. M. (2003). Unbundling evaluation use. *Studies in Educational Evaluation*, 29(1), 1-12. doi: 10.1016/S0191-491X(03)90001-0
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Archibald, M. M., Lawless, M., Harvey, G. et Kitson, A. L. (2018). Transdisciplinary research for impact: Protocol for a realist evaluation of the relationship between transdisciplinary research collaboration and knowledge translation. *BMJ open*, 8(4), e021775. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021775>
- Black, A. T., Balneaves, L. G., Garossino, C., Puyat, J. H. et Qian, H. (2015). Promoting evidence-based practice through a research training program for point-of-care clinicians. *The Journal of Nursing Administration*, 45(1), 14-20. doi: 10.1097/NNA.0000000000000151
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Burgers, J. et Grol, R. (2014). Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial. *Implementation Science*, 9(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-24>
- Brownlow, R. S., Maguire, S., O'Dell, A., Dias-da-Costa, C., Touyz, S. et Russell, J. (2015). Evaluation of an online training program in eating disorders for health professionals in Australia. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0078-7>
- Buhl, C. (1993). A multiprofessional educational programme on eating disorders for the psychiatric health services in Norway. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 90-99. <https://doi.org/10.1002/erv.2400010204>

- Cooper, Z., Bailey-Straebler, S., Morgan, K. E., O'Connor, M. E., Caddy, C., Hamadi, L. et Fairburn, C. G. (2017). Using the Internet to train therapists: Randomized comparison of two scalable methods. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(10), e355. doi:10.2196/jmir.8336
- Couturier, J., Isserlin, L. et Lock, J. (2010). Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A dissemination study. *Eating Disorders*, *18*(3), 199-209. <https://doi.org/10.1080/10640261003719443>
- Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publications.
- Currin, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M. et Schmidt, U. (2007). The use of guidelines for dissemination of “best practice” in primary care of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(5), 476-479. <https://doi.org/10.1002/eat.20385>
- Dagenais, C., Malo, M., Robert, E., Ouimet, M., Berthelette, D. et Ridde, V. (2013). Knowledge transfer on complex social interventions in public health: A scoping study. *PLoS one*, *8*(12), e80233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080233>
- Dagenais, C., Queuille, L. et Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, *20*(Suppl 1), 70-79. <https://doi.org/10.1177/1757975912462416>
- DeJesse, L. D. et Zelman, D. C. (2013). Promoting optimal collaboration between mental health providers and nutritionists in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, *21*(3), 185-205. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.779173>
- Dray, J., Gilchrist, P., Singh, D., Cheesman, G. et Wade, T. D. (2014). Training mental health nurses to provide motivational interviewing on an inpatient eating disorder unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(7), 652-657. <https://doi.org/10.1111/jpm.12163>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. et Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, *3*(1), 3-12.
- Elissalde, J., Gaudet, J. et Renaud, L. (2010). Circulation des connaissances: modèle et stratégies. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (3-4), 135-149. <http://dx.doi.org/10.4000/communiquer.1585>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY : Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Allen, E., Bailey-Straebler, S., O'Connor, M. E. et Cooper, Z. (2017). Scaling up psychological treatments: A countrywide test of the online training of therapists. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(6), e214. doi:10.2196/jmir.7864

- Flament, M. F., Bissada, H. et Spettigue, W. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(2), 189-207. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000381>
- Godemann, J. (2008). Knowledge integration: A key challenge for transdisciplinary cooperation. *Environmental Education Research*, 14(6), 625-641. <https://doi.org/10.1080/13504620802469188>
- Gooding, H. C., Cheever, E., Forman, S. F., Hatoun, J., Jooma, F., Touloumtzis, C. et Vernacchio, L. (2017). Implementation and evaluation of two educational strategies to improve screening for eating disorders in pediatric primary care. *Journal of Adolescent Health*, 60(5), 606-611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.002>
- Greif, R., Becker, C. B. et Hildebrandt, T. (2015). Reducing eating disorder risk factors: A pilot effectiveness trial of a train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1122-1131. <https://doi.org/10.1002/eat.22442>
- Gustafsson, C. et Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 217-280. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00880.x>
- Harrison, M. B., Légaré, F., Graham, I. D. et Fervers, B. (2010). Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *Cmaj*, 182(2), E78-E84. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081232>
- Heath, O., English, D., Simms, J., Ward, P., Hollett, A. et Dominic, A. (2013). Improving collaborative care in managing eating disorders: A pilot study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33(4), 235-243. <https://doi.org/10.1002/chp.21187>
- Hutchinson, A. M. et Johnston, L. (2008). An observational study of health professionals' use of evidence to inform the development of clinical management tools. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2203-2211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02384.x>
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Goldstein, S. P., Forman, E. M. et Butryn, M. L. (2015). Review of smartphone applications for the treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(1), 1-11. <https://doi.org/10.1002/erv.2327>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. et Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170-189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Kerfoot, B. P., Fu, Y., Baker, H., Connelly, D., Ritchey, M. L. et Genega, E. M. (2010). Online spaced education generates transfer and improves long-term retention of diagnostic skills: A randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 211(3), 331-337. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.04.023>

- Kerfoot, B. P., Kearney, M. C., Connelly, D. et Ritchey, M. L. (2009). Interactive spaced education to assess and improve knowledge of clinical practice guidelines: A randomized controlled trial. *Annals of Surgery*, 249(5), 744-749. doi: 10.1097/SLA.0b013e31819f6db8
- Kilpela, L. S., Hill, K., Kelly, M. C., Elmquist, J., Ottoson, P., Keith, D., ... et Becker, C. B. (2014). Reducing eating disorder risk factors: A controlled investigation of a blended task-shifting/train-the-trainer approach to dissemination and implementation. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.005>
- Kimber, M., Couturier, J., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S. et McVey, G. (2014). Decision-making processes for the uptake and implementation of family-based therapy by eating disorder treatment teams: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 32-39. <https://doi.org/10.1002/eat.22185>
- Landry, R., Amara, N. et Lamari, M. (2001). Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy*, 30(2), 333-349. [https://doi.org/10.1016/S0048-7333\(00\)00081-0](https://doi.org/10.1016/S0048-7333(00)00081-0)
- Linville, D., Aoyama, T., Knoble, N. B. et Gau, J. (2013). The effectiveness of a brief eating disorder training programme in medical settings. *Journal of Research in Nursing*, 18(6), 544–558. <https://doi.org/10.1177/1744987112452182>
- Linville, D., Benton, A., O'Neil, M. et Sturm, K. (2010). Medical providers' screening, training and intervention practices for eating disorders. *Eating Disorders*, 18(2), 110-131. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260903585532>
- Marchal, B., Van Belle, S., Van Olmen, J., Hoérée, T. et Kegels, G. (2012). Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*, 18(2), 192-212. <https://doi.org/10.1177/1356389012442444>
- McVey, G., Gusella, J., Tweed, S. et Ferrari, M. (2008). A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. *Eating Disorders*, 17(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/10640260802570064>
- Meany, G., Conceição, E. et Mitchell, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: Effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87-91. <https://doi.org/10.1002/erv.2273>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R. et Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5-22.
- Monthuy-Blanc, J., Plouffe, L., Thibault, I., Dupont, A. et Dagenais, C. (2016). De la multi à la transdisciplinarité, des modèles de collaboration qui enrichissent l'intervention. *La pratique en mouvement*, 12. p. 9-11.

- Montori, V. M., Gafni, A. et Charles, C. (2006). A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: The case of diabetes. *Health Expectations*, 9(1), 25-36. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00359.x>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. et Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- National Institute for Health and Care Excellence (2017, mai). *Eating disorders: recognition and treatment*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- Nicolescu B. (1996). *La transdisciplinarité: manifeste*. Monaco: Éditions du Rocher. Nutley, S. et Awad, N. (2012). Commentaires de Sandra Nutley. Dans C. Dagenais et E. Robert (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social* (p.201-209). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Obeid, N., McVey, G., Norris, M. et Preskow, W. (15 mars 2019). Canadian eating disorder priority setting partnership : A collaborative journey to create and disseminate shared research priorities. Communication présentée à l'International Conference on Eating Disorders, New York, United States. Résumé des principaux résultats repéré à : http://www.cheori.org/uploads/Eating%20Disorders/CEDPSP_Launch_of_Priorities_final.pdf
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., ... et Jouet, E. (2015). Le «Montreal model»: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1(HS), 41-50.
- Rohde, P., Shaw, H., Butryn, M. L. et Stice, E. (2015). Assessing program sustainability in an eating disorder prevention effectiveness trial delivered by college clinicians. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.009>
- Rosenvinge, J. H., Skårderud, F. et Thune-Larsen, K. B. (2003). Can educational programmes raise clinical competence in treating eating disorders? Results from a Norwegian trial. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(4), 329-343. <https://doi.org/10.1002/erv.503>
- Rous, E., Ranote, S., Elvins, R. et Bhatt, A. (2009). A manualised in-patient programme for young people with anorexia based on NICE guidance. *Psychiatric Bulletin*, 33(4), 135-137. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.019364>
- Schvey, N. A., Roberto, C. A. et White, M. A. (2013). Clinical correlates of the Weight Bias Internalization Scale in overweight adults with binge and purge behaviours. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 1(3), 213-223. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.794523>

- Siron, S., Dagenais, C. et Ridde, V. (2015). What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: A scoping review. *International Journal of Public Health*, 60(7), 849-863. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0716-5>
- Strandberg, E., Eldh, A. C., Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P. et Wallin, L. (2014). The concept of research utilization as understood by Swedish nurses: Demarcations of instrumental, conceptual, and persuasive research utilization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 55-64. doi : 10.1111/wvn.12013
- Tregarthen, J. P., Lock, J. et Darcy, A. M. (2015). Development of a smartphone application for eating disorder self-monitoring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 972-982. <https://doi.org/10.1002/eat.22386>
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M. et Stevenson, A. (2013). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research*, 23(3), 333-343. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735377>
- Wallace, L. M. et von Ranson, K. M. (2011). Treatment manuals: Use in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 815-820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.002>
- Waller, G. (2016). Treatment protocols for eating disorders: Clinicians' attitudes, concerns, adherence and difficulties delivering evidence-based psychological interventions. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 36. doi: 10.1007/s11920-016-0679-0
- Waller, G., Mountford, V. A., Tatham, M., Turner, H., Gabriel, C. et Webber, R. (2013). Attitudes towards psychotherapy manuals among clinicians treating eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 840-844. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.004>
- Waller, G., Stringer, H. et Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 171-175. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026559>
- Waterhous, S. T., Lieberman, L., Kronberg, S. et Parman, K. (15 mars 2019). Screening and early recognition of eating disorders : A collaboration of medical providers and registered dietitian nutritionists. Communication présentée à l'International Conference on Eating Disorders, New York, United States.
- Zandberg, L. J. et Wilson, G. T. (2013). Train-the-trainer: Implementation of cognitive behavioural guided self-help for recurrent binge eating in a naturalistic setting. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 230-237. <https://doi.org/10.1002/erv.2210>

Annexe 1. Exemple d'outils distribués aux participants :
Grille de comportements observables



Grille de comportements observables caractéristiques des TCA

Nom :

Prénom :

Date :

CONSIGNES

Dans ce tableau, vous trouverez 17 caractéristiques cliniques qui peuvent être présentes chez une personne présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA). Des indicateurs observables permettent de déterminer si une caractéristique clinique peut être présente en cochant la case de la colonne intitulée « Présence ».

| Caractéristiques cliniques | Indicateur observables | Présence |
|--|--|----------|
| Faible estime de soi | S'excuse souvent, se dévalorise dans plusieurs domaines et manque d'initiative | |
| Insatisfaction corporelle | S'assoit au bord de la chaise pour ne pas voir ses cuisses, rentre le ventre, creuse les joues | |
| Impulsivité | Coupe la parole, répond rapidement et émotionnellement, saisi des objets, est sujet à de brusques changements d'humeur | |
| Contrôle de soi | Reste en contrôle, ne laisse pas paraître ses émotions, réfléchit à ses paroles, contrôle sa posture | |
| Potomanie/comportements compensatoires | Boit fréquemment, à souvent soif, se lève pour aller aux toilettes | |
| Peur de grossir | Consomme des boissons « light », ajoute des détails relatifs à la peur de grossir lors de la lecture des items du questionnaire (EDI, EAT, etc.), devient anxieux/détourne le regard à la lecture des items relatifs à la peur de grossir (mets du temps à répondre) | |
| Obsession vis-à-vis des régimes et du poids | Parle souvent du poids ou de l'apparence des autres, transporte des magazines sur les régimes ou des produits promouvant les régimes | |
| Jeûne | Se plaint de maux de tête et de fatigue, a le ventre qui gargouille, présente une haleine de jeûne | |
| Anxiété/nervosité | Manipule des objets, tape du pied, « pianote », mord son stylo, grignote à longueur de temps, transpire de façon excessive | |
| Trouble du sommeil | Est fatigué la journée, se plaint de mal dormir ou de ne pas dormir, baille souvent | |
| Amaigrissement | Porte des vêtements amples pour cacher son corps ou au contraire des vêtements courts et près du corps (exhibe sa maigreur) | |
| Prise de poids | Porte des vêtements amples pour masquer sa prise de poids | |
| Hypothermie | Se couvre sous un chandail ou un manteau malgré la chaleur environnante de la pièce, est intolérant au froid (demande à fermer la fenêtre) | |
| Anémie | Présente un teint pâle et fatigué | |
| Ostéoporose | Se blesse régulièrement ou facilement (plusieurs fractures en peu de temps) | |
| Signe de Russell | Présente des croutes aux extrémités et à la jointure des doigts | |
| Acrocyanose | Présente des mains froides, bleues, moites | |

Annexe 2. Mixed Methods Appraisal Tool



Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) – Version 2011

For dissemination, application, and feedback: Please contact pierre.pluye@mcgill.ca, Department of Family Medicine, McGill University, Canada.

The MMAT is comprised of two parts (see below): criteria (Part I) and tutorial (Part II). While the content validity and the reliability of the pilot version of the MMAT have been examined, this critical appraisal tool is still in development. Thus, the MMAT must be used with caution, and users' feedback is appreciated. Cite the present version as follows.

Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O' Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Retrieved on [date] from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>

Purpose: The MMAT has been designed for the appraisal stage of complex systematic literature reviews that include qualitative, quantitative and mixed methods studies (mixed studies reviews). The MMAT permits to concomitantly appraise and describe the methodological quality for three methodological domains: mixed, qualitative and quantitative (subdivided into three sub-domains: randomized controlled, non-randomized, and descriptive). Therefore, using the MMAT requires experience or training in these domains. E.g., MMAT users may be helped by a colleague with specific expertise when needed. The MMAT allows the appraisal of most common types of study methodology and design. For appraising a qualitative study, use section 1 of the MMAT. For a quantitative study, use section 2 or 3 or 4, for randomized controlled, non-randomized, and descriptive studies, respectively. For a mixed methods study, use section 1 for appraising the qualitative component, the appropriate section for the quantitative component (2 or 3 or 4), and section 5 for the mixed methods component. For each relevant study selected for a systematic mixed studies review, the methodological quality can then be described using the corresponding criteria. This may lead to exclude studies with lowest quality from the synthesis, or to consider the quality of studies for contrasting their results (e.g., low quality vs. high).

Scoring metrics: For each retained study, an overall quality score may be not informative (in comparison to a descriptive summary using MMAT criteria), but might be calculated using the MMAT. Since there are only a few criteria for each domain, the score can be presented using descriptors such as *, **, ***, and ****. For qualitative and quantitative studies, this score can be the number of criteria met divided by four (scores varying from 25% (*) -one criterion met- to 100% (****) -all criteria met-). For mixed methods research studies, the premise is that the overall quality of a combination cannot exceed the quality of its weakest component. Thus, the overall quality score is the lowest score of the study components. The score is 25% (*) when $QUAL=1$ or $QUAN=1$ or $MM=0$; it is 50% (**) when $QUAL=2$ or $QUAN=2$ or $MM=1$; it is 75% (***) when $QUAL=3$ or $QUAN=3$ or $MM=2$; and it is 100% (****) when $QUAL=4$ and $QUAN=4$ and $MM=3$ (QUAL being the score of the qualitative component; QUAN the score of the quantitative component; and MM the score of the mixed methods component).

Rationale: There are general criteria for planning, designing and reporting mixed methods research (Creswell and Plano Clark, 2010), but there is no consensus on key specific criteria for appraising the methodological quality of mixed methods studies (O' Cathain, Murphy and Nicholl, 2008). Based on a critical examination of 17 health-related systematic mixed studies reviews, an initial 15-criteria version of MMAT was proposed (Pluye, Gagnon, Griffiths and Johnson-Lafleur, 2009). This was pilot tested in 2009. Two raters assessed 29 studies using the pilot MMAT criteria and tutorial (Pace, Pluye, Bartlett, Macaulay et al., 2010). Based on this pilot exercise, it is anticipated that applying MMAT may take on average 15 minutes per study (hence efficient), and that the Intra-Class Correlation might be around 0.8 (hence reliable). The present 2011 revision is based on feedback from four workshops, and a comprehensive framework for assessing the quality of mixed methods research (O' Cathain, 2010).

Conclusion: The MMAT has been designed to appraise the *methodological quality* of the studies retained for a systematic mixed studies review, not the quality of their *reporting* (writing). This distinction is important, as good research may not be 'well' reported. If reviewers want to genuinely assess the former, companion papers and research reports should be collected when some criteria are not met, and authors of the corresponding publications should be contacted for additional information. Collecting additional data is usually necessary to appraise *qualitative research and mixed methods studies*, as there are no uniform standards for reporting study characteristics in these domains (www.equator-network.org), in contrast, e.g., to the CONSORT statement for reporting randomized controlled trials (www.consort-statement.org).

Authors and contributors: Pierre Pluye¹, Marie-Pierre Gagnon², Frances Griffiths³ and Janique Johnson-Lafleur¹ proposed an initial version of MMAT criteria (Pluye et al., 2009). Romina Pace¹ and Pierre Pluye¹ led the pilot test. Gillian Bartlett¹, Belinda Nicolau⁴, Robbyn Seller¹, Justin Jagosh¹, Jon Salsberg¹ and Ann Macaulay¹ contributed to the pilot work (Pace et al., 2010). Pierre Pluye¹, Émilie Robert⁵, Margaret Cargo⁶, Alicia O' Cathain⁷, Frances Griffiths³, Felicity Boardman⁷, Marie-Pierre Gagnon², Gillian Bartlett¹, and Marie-Claude Rousseau⁸ contributed to the present 2011 version.

Affiliations: 1. Department of Family Medicine, McGill University, Canada; 2. Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Canada; 3. Warwick Medical School, University of Warwick, UK; 4. Faculty of Dentistry, McGill University, Canada; 5. Centre de recherche du CHUM, Université de Montréal, Canada; 6. School of Health Sciences, University of South Australia, Australia; 7. Medical Care Research Unit, ScHARR, University of Sheffield, UK; 8. INRS-Institut Armand Frappier, Laval, Canada.

PART I. MMAT criteria & one-page template (to be included in appraisal forms)

| Types of mixed methods study components or primary studies | Methodological quality criteria (see tutorial for definitions and examples) | Responses | | | |
|---|---|-----------|----|------------|----------|
| | | Yes | No | Can't tell | Comments |
| Screening questions (for all types) | • Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)? | | | | |
| | • Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). | | | | |
| <i>Further appraisal may be not feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i> | | | | | |
| 1. Qualitative | 1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)? | | | | |
| | 1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)? | | | | |
| | 1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected? | | | | |
| | 1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants? | | | | |
| 2. Quantitative randomized controlled (trials) | 2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)? | | | | |
| | 2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)? | | | | |
| | 2.3. Are there complete outcome data (80% or above)? | | | | |
| | 2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)? | | | | |
| 3. Quantitative non-randomized | 3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias? | | | | |
| | 3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes? | | | | |
| | 3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups? | | | | |
| | 3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)? | | | | |
| 4. Quantitative descriptive | 4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)? | | | | |
| | 4.2. Is the sample representative of the population understudy? | | | | |
| | 4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)? | | | | |
| | 4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)? | | | | |
| 5. Mixed methods | 5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)? | | | | |
| | 5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)? | | | | |
| | 5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design? | | | | |
| <i>Criteria for the qualitative component (1.1 to 1.4), and appropriate criteria for the quantitative component (2.1 to 2.4, or 3.1 to 3.4, or 4.1 to 4.4), must be also applied.</i> | | | | | |

*These two items are not considered as double-barreled items since in mixed methods research, (1) there may be research questions (quantitative research) or research objectives (qualitative research), and (2) data may be integrated, and/or qualitative findings and quantitative results can be integrated.

PART II. MMAT tutorial

| Types of mixed methods study components or primary studies | Methodological quality criteria |
|---|---|
| <p>I. Qualitative</p> <p>Common types of qualitative research methodology include:</p> <p>A. Ethnography The aim of the study is to describe and interpret the shared cultural behaviour of a group of individuals.</p> <p>B. Phenomenology The study focuses on the subjective experiences and interpretations of a phenomenon encountered by individuals.</p> <p>C. Narrative The study analyzes life experiences of an individual or a group.</p> <p>D. Grounded theory Generation of theory from data in the process of conducting research (data collection occurs first).</p> <p>E. Case study In-depth exploration and/or explanation of issues intrinsic to a particular case. A case can be anything from a decision-making process, to a person, an organization, or a country.</p> <p>F. Qualitative description There is no specific methodology, but a qualitative data collection and analysis, e.g., in-depth interviews or focus groups, and hybrid thematic analysis (inductive and deductive).</p> <p>Key references: Creswell, 1998; Schwandt, 2001; Sandelowski, 2010.</p> | <p>1.1. Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the selection of the participants is clear, and appropriate to collect relevant and rich data; and (b) reasons why certain potential participants chose not to participate are explained.</p> <hr/> <p>1.2. Is the process for analyzing qualitative data relevant to address the research question (objective)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the method of data collection is clear (in depth interviews and/or group interviews, and/or observations and/or documentary sources); (b) the form of the data is clear (tape recording, video material, and/or field notes for instance); (c) changes are explained when methods are altered during the study; and (d) the qualitative data analysis addresses the question.</p> <hr/> <p>1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?*</p> <p>E.g., consider whether the study context and how findings relate to the context or characteristics of the context are explained (how findings are influenced by or influence the context). “For example, a researcher wishing to observe care in an acute hospital around the clock may not be able to study more than one hospital. (...) Here, it is essential to take care to describe the context and particulars of the case [the hospital] and to flag up for the reader the similarities and differences between the case and other settings of the same type” (Mays & Pope, 1995).</p> <p>The notion of context may be conceived in different ways depending on the approach (methodology) tradition.</p> <hr/> <p>1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers’ influence, e.g., through their interactions with participants? *</p> <p>E.g., consider whether (a) researchers critically explain how findings relate to their perspective, role, and interactions with participants (how the research process is influenced by or influences the researcher); (b) researcher’s role is influential at all stages (formulation of a research question, data collection, data analysis and interpretation of findings); and (c) researchers explain their reaction to critical events that occurred during the study.</p> <p>The notion of reflexivity may be conceived in different ways depending on the approach (methodology) tradition. E.g., “at a minimum, researchers employing a generic approach [qualitative description] must explicitly identify their disciplinary affiliation, what brought them to the question, and the assumptions they make about the topic of interest” (Caelli, Ray & Mill, 2003, p. 5).</p> |

*See suggestion on the MMAT wiki homepage (under '2011 version'): Independent reviewers can establish a common understanding of these two items prior to beginning the critical appraisal.

| Types of mixed methods study components or primary studies | Methodological quality criteria |
|--|---|
| <p>2. Quantitative randomized controlled (trials)</p> <p>Randomized controlled clinical trial: A clinical study in which individual participants are allocated to intervention or control groups by randomization (intervention assigned by researchers).</p> <p>Key references: Higgins & Green, 2008; Porta, 2008; Oxford Center for Evidence based medicine, 2009.</p> | <p>2.1. Is there a clear description of the randomization (or an appropriate sequence generation)?</p> <p>In a randomized controlled trial, the allocation of a participant (or a data collection unit, e.g., a school) into the intervention or control group is based solely on chance, and researchers describe how the randomization schedule is generated. “A simple statement such as ‘we randomly allocated’ or ‘using a randomized design’ is insufficient”.</p> <p><i>Simple randomization:</i> Allocation of participants to groups by chance by following a predetermined plan/sequence. “Usually it is achieved by referring to a published list of random numbers, or to a list of random assignments generated by a computer”.</p> <p><i>Sequence generation:</i> “The rule for allocating interventions to participants must be specified, based on some chance (random) process”. Researchers provide sufficient detail to allow a readers’ appraisal of whether it produces comparable groups. E.g., blocked randomization (to ensure particular allocation ratios to the intervention groups), or stratified randomization (randomization performed separately within strata), or minimization (to make small groups closely similar with respect to several characteristics).</p> |
| | <p>2.2. Is there a clear description of the allocation concealment (or blinding when applicable)?</p> <p><i>The allocation concealment protects assignment sequence until allocation.</i> E.g., researchers and participants are unaware of the assignment sequence up to the point of allocation. E.g., group assignment is concealed in opaque envelopes until allocation.</p> <p><i>The blinding protects assignment sequence after allocation.</i> E.g., researchers and/or participants are unaware of the group a participant is allocated to during the course of the study.</p> |
| | <p>2.3. Are there complete outcome data (80% or above)?</p> <p>E.g., almost all the participants contributed to almost all measures.</p> |
| | <p>2.4. Is there low withdrawal/drop-out (below 20%)?</p> <p>E.g., almost all the participants completed the study.</p> |

| Types of mixed methods study components or primary studies | Methodological quality criteria |
|---|---|
| <p>3. Quantitative non-randomized</p> <p>Common types of design include (A) non-randomized controlled trials, and (B-C-D) observational analytic study or component where the intervention/exposure is defined/assessed, but not assigned by researchers.</p> <p>A. Non-randomized controlled trials The intervention is assigned by researchers, but there is no randomization, e.g., a pseudo-randomization. A non-random method of allocation is not reliable in producing alone similar groups.</p> <p>B. Cohort study Subsets of a defined population are assessed as exposed, not exposed, or exposed at different degrees to factors of interest. Participants are followed over time to determine if an outcome occurs (prospective longitudinal).</p> <p>C. Case-control study Cases, e.g., patients, associated with a certain outcome are selected, alongside a corresponding group of controls. Data is collected on whether cases and controls were exposed to the factor under study (retrospective).</p> <p>D. Cross-sectional analytic study At one particular time, the relationship between health-related characteristics (outcome) and other factors (intervention/exposure) is examined. E.g., the frequency of outcomes is compared in different population sub-groups according to the presence/absence (or level) of the intervention/exposure.</p> <p>Key references for observational analytic studies: Higgins & Green, 2008; Wells, Shea, O'Connell, Peterson, et al., 2009.</p> | <p>3.1. Are participants (organizations) recruited in a way that minimizes selection bias?</p> <p>At recruitment stage:</p> <p>For cohort studies, e.g., consider whether the exposed (or with intervention) and non-exposed (or without intervention) groups are recruited from the same population.</p> <p>For case-control studies, e.g., consider whether same inclusion and exclusion criteria were applied to cases and controls, and whether recruitment was done independently of the intervention or exposure status.</p> <p>For cross-sectional analytic studies, e.g., consider whether the sample is representative of the population.</p> |
| | <p>3.2. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument; and absence of contamination between groups when appropriate) regarding the exposure/intervention and outcomes?</p> <p>At data collection stage:</p> <p>E.g., consider whether (a) the variables are clearly defined and accurately measured; (b) the measurements are justified and appropriate for answering the research question; and (c) the measurements reflect what they are supposed to measure.</p> <p>For non-randomized controlled trials, the intervention is assigned by researchers, and so consider whether there was absence/presence of a contamination. E.g., the control group may be indirectly exposed to the intervention through family or community relationships.</p> |
| | <p>3.3. In the groups being compared (exposed vs. non-exposed; with intervention vs. without; cases vs. controls), are the participants comparable, or do researchers take into account (control for) the difference between these groups?</p> <p>At data analysis stage:</p> <p>For cohort, case-control and cross-sectional, e.g., consider whether (a) the most important factors are taken into account in the analysis; (b) a table lists key demographic information comparing both groups, and there are no obvious dissimilarities between groups that may account for any differences in outcomes, or dissimilarities are taken into account in the analysis.</p> |
| | <p>3.4. Are there complete outcome data (80% or above), and, when applicable, an acceptable response rate (60% or above), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)?</p> |

| Types of mixed methods study components or primary studies | Methodological quality criteria |
|--|--|
| <p>4. Quantitative descriptive studies</p> <p>Common types of design include single-group studies:</p> <p>A. Incidence or prevalence study without comparison group In a defined population at one particular time, what is happening in a population, e.g., frequencies of factors (importance of problems), is described (portrayed).</p> <p>B. Case series A collection of individuals with similar characteristics are used to describe an outcome.</p> <p>C. Case report An individual or a group with a unique/unusual outcome is described in details.</p> <p>Key references: Critical Appraisal Skills Programme, 2009; Draugalis, Coons & Plaza, 2008.</p> | <p>4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the source of sample is relevant to the population under study; (b) when appropriate, there is a standard procedure for sampling, and the sample size is justified (using power calculation for instance).</p> |
| | <p>4.2. Is the sample representative of the population under study?</p> <p>E.g., consider whether (a) inclusion and exclusion criteria are explained; and (b) reasons why certain eligible individuals chose not to participate are explained.</p> |
| | <p>4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)?</p> <p>E.g., consider whether (a) the variables are clearly defined and accurately measured; (b) measurements are justified and appropriate for answering the research question; and (c) the measurements reflect what they are supposed to measure.</p> |
| | <p>4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?</p> <p>The response rate is not pertinent for case series and case report. E.g., there is no expectation that a case series would include all patients in a similar situation.</p> |

| Types of mixed methods study components or primary studies | Methodological quality criteria |
|--|--|
| <p>5. Mixed methods</p> <p>Common types of design include:</p> <p>A. Sequential explanatory design The quantitative component is followed by the qualitative. The purpose is to explain quantitative results using qualitative findings. E.g., the quantitative results guide the selection of qualitative data sources and data collection, and the qualitative findings contribute to the interpretation of quantitative results.</p> <p>B. Sequential exploratory design The qualitative component is followed by the quantitative. The purpose is to explore, develop and test an instrument (or taxonomy), or a conceptual framework (or theoretical model). E.g., the qualitative findings inform the quantitative data collection, and the quantitative results allow a generalization of the qualitative findings.</p> <p>C. Triangulation design The qualitative and quantitative components are concomitant. The purpose is to examine the same phenomenon by interpreting qualitative and quantitative results (bringing data analysis together at the interpretation stage), or by integrating qualitative and quantitative datasets (e.g., data on same cases), or by transforming data (e.g., quantization of qualitative data).</p> <p>D. Embedded design The qualitative and quantitative components are concomitant. The purpose is to support a qualitative study with a quantitative sub-study (measures), or to better understand a specific issue of a quantitative study using a qualitative sub-study, e.g., the efficacy or the implementation of an intervention based on the views of participants.</p> <p>Key references: Creswell & Plano Clark, 2007; O’Cathain, 2010.</p> | <p>5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?</p> <p>E.g., the rationale for integrating qualitative and quantitative methods to answer the research question is explained.</p> <hr/> <p>5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results) relevant to address the research question (objective)?</p> <p>E.g., there is evidence that data gathered by both research methods was brought together to form a complete picture, and answer the research question; authors explain when integration occurred (during the data collection-analysis or/and during the interpretation of qualitative and quantitative results); they explain how integration occurred and who participated in this integration.</p> <hr/> <p>5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results)?</p> |

References

- Caelli, K., Ray, L., & Mill, J. (2003). 'Clear as Mud': Toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(2), 1-23.
- Creswell, J., & Plano Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Critical Appraisal Skills Programme (2009). CASP appraisal tools. Retrieved on August 26, 2009 from: www.phru.nhs.uk/pages/PHD/resources.htm
- Draugalis, J.R., Coons, S.J., & Plaza, C.M. (2008). Best practices for survey research reports: a synopsis for authors and reviewers. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(1), e11.
- Higgins, J.P.T. & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* - Version 5.0.1 [updated September 2008]. The Cochrane Collaboration. Retrieved on August 26, 2009 from www.cochrane-handbook.org
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*, 311(6997), 109-112.
- O'Cathain, A., Murphy, E. & Nicholl, J. (2008). The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research and Policy*, 13(2), 92-98.
- O'Cathain, A. (2010). Assessing the quality of mixed methods research: Towards a comprehensive framework. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research (2nd edition)* (pp. 531-555). Thousand Oaks: Sage.
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macaulay, A., Salsberg, J., Jagosh, J., & Sells, R. (2010). *Reliability of a tool for concomitantly appraising the methodological quality of qualitative, quantitative and mixed methods research: a pilot study*. 38th Annual Meeting of the North American Primary Care Research Group (NAPCRG), Seattle, USA.
- Pluye, P., Gagnon, M.P., Griffiths, F. & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529-46.
- Oxford Center for Evidence Based Medicine (2009). Levels of evidence. Retrieved on July 7, 2009 from www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- Porta, M. (2008). *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84.
- Schwandt, T. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage.
- Wells, G.A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2009). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non-randomised studies in meta-analyses*. The Cochrane Non-Randomized Studies Method Group. Retrieved on July 7, 2009 from www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm

Annexe 3. Formulaire de consentement à la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Évaluation d'une formation fondée sur des données probantes pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire par les intervenants de première ligne

Chercheure : Laurence Plouffe, candidate au doctorat en psychologie (Recherche et Intervention), Département de psychologie, Université de Montréal

Directeur de recherche : Christian Dagenais, professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Montréal

Co-directrice de recherche: Johana Monthuy-Blanc, professeure, Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Trois-Rivières

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise d'abord à évaluer la formation professionnelle relative au dépistage des troubles du comportement alimentaire dispensée auprès des intervenants de 1^{ière} ligne. Ensuite, il a pour objectif d'évaluer la mise en œuvre des stratégies d'intervention enseignées et de mieux comprendre les conditions d'utilisation de ces stratégies.

2. Participation à la recherche

Votre participation à ce projet comprend d'abord la complétion d'un questionnaire portant sur vos connaissances concernant les troubles du comportement alimentaire (TCA). La complétion de ce questionnaire est d'une durée d'approximativement 20 minutes. Après la formation, vous serez aussi invités à compléter trois questionnaires portant respectivement sur vos connaissances concernant les TCA, votre réaction à la formation et votre perception de l'utilité des informations et situations interactives comprises dans la formation. La complétion de ces questionnaires est d'une durée d'environ 40 minutes. Enfin, avec votre accord, votre participation comporte un suivi avec la chercheure dans votre milieu de pratique (environ 60 minutes) afin de mieux comprendre les conditions d'utilisation des stratégies d'intervention et

de vous fournir des outils en fonction de vos besoins. Cet entretien sera enregistré, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription. Le lieu et le moment de l'entretien seront déterminés avec l'interviewer, selon vos disponibilités.

3. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul la chercheuse et son équipe auront accès à la liste des participants et des numéros correspondants. De plus, les données seront conservées dans un lieu sûr, soit un classeur fermé à clé dans le laboratoire de recherche RENARD. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension des facteurs pouvant influencer l'utilisation de la recherche dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Vous pourriez également aider à améliorer le programme de formation pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire. Il n'y a pas de risque ou d'inconvénient particulier à participer à ce projet.

5. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication (où seules pourront être diffusées des informations ne permettant pas de vous identifier), il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et je n'ai pas d'autres questions concernant ce projet ainsi que ma participation.

Je consens librement à prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer en tout temps sans avoir à justifier ma décision.

Je consens à ce que l'entretien soit enregistré : Oui Non

Signature : _____ Date: _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheure : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Laurence Plouffe au numéro de téléphone XXX-XXX-XXXX ou à l'adresse courriel XXXXXXXX

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Annexe 4. Nombre de participants par profession ayant complété chaque étape de l'étude

Nombre de participants par profession ayant complété chaque étape de l'étude

| Profession | Nombre de participants à la formation | Questionnaire connaissances | Questionnaire réactions | Questionnaire intentions | Entrevues semi-structurées |
|--------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Psychoéducation | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| Psychologie | 13 | 8 | 12 | 12 | 9 |
| Nutrition | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Soins infirmiers | 5 | 4 | 5 | 4 | 1 |
| Travail social | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 |
| Éducation physique | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Total | 27 | 20 | 26 | 25 | 13 |

Annexe 5. Questionnaire de réactions

QUESTIONNAIRE DE RÉACTION

Numéro du participant : (Quatre derniers chiffres de votre # de téléphone personnel)

Date de complétion de la formation : _____/_____/_____

Milieu de pratique et profession : _____

Nombre d'années d'exercice de votre profession : _____

Sexe : Homme Femme

Âge : _____

1. Quel était votre principal objectif lorsque vous vous êtes inscrit-e à cette formation ?

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le chiffre qui correspond à votre degré d'accord.

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1 = Pas du tout en accord | 2 = Pas vraiment en accord | 3 = Plutôt en accord | 4 = Tout à fait en accord |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|

Objectifs et contenu de la formation

2. Le contenu de cette formation a répondu à mes attentes. 1 2 3 4

3. Les notions de cette formation étaient nouvelles pour moi. 1 2 3 4

3.1 Si vous avez encerclé 3 ou 4 à la question 3 :

Cette formation m'a permis de bien intégrer les nouvelles notions. 1 2 3 4

4. Le niveau de difficulté du contenu proposé était adéquat. 1 2 3 4

4.1 Si vous avez encerclé 1 ou 2 à la question 4, précisez :

Trop difficile Pas assez difficile

5. L'information présentée me sera utile dans mon travail. 1 2 3 4

Organisation de la formation

6. Je suis satisfait-e face aux éléments suivants:

6.1 La présentation du matériel. 1 2 3 4

6.2 L'organisation du matériel. 1 2 3 4

6.3 La durée de la formation. 1 2 3 4

Pour chacun des énoncés suivants, encercler le chiffre qui correspond à votre degré d'accord.

| | | | |
|---------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1 = Pas du tout en accord | 2 = Pas vraiment en accord | 3 = Plutôt en accord | 4 = Tout à fait en accord |
|---------------------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|

Stratégie pédagogique

7. Les exercices effectués ont contribué à mon apprentissage. 1 2 3 4

8. La charge de travail proposée était adéquate. 1 2 3 4

8.1 Si vous avez encerclé 1 ou 2 à la question 8, vous auriez préféré :

Moins d'exercices Plus d'exercices

9. Les échanges avec la formatrice ont contribué à mon apprentissage. 1 2 3 4

10. Les retours en groupe suite aux exercices ont contribué à mon apprentissage. 1 2 3 4

Personne-ressource

- | | |
|--|---------|
| 11. La formatrice avait une bonne connaissance du contenu. | 1 2 3 4 |
| 12. La formatrice communiquait de façon claire. | 1 2 3 4 |
| 13. La formatrice répondait aux questions de façon satisfaisante. | 1 2 3 4 |
| 14. La formatrice a contribué à susciter mon intérêt pour cet atelier. | 1 2 3 4 |

Appréciation générale

- | | |
|--|---------|
| 15. De façon générale, je suis satisfait-e de cette formation. | 1 2 3 4 |
| 16. De façon générale, la formation a suscité mon intérêt. | 1 2 3 4 |

17. Qu'est-ce que vous avez **le plus** apprécié lors de cette formation ?

18. Qu'est-ce que vous avez **le moins** apprécié lors de cette formation ?

19. Avez-vous des suggestions (contenu, matériel, autres) pour améliorer cette formation ?

20. Avez-vous des questions ou besoins en lien avec l'intervention auprès des troubles du comportement alimentaire?

Annexe 6. Questionnaire de connaissances

QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCES

1. Ariane est une patiente de 16 ans qui dit se trouver grosse. Pour éviter de prendre du poids, elle décide de commencer une diète et prend des laxatifs. Toutefois, sa famille rapporte qu'elle mange plusieurs sacs de « chips » le soir. Ariane perd du poids de façon drastique et sa famille s'inquiète. Ariane présente quel type de trouble du comportement alimentaire?
 - a. Anorexie mentale, type restrictive
 - b. Anorexie mentale, type boulimique avec purge
 - c. Anorexie inversée
 - d. Boulimie
 - e. Hyperphagie

2. Kevin est un patient de 23 ans préoccupé par son apparence. Il s'exerce au gym tous les soirs durant plusieurs heures, car il désire prendre du muscle. Par contre, il n'est pas suffisamment satisfait. Kevin décide alors de prendre des stéroïdes anabolisants en vue de sa compétition de natation prévue la semaine prochaine. Kevin est susceptible d'avoir :
 - a. Anorexie mentale, type restrictive
 - b. Anorexie mentale, type boulimique avec purge
 - c. Anorexie sportive
 - d. Anorexie inversée
 - e. Trouble alimentaire non-spécifié

3. Cindy se sent déprimée, car elle présente un léger surpoids. Elle rapporte avoir souvent beaucoup de difficulté à se contrôler lorsqu'elle mange et se sent coupable après avoir ingéré de grandes quantités de nourriture. Quelle est la **première chose** que vous devriez vérifier auprès de Cindy afin de savoir quel type de trouble du comportement alimentaire celle-ci présente?
 - a. Vérifier si Cindy a tendance à se cacher lorsqu'elle consomme sa nourriture.
 - b. Demander à Cindy si le poids affecte son estime d'elle-même.
 - c. Vérifier s'il lui arrive d'adopter des comportements compensatoires.
 - d. Demander à Cindy si il lui arrive de manger alors qu'elle n'a pas faim.
 - e. Demander à Cindy si elle a parfois des douleurs abdominales après avoir mangé.

4. Vrai ou Faux. Il est plus probable qu'un homme présente la boulimie que l'hyperphagie boulimique.
 - a. Vrai
 - b. Faux

5. Lequel parmi les énoncés suivants **ne représente pas** un facteur prédisposant psychologique pour développer un trouble du comportement alimentaire?
- a. Image du corps négative/déformée
 - b. Difficultés d'adaptation
 - c. Contrôle de soi (gestion du stress et des émotions)
 - d. Traumatisme psychologique
 - e. Insécurité sociale

6. Lequel ou lesquels parmi les énoncés suivants représente(nt) un facteur perpétuant (ou de maintien) d'un trouble du comportement alimentaire?
- a. Internalisation de l'idéal de la minceur
 - b. Comportements compensatoires inappropriés
 - c. Affects négatifs récurrents
 - d. Régimes restrictifs répétés
 - e. Toutes ces réponses
 - f. B et D

7. Nommer **deux** complications possibles de la boulimie.

1. _____

2. _____

8. Vrai ou Faux. Les troubles liés à l'abus de substance représentent une comorbidité des troubles du comportement alimentaire.
- a. Vrai
 - b. Faux

9. Expliquez **deux principales différences** entre le diagnostic de l'anorexie mentale et de la boulimie?

-
-
10. Vrai ou Faux. Il est recommandé d'enrichir les informations rapportées par le patient ou la patiente en consultant un autrui significatif (parent, conjoint ou ami)?
- Vrai
 - Faux
11. Un questionnaire standardisé correspond à quel type de degré de liberté et de profondeur?
- Un degré de liberté élevé et un niveau de profondeur élevé
 - Un degré de liberté faible et un niveau de profondeur faible
 - Un degré de liberté élevé et un niveau de profondeur faible
 - Un degré de liberté faible et un niveau de profondeur élevé
12. La validité d'un questionnaire correspond à...
- La capacité du questionnaire à évaluer ce qu'il est censé évaluer et rien d'autre
 - La finesse discriminatoire du questionnaire
 - L'homogénéité d'un questionnaire
 - La stabilité du questionnaire entre deux temps de mesures ou deux personnes
13. L'Inventaire des Troubles du Comportement Alimentaire ou Eating disorder Inventory (EDI) est un outil utilisable à partir de quel âge?
- 10 ans
 - 11 ans
 - 13 ans
 - 17 ans
 - 18 ans
14. Vrai ou Faux. L'Inventaire des Troubles du Comportement Alimentaire ou Eating Disorder Inventory est adapté pour les garçons.
- Vrai
 - Faux
15. Vrai ou Faux. Échelles d'attitudes alimentaires ou Eating attitudes test (EAT) est un outil utilisable pour le dépistage des comportements alimentaires inadaptés.
- Vrai
 - Faux

16. Lequel ou lesquels parmi les énoncés suivants représente(nt) une recommandation commune à tous les troubles du comportement alimentaire?
- a. Encourager les personnes à utiliser des programmes d'aide individualisée basés sur des études empiriques
 - b. Proposer une forme de thérapie cognitivo-comportementale spécifique au trouble du comportement alimentaire de la personne
 - c. Inclure les membres de la famille et autres significatifs dans le traitement des enfants et des adolescents
 - d. Prescrire des antidépresseurs en complément ou à la place de programmes d'aide individualisés
17. Des questionnaires et grilles d'entretiens sont disponibles pour guider le dépistage des troubles du comportement alimentaire. Nommez **trois éléments à considérer** lorsqu'on utilise ces outils pour être en mesure de collecter les informations pertinentes au dépistage.

Annexe 7. Questionnaire mesurant l'intention d'utiliser les connaissances

QUESTIONNAIRE : UTILITÉ DES INFORMATIONS PRÉSENTÉES

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez dans la colonne de droite le chiffre qui correspond à votre degré d'accord.

| Fortement en désaccord | En désaccord | Plutôt en désaccord | Ni en accord, ni en désaccord | Plutôt en accord | En accord | Fortement en accord |
|------------------------------|-----------------|------------------------|--|---------------------|-----------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

N.B. Les données de recherche réfèrent aux informations transmises lors de la formation.

1. J'ai l'intention d'utiliser les (ou une partie des) données de recherche qui ont été discutées lors de la formation pour m'aider dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7

2. Je vois déjà une occasion où je pourrai utiliser les (ou une partie des) données de recherche qui ont été abordées lors de la formation pour m'aider dans mon travail. 1 2 3 4 5 6 7

3. On attend de moi que j'utilise les données de recherche qui ont été présentées lors de la formation. 1 2 3 4 5 6 7

4. Je sens une pression sociale à utiliser des données de recherche du type qui ont été présentées lors de la formation. 1 2 3 4 5 6 7

5. Les gens qui sont importants pour moi dans ma vie professionnelle veulent que j'utilise des données de recherche du type qui ont été présentées lors de la formation. 1 2 3 4 5 6 7

6. Je suis persuadé(e) que je pourrais utiliser des données de recherche du type qui ont été présentées lors de la formation. 1 2 3 4 5 6 7
7. La décision d'utiliser des données de recherche du type qui ont été présentées lors de la formation est hors de mon contrôle. 1 2 3 4 5 6 7
8. La décision d'utiliser des données de recherche du type qui ont été présentées lors de la formation dépend seulement de moi. 1 2 3 4 5 6 7

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le chiffre qui correspond à votre opinion.

9a. **L'utilisation** des données de recherche qui ont été présentées lors de la formation est...

| | | | | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------|
| Très dangereux | Modérément dangereux | Légèrement dangereux | Neutre | Légèrement bénéfique | Modérément bénéfique | Très bénéfique |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9b. **L'utilisation** des données de recherche qui ont été présentées lors de la formation est...

| | | | | | | |
|--------------|--------------------|--------------------|--------|----------------|----------------|----------|
| Très mauvais | Modérément mauvais | Légèrement mauvais | Neutre | Légèrement bon | Modérément bon | Très bon |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9c. **L'utilisation** des données de recherche qui ont été présentées lors de la formation est...

| | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Très désagréable pour moi | Modérément désagréable pour moi | Légèrement désagréable pour moi | Neutre | Légèrement agréable pour moi | Modérément agréable pour moi | Très agréable pour moi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9d. **L'utilisation** des données de recherche qui ont été présentées lors de la formation est...

| | | | | | | |
|--------------|--------------------|--------------------|--------|------------------|------------------|------------|
| Très inutile | Modérément inutile | Légèrement inutile | Neutre | Légèrement utile | Modérément utile | Très utile |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

10. Concernant mon utilisation des données de recherche qui ont été présentées lors de la formation, la plupart des gens qui sont importants pour moi dans ma vie professionnelle pensent que ...

| | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Je ne devrais certainement pas | Je ne devrais sans doute pas | Je ne devrais probablement pas | Neutre | Je devrais probablement | Je devrais sans doute | Je devrais certainement |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

10.1 Expliquez votre réponse :

11. Pour moi, l'**utilisation** des données de recherche qui ont été présentées lors de la formation est :

| | | | | | | |
|----------------|----------------------|----------------------|--------|-------------------|-------------------|-------------|
| Très difficile | Modérément difficile | Légèrement difficile | Neutre | Légèrement facile | Modérément facile | Très facile |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Annexe 8. Description des construits relatifs à la théorie du comportement planifié et instructions pour la cotation

Description détaillée des construits relatifs à la théorie du comportement planifié

ATTITUDES

L'attitude concerne l'évaluation globale du comportement selon la personne concernée. Elle comprend deux composantes, soit : les croyances quant aux conséquences du comportement et le jugement positif ou négatif envers ces conséquences.

Réfère aux items de l'instrument traduit : 9A, 9B, 9C et 9D

NORMES SUBJECTIVES

Les normes subjectives concernent la pression sociale ressentie à effectuer ou non le comportement. Deux composantes font partie des normes subjectives, soit : les croyances associées à l'importance de réaliser le comportement selon les personnes significatives de l'entourage ainsi que le jugement positif ou négatif envers ces croyances.

Réfère aux items de l'instrument traduit : 3, 4, 5 et 10

PERCEPTION DE CONTRÔLE

La perception de contrôle réfère au niveau avec lequel la personne se sent apte à réaliser le comportement. Elle comprend deux composantes, soit : la mesure avec laquelle la personne a le contrôle de réaliser le comportement et la confiance de la personne de pouvoir agir.

Réfère aux items de l'instrument traduit : 6, 7, 8 et 11

INTENTION

L'intention représente une mesure proximale du comportement, notamment lorsque d'autres mesures directes du comportement ne sont pas disponibles.

Réfère aux items de l'instrument traduit : 1 et 2

Instructions pour la cotation

Une échelle de Likert à 7 ancrages est utilisée pour chacun des items. La moyenne des résultats aux items pour chacun des construits est obtenue afin de représenter une tendance globale. Une moyenne des scores plus élevée sur l'échelle de Likert pour les construits attitudes, normes subjectives ou perception de contrôle suggère donc un jugement favorable.

Informations tirées de : Francis, J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A. E., Grimshaw, J. M., Foy, R., Kaner, E. F. S., Smith, L. et Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers*. Newcastle upon Tyne, UK: Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne.

Annexe 9. Grille d'entrevue

Grille d'entrevue
Évaluation des retombées d'une formation pour le dépistage des troubles du
comportement alimentaire

A. Introduction

1. Rappel des objectifs, du consentement et de la raison pour laquelle l'entretien est réalisé.
2. À quand remonte la dernière fois que quelqu'un s'est intéressé à votre pratique?
3. Quel est votre avis sur l'accessibilité à des services de soins pour les troubles du comportement alimentaire dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec? (facilement accessible, peu accessible et les raisons qui justifient votre opinion)
4. Retour sur des éléments tirés des questionnaires. (principaux résultats et constats, de façon générale)

B. Questions reliées à l'implantation des stratégies d'intervention

1. Environ combien de cas ayant un trouble du comportement alimentaire avez-vous rencontré au cours de la dernière année dans le cadre de votre pratique?
 - 1.1. « Depuis la formation, avez-vous eu l'occasion de rencontrer un client présentant des symptômes ou des TCA cliniques (même si le motif de la consultation était autre)? »
 - 1.2. - si non à 1.1 : « Depuis la formation, avez-vous rencontré un cas qui n'était pas un TCA, mais qui vous a été référé pour cette raison? » (précision : Les outils vous ont-ils permis de vérifier l'existence ou non d'un cas de TCA?)
 - 1.3. si non à 1.2 : « Avant la formation, avez-vous rencontré un client présentant des symptômes ou des TCA cliniques? »

En fonction de la réponse, demander les questions ci-dessous :

Pouvez-vous me parler d'une situation où vous avez eu à intervenir (ex : dépister, référer, intervenir) auprès d'une personne ayant un trouble du comportement alimentaire dont le dénouement était **satisfaisant**? (2.1 contexte d'intervention, 2.2 gestes posés et rôle que vous avez joué 2.3 raisons pour lesquelles ces gestes ont été posés, 2.4 membres de l'équipe impliqués et collaboration au sein de l'équipe)

** Le dénouement réfère à la subjectivité de la personne. En d'autres mots, la personne considère qu'elle a bien référé ou que le patient a reçu les services adéquats.

Pouvez-vous me parler d'une situation où vous avez eu à dépister, référer ou intervenir auprès d'une personne ayant un trouble du comportement alimentaire dont le dénouement était **insatisfaisant**? (3.1 contexte d'intervention, 3.2 gestes posés et rôle que vous avez joué 3.3 raisons pour lesquelles ces gestes ont été posés, 3.4 membres de l'équipe impliqués et collaboration au sein de l'équipe)

Thèmes à couvrir pour la section: Cheminement personnel, nature des services offerts, utilisation des stratégies d'intervention

C. Questions reliées aux processus

1. Quels types d'intervention avez-vous utilisé (dépistage, suivi en intervention, autre) et quels types d'outils avez-vous utilisé pour soutenir cette intervention (ex : questionnaire, entretiens, situations interactives)? Pour les deux situations.

(si l'intervenant n'a pas rencontré de personne ayant un TCA depuis la formation : Si vous aviez à intervenir auprès d'une personne ayant un TCA, quel type d'outil appris dans le cadre de la formation vous vous sentiriez à l'aise d'utiliser? Pour quelle raison?)

2. Quelles conditions ont facilité l'utilisation des outils enseignés dans le cadre de la formation ? (par outil, nous référons à : outils d'interventions comme les questionnaires, entretiens, situations interactives, observations cliniques, etc.) Les conditions peuvent être reliées à : (environnement de travail, relié aux outils en eux-mêmes, de votre expérience, contenu des outils ou connaissances). Pour les deux situations.

(Si l'intervenant n'a pas rencontré de personne ayant un TCA depuis la formation : Selon vous, quelles conditions (dans votre milieu de travail par ex., relié aux outils, de votre expérience, contenu des outils ou connaissances) faciliterait l'application des outils appris dans le cadre de la formation?)

3. Quelles sont les conditions qui représentent une barrière à l'utilisation des outils enseignés dans le cadre de la formation?/ Vous sentiez-vous confortable à dépister un TCA? Pour les deux situations.

(Si l'intervenant n'a pas rencontré de personne ayant un TCA depuis la formation : Selon vous, quelles conditions nuirait à l'application des outils enseignés dans le cadre de la formation?/ Vous senteriez-vous confortable à dépister un TCA?)

4. Comment diriez-vous que les outils enseignés vous ont été utiles pour le dépistage des TCA? (ex : questions des entretiens plus utiles que d'autres?, Outils utilisés pour d'autres usages que le dépistage?)

(Si l'intervenant n'a pas rencontré de personne ayant un TCA depuis la formation : Comment diriez-vous que les outils enseignés pourraient vous être utiles pour le dépistage? Ou Avez-vous eu l'occasion de transposer certains de ces outils (ou stratégies enseignées dans le cadre de la formation) dans le dépistage d'autres troubles mentaux?)

5. Avez-vous collaboré avec d'autres professionnels lors de l'intervention? Pour quelle raison? Quelle était votre expérience? (Est-ce que cela a été avantageux ou désavantageux?, Quels sont selon vous les facteurs ayant influencé la collaboration interprofessionnelle lors de l'intervention pour les TCA? (défis, barrières, facilitateurs))

Si n'a pas collaboré avec d'autres : pour quelle raison?

Si n'a pas collaboré avec d'autres personnes ou n'a pas rencontré de personne ayant un TCA depuis la formation : Quel est votre avis sur la collaboration interprofessionnelle? (avantageuse, désavantageuse? Pour quelle raison?) Quels sont à votre connaissance les facteurs qui pourraient influencer la collaboration interprofessionnelle lors de l'intervention pour les TCA?

6. Comment décrivez-vous votre environnement de travail en matière d'accès aux ressources informationnelles ou de soutien (ex: accès aux articles scientifiques, mise à

jour en matière d'interventions basées sur les bonnes pratiques, soutien à la collaboration, ouverture à améliorer les pratiques)?

7. Êtes-vous impliqué dans des activités de recherche sur les troubles du comportement alimentaire?

7.1 Si oui, dans quels projets?

7.2 Si non, est-ce que vous aimeriez vous impliquer? Dans quels types de projets?

8. Pouvez-vous me parler de la relation que vous entretenez, s'il y a lieu, avec des chercheurs dans le domaine des TCA? (fréquence des contacts? communication?)

9. Quel est votre avis sur les sources de références dans la région pour l'intervention auprès des TCA? Comment procédez-vous une fois le dépistage effectué?

10. Avez-vous suivi une autre formation continue pour le traitement des TCA?

10.1 Si oui, quand, où, par qui et de quel type? Comment a été votre expérience?

Thèmes à couvrir pour la section: Raisons d'utilisation ou de non-utilisation, utilité perçue des stratégies, contacts avec la communauté scientifique, formation continue et encadrement, obstacles rencontrés, caractéristiques du milieu clinique

D. Fin de l'entretien

Comment avez-vous trouvé l'entretien?

1. Quels seraient vos besoins pour le dépistage ou l'intervention auprès de personnes ayant un TCA?
2. Avez-vous créé d'autres outils ou adapté les outils de dépistage?
3. Quelle autre formation en TCA vous serait utile au regard de votre pratique actuelle?

Annexe 10. Liste des références ayant servi à construire la formation pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A. et Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth, *International Journal of Eating Disorder*, 40(5), 409-417. doi: 10.1002/eat.20389
- Afflelou, S., Duclos, M. et Simon, S. (2004). Quels liens entre pratiques sportives et troubles du comportement alimentaire? *Presse Medicale*, 33(22), 1601-1605. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)99001-X](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)99001-X)
- Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de pédiatrie*, 16(1), 88-92. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.10.021>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Arthuis, M. et Duché, D. J. (2002). Diagnostic et traitement des troubles des conduites alimentaires des adolescents : Anorexie mentale et boulimie nerveuse. Repéré à www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/rapports_99_fichier_lie.rtf
- Baker, J. H., Mitchell, K. R., Neale, M. C. et Kendler, K. S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 648-658. doi: 10.1002/eat.20856
- Blank, S. et Latzer, Y. (2004). The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative approach to etiology and treatment? *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 43-54. <http://dx.doi.org/10.1080/01926180490255756>
- Bratland-Sanda, S. et Sundgot-Borgen, J. (2012). Eating disorders in athlete: Overview of prevalence risk factors and recommendation for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499-508. <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>
- Criquillon-Doublet, S., Divac, S., Dardennes, R. et Guelfi, J. D. (1995). Le « Eating Disorder Inventory » (EDI). Dans J.D. Guelfi, V. Gaillac & R. Dardennes. *Psychopathologie Quantitative* (pp. 249-260). Paris : Masson.
- Crisp, A. H. (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorder Review*, 14(3), 163-167. doi: 10.1002/erv.703
- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A., Abbate-Daga, G. et Rovera, G. G. (2003). Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 54(6), 559-566. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00462-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00462-2)
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. et Olmsted, MP. (1993). An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Dans P.L. Garner, et D.V. Coscina (Eds). *Anorexia Nervosa. Recent development in research* (pp.65-82). New York : Alan R.Liss, Inc.
- Garner, D. M. et Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>

- Garner, D. M., Olmstead, M.A. et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des Sciences sociales* (5^{ème} édition). Dalloz.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15(1), 63-80.
<http://dx.doi.org/10.1080/10640260601044535>
- Hoek, H. et van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi: 10.1002/eat.10222
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. et Kessler, R. C. (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jackson. T. et Chen. H. (2011). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence : Prospective evidence from Mainland chinese boys and girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 454-464. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9823-z>
- Jones, J., Lawson, M.L., Daneman, D., Olmsted, M. et Rodin, G. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: Cross sectional study. *BMJ*, 320(7249), 1563-1566. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1563>
- Katzman, D. K. (2005). Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), 52-57. doi: 10.1002/eat.20118
- Koszewski, W., Chopak J. S. et Buxton, B. P. (1997). Risk factors for disordered eating in athletes. *Athletic Therapy Today*, 2(2), 7-11. <https://doi.org/10.1123/att.2.2.7>
- Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreault, M. et Gottheil N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 39(1), 49-54. Récupéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674379403900110>
- Mehler, P.S. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 95-104. doi : 10.1002/eat.20825
- Monthuy-Blanc, J., Bouchard, S. et Annie, A. (2012). *Virtual reality: A new assessment of body dissatisfaction*. Communication orale présentée à la 20th International Conference of Jubilee Congress on Eating Disorders, Alpbach, 18-20 octobre.
- Monthuy-Blanc, J., Bonanséa M., Maïana, C., Therme, P., Lanfranchi, M-C., Pruvost, J. et Serra, J-M. (2010). Guide de recommandations: prévention des troubles du comportement alimentaire des sportifs à destination des professionnels et/ou des bénévoles du sport et de la santé. *Fédération Française d'Athlétisme : FR*.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain) & National Institute for Clinical Excellence (Great Britain). (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester: British Psychological Society.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2008). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of

the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatry Research*, 43(14), 1125-1132.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>

- Pieron, H. (1979). *Vocabulaire de la psychologie*. (6e édition remaniée et augmentée sous la direction de F. Bresson et G. Durup) Paris : Presses universitaires de France.
- Polivy, J. et Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders, *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Pope, H.G., Gruber, A.J. et Choi, P. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71400-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71400-2)
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. et Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131. doi :10.1177/0004867411432071
- Waller, G. (1997). Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 35-41. doi : 10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<35::AID-EAT4>3.0.CO;2-3
- Tylka, T. L. et Subich, L. M. (2003). Revisiting the latent structure of eating disorders: Taxometric analyses with nonbehavioral indicators. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 276-286. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.276>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française, *Canadian Psychology*, 30(4), 662-677. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079856>
- Vanderlinden, J. (2000). *Anorexia Nervosa overwinnen. (Overcome anorexia nervosa)*. Tielt, BE: Lannoo.
- Wiederman, M. W. et Pryor, T. (1996). Substance abuse among women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 163–168. Récupéré à <http://michaelwiederman.com/reprints/Pryor9.pdf>

Annexe 11. Tableau comparatif (participants VS non-participants aux entretiens semi-structurés)

| | | A participé aux entretiens | | |
|------------|---|----------------------------|--------------------|--------------------|
| | | Oui | Non | Valeur-p |
| Sexe | Femme | 12 (92,31%) | 12 (85,71%) | 1,000 ¹ |
| Profession | Psychoéducation | 2 (15,38%) | 2 (14,29%) | 0,081 ¹ |
| | Psychologie | 9 (69,23%) | 4 (28,57%) | |
| | Nutrition | 1 (7,69%) | 0 (0,00%) | |
| | Soins infirmiers | 1 (7,69%) | 4 (28,57%) | |
| | Travail social | 0 (0,00%) | 3 (21,43%) | |
| | Éducation physique | 0 (0,00%) | 1 (7,14%) | |
| | Âge | (13) 35,46 ± 8,71 | (14) 41,92 ± 10,73 | 0,105 ² |
| | Années d'expérience | (13) 7,1 ± 6,57 | (14) 15,09 ± 9,07 | 0,034 ² |
| | Résultats connaissances pré formation | (13) 61,03 ± 12,2 | (14) 54,1 ± 8,33 | 0,155 ² |
| | Résultats connaissances post formation | (13) 79,75 ± 13,03 | (14) 76,67 ± 14,97 | 0,629 ² |
| | Différence des résultats connaissances post-pré formation | (13) 18,73 ± 13,87 | (14) 22,57 ± 16,02 | 0,574 ² |
| | Réactions Q2 | (13) 3,67 ± 0,49 | (14) 3,69 ± 0,48 | 0,896 ² |
| | Réactions Q3 | (13) 2,92 ± 0,64 | (14) 3,15 ± 0,69 | 0,385 ² |
| | Réactions Q3.1 | (13) 3,9 ± 0,32 | (14) 3,67 ± 0,49 | 0,212 ² |
| | Réactions Q4 | (13) 3,69 ± 0,48 | (14) 3,54 ± 0,52 | 0,440 ² |
| | Réactions Q5 | (13) 3,69 ± 0,48 | (14) 3,5 ± 0,85 | 0,499 ² |
| | Réactions Q6.1 | (13) 3,92 ± 0,28 | (14) 3,85 ± 0,38 | 0,558 ² |
| | Réactions Q6.2 | (13) 4 ± 0 | (14) 3,77 ± 0,44 | 0,070 ² |
| | Réactions Q6.3 | (13) 3,85 ± 0,38 | (14) 3,62 ± 0,87 | 0,388 ² |
| | Réactions Q7 | (13) 3,77 ± 0,6 | (14) 3,69 ± 0,63 | 0,753 ² |
| | Réactions Q8 | (13) 3,85 ± 0,38 | (14) 3,85 ± 0,38 | 1,000 ² |
| | Réactions Q9 | (13) 3,9 ± 0,32 | (14) 3,91 ± 0,3 | 0,947 ² |
| | Réactions Q10 | (13) 3,6 ± 0,7 | (14) 3,82 ± 0,4 | 0,387 ² |
| | Réactions Q11 | (13) 4 ± 0 | (14) 4 ± 0 | - |
| | Réactions Q12 | (13) 3,9 ± 0,32 | (14) 4 ± 0 | 0,306 ² |
| | Réactions Q13 | (13) 4 ± 0 | (14) 4 ± 0 | - |
| | Réactions Q14 | (13) 4 ± 0 | (14) 4 ± 0 | - |
| | Réactions Q15 | (13) 3,85 ± 0,38 | (14) 3,85 ± 0,38 | 1,000 ² |
| | Réactions Q16 | (13) 3,85 ± 0,38 | (14) 3,92 ± 0,28 | 0,558 ² |
| | Intentions | (13) 5,96 ± 0,83 | (14) 5,92 ± 0,82 | 0,893 ² |
| | Attitudes | (13) 6,25 ± 0,75 | (14) 6,31 ± 0,82 | 0,844 ² |
| | Perception de controle | (13) 4,87 ± 0,58 | (14) 4,94 ± 0,91 | 0,813 ² |
| | Normes subjectives | (13) 3,96 ± 1,31 | (14) 4,1 ± 1,25 | 0,783 ² |

Effectif (Pourcentage)

(Effectif) Moyenne ± Écart-type

¹ Valeur-p obtenue à l'aide du test du Khi-deux

² Valeur-p obtenue à l'aide d'un test-t pour échantillons indépendants